

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

Transfusão de Sangue: o direito do paciente decidir

Alexandra Fioravante

Orientadora Nair Heloisa Bicalho de Sousa

Brasília, 09 de setembro de 2010

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

Transfusão de Sangue: o direito do paciente decidir

Trabalho de conclusão de curso como requisito parcial para obtenção do título de graduação, sob orientação acadêmica da professora Dra. Nair Heloísa Bicalho de Sousa.

Alexandra Fioravante

Brasília, 09 de setembro de 2010

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

Alexandra Fioravante

Transfusão de Sangue: o direito do paciente decidir

Trabalho de conclusão de curso aprovado como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social no curso de Serviço Social da Universidade de Brasília.

Data da aprovação

09 / 09 / 2010

Banca examinadora

1 Nair Heloísa Bicalho de Sousa

Presidente, professora do Departamento de Serviço Social, UnB.

2 Marlene de Jesus Silva Santos

Assistente Social, Professora do Departamento de Serviço Social, UnB.

3 Ramiro Nóbrega Santana

Mestre em Direito, UnB

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família que esteve presente nesse momento fundamental da minha formação: meus pais Gesa e Alexandre, e meu irmão Pedro. E com um carinho especial, dedico à todas as pessoas que tiveram, de alguma forma, seu direito legal de decisão e autonomia violados quanto a tratamento médico sem sangue.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente ao meu Deus Jeová pela vida, pela família maravilhosa que eu tenho, pelo ar que eu respiro que me permitiu viver sempre um dia a mais, pelo privilégio de ser sua amiga e filha, e pela condição de aprender que me dotou.

Agradeço também aos meus amados pais Gesa e Alexandre Fioravante por toda ajuda que foi fundamental para minha permanência na Universidade. Pelos incentivos, apoio e horas dispensadas tanto me escutando como me fortalecendo quando minha vontade era desistir. Agradeço ao meu irmão, que juntamente comigo compõe o amor de nossos pais, o centro de toda dedicação de suas vidas, meu amigo e companheiro.

Aos meus familiares em geral que me dedicaram palavras de coragem. À minha avó Zélia Médici e meu avô Pedro Fioravante que sonhavam em ver a neta formada; ao meu avô Valdomiro Vaz que também menciona com expectativa o fim da minha graduação, e minha avozinha Aparecida Vaz que não teve a chance de me ver formada, mas que certamente desejava meu êxito e me dispensou tanto amor que me faz falta.

Agradeço aos meus queridos amigos que sempre me ajudaram a ter alegria e vontade de continuar. Andréia e Giordana, que foram o início das grandes amizades da minha vida. Aos amigos Priscila, Tamires e Danielle e Jorge, que compuseram outra fase que me faz falta. À Maria José e Hortência, queridas mãezinhas. Aos amigos “de perto”, Adélia, Lulu, Leonardo, Roberta, Rafaela, Roziene, Izabel e tantos outros. Serei eternamente grata à Jhenyfer florzinha, que me apoiou com a ‘carona’ das voltas nas quartas-feiras. Aos colegas de turma, que no decorrer desses anos estiveram presentes me ajudando a crescer. Obrigada Ana Paula, Clara, Luana e tantos outros. Também um muito obrigada às queridas supervisoras de estágio, Cida e Fatinha.

Aos meus professores que me ensinaram a ser persistente, crítica e corajosa frente às questões mais complicadas da minha profissão. Que me ensinaram a importância de perguntar, não ter medo e de reconhecer minhas falhas. Uma delas, a professora Camila Potyara com aulas fantásticas de que sentirei falta e que será uma grande perda não tê-la mais lecionando na UnB. E por último, com honra especial, à competente professora Nair Bicalho, minha orientadora de TCC, que encarou o desafio de me orientar em cima da hora por causa de ‘problemas técnicos’ e conforme o previsto, realizou um excelente trabalho e me ‘abraçou’ de uma forma muito querida.

Um grandioso muito obrigada a todos vocês!

Eu Sou uma Pessoa

"Dona Enfermeira, Seu Doutor

o que me magoa,

quero confessar,

é que me tratam como caso

mas, por favor,

eu sou é uma pessoa".

Professor Gerson Pomp

Resumo

No Brasil, quando se fala em transfusão de sangue, surge muita polêmica. Muitas pessoas não conhecem os instrumentos jurídicos existentes e tampouco sabem que estes conferem autonomia para o paciente escolher o tipo de tratamento disponível, não apenas quanto à transfusão, mas quanto a todos os tratamentos. Desse modo, o presente trabalho concentrou-se no tratamento médico sem sangue, apresentando-o como direito do paciente, amparado pelos instrumentos jurídicos nacionais e internacionais. Apresenta de forma breve as alternativas mais comuns às transfusões. Também analisa, de forma simples e objetiva, a intervenção do assistente social no âmbito da saúde que deve primar pelos direitos sociais, prevalecendo a vontade do ser autônomo, o paciente. E por fim, explicita as controvérsias dos conflitos existentes que infelizmente ferem direitos constitucionais e sociais quando se trata de negação à transfusão sanguínea.

Palavras-chave: Transfusão de sangue, autonomia, instrumentos jurídicos, direito, alternativas.

Abstract

In Brazil, when we talk about blood transfusion, there is much controversy. Many people are unaware of existing legal instruments on the subject of giving autonomy to the patient choose any type of treatment available. Not only as to the transfusion, but for all the treatments. Thus, this research focused on medical treatment without blood, that one is a patient's right, supported by national and international legal instruments. It also presents briefly the most common alternative to transfusions. So, It discusses of simple and objective form, assistance social worker in health that must take precedence for social rights, whichever will be autonomous from the patient. And finally, It explains the controversies of the conflicts that unfortunately hurt social and constitutional rights when it comes to denial of blood transfusion.

Keywords: Blood Transfusion, independent, legal instruments, law, alternative.

Sumário

Introdução -----	10
Objetivos - Geral e Específicos-----	12
Hipótese-----	12
Metodologia-----	12
Capítulo 1- Transfusão de sangue: riscos e alternativas -----	16
Capítulo 2- Declaração Universal dos Direitos Humanos-----	19
Capítulo 3- Legislação brasileira: contribuição ao debate dos direitos do paciente ----	21
Liberdade de consciência e crença -----	21
Direito à privacidade -----	25
Direito à vida -----	26
Código civil -----	29
Código penal -----	30
Código de defesa do consumidor -----	31
Capítulo 4- Tratamentos alternativos às transfusões -----	32
Capítulo 5- Princípios da Bioética-----	36
Princípio da bioética: autonomia -----	38
Princípio da bioética: beneficência -----	39
Princípio da bioética: justiça -----	40
Capítulo 6- Ética médica -----	41
Capítulo 7- Atuação dos Assistentes Sociais -----	45
Capítulo 8- Código de Ética do assistente social -----	49
Capítulo 9- Considerações Finais -----	52
Referências Bibliográficas -----	56
Anexos-----	62

Introdução

Na atual sociedade pluralista, é comum haver divergência entre médicos e pacientes sobre qual tratamento é adequado em determinadas situações. Médicos indicam tratamentos que o paciente não deseja aceitar. Em outros casos, permitem que o paciente decida, reconhecendo que cada ser humano possui o direito de autonomia¹, inclusive na área da saúde.

Respalhando o direito de que o paciente exerça poder sobre si, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, da ONU, de 1948 (cap. 3), menciona como um de seus princípios fundamentais a liberdade do cidadão de tomar decisões, de manifestar desejos e ter direito à justiça. Os artigos serão mencionados detalhadamente no cap. 4 .

Assim, é estabelecido o consenso de que todos têm a proteção judicial e constitucional referente às suas decisões, sendo que ninguém possui o direito de interferir na decisão de outrem, principalmente sem autorização judicial, nem mesmo o Estado. Constitucionalmente, o que se tem no país com maior força legal é a Constituição de 1988, que estabelece alguns artigos importantes para a compreensão do tema e que será minuciosamente comentado no presente trabalho.

Existe um tenso conflito entre médicos e pacientes sobre a questão da autonomia, no âmbito das transfusões de sangue, pelo fato de que, vez por outra, a comunidade médica não concorda com a vontade do paciente, acreditando que o mesmo não possui conhecimentos de medicina, portanto, não entende a gravidade do quadro clínico, e também por encarar como pouco importante as convicções e valores morais do paciente.

Sendo assim, o que fazer quando um paciente se nega a receber transfusões? E quando essa negação se dá por motivos religiosos? Qual deve ser a atuação dos assistentes sociais que juntamente com outros profissionais são chamados para tomar a decisão? A compreensão sobre a importância do respeito à autonomia e à ética médica

¹ Essa palavra vem do grego *autos* que significa próprio e *nomos*, autoridade. Sendo assim, se trata do direito individual de ser autoridade de si, ou autodeterminação. No cap. 4, o subitem 4.1 é específico sobre esse assunto.

oferece respostas importantes sobre este assunto. É necessário reencontrar a relação da profissão com o tema proposto. Isso é desafiador visto que a literatura sobre o tema ainda é escassa, mas num capítulo posterior, essa relação será melhor explicada.

Observações feitas no estágio supervisionado, que é parte essencial do curso universitário de Serviço Social que foi realizado no Hospital de Apoio de Brasília (HAB), bem como outras situações em que o paciente deseja opinar sobre o seu próprio tratamento, apontaram que essa é uma situação delicada em que existe tensão, havendo conflito de interesses e, muitas vezes, direitos não são respeitados. Assim, surge o interesse sobre a existência de leis que garantem liberdade aos cidadãos brasileiros.

Embora o assunto da autonomia seja complexo, é profundamente defendido na bioética², onde o paciente tem direito de expressar sua vontade diante de um tratamento que envolve sua vida. Ao médico é conferida a obrigação de explicitar em termos claros e compreensíveis toda e qualquer alternativa ao tratamento negado, bem como as consequências de aceitá-lo ou não.

Em diversos países, esse assunto é tão importante que estão sendo tomadas as providências cabíveis para situações em que o direito do paciente é violado. Para exemplificar, diferentes países aprovam leis de instruções prévias quanto à autonomia do paciente. Judicialmente, e de modo constante, várias são as causas³ ganhas a favor do paciente, quando o mesmo sente-se lesado ao não ter o direito de recusar um tratamento médico, por ser considerado um direito irrenunciável. Esse é um apoio adicional ao direito de autodeterminação corporal e de proteção à liberdade.

Nesse sentido, o tema abordado é relevante, pois um número crescente de pessoas vem desafiando a medicina a encontrar outros meios de tratamentos médicos di-

² Bioética é um termo amplo e variado, mas neste trabalho será empregado o conceito mencionado pelo Coordenador do Comitê de Bioética e Membro do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Nossa Senhora das Graças em Curitiba-PR, Dr. Cícero de Andrade Urban (2003). Para se entender melhor, bioética é um novo campo da ética direcionado à defesa dos seres humanos. O cap. 4 é sobre esse tema.

³Para considerar um exemplo, proponho a leitura de duas reportagens. Primeiro, Jornal Diário do Pará (2009) e segundo, Jornal A Folha (2010).

ferentes daqueles que se negaram a aceitar, o que tem resultado em benefícios. É por causa da necessidade que se criam novas alternativas. É importante ressaltar que a temática vincula-se aos direitos dos pacientes no Brasil, de forma especial aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS⁴, lembrando que o tema abordado neste trabalho ultrapassa a questão específica da transfusão de sangue, mas se centra principalmente, nos direitos de escolha de qualquer tratamento de saúde e a autonomia do sujeito.

Objetivos

Geral: Analisar a escolha do tratamento médico sem transfusão de sangue como um direito do paciente amparado pelos instrumentos jurídicos nacionais e internacionais.

Específicos: 1- Apresentar os tratamentos médicos alternativos à transfusão sanguínea; 2- analisar a intervenção do assistente social nesse campo polêmico.

Hipótese

Foi levantada a seguinte **hipótese**: apesar da existência do amparo judicial que se compromete a garantir a autonomia e o direito do cidadão de tomar decisões concernentes à sua própria vida, nem sempre estas são respeitadas pelos profissionais da área da saúde.

Metodologia

Este trabalho foi embasado em pesquisa bibliográfica visto que o tema abordado abrange muitos pontos e envolve concepções variadas e pessoais. Também houve difi-

⁴ Quando se menciona “de forma especial aos usuários do SUS”, é pelo fato de que ainda ocorre no Brasil a facilidade de pacientes de planos de saúde privados escolherem seu tratamento, pois pagam pelos serviços. No entanto, independente do local de atendimento, se é público ou privado, todos os direitos do paciente devem ser respeitados.

culdade em encontrar trabalhos científicos reconhecidos sobre o tema. Porém, foi respaldado em artigos médicos e jurídicos acerca do objeto de pesquisa – a autonomia. Em todos os aspectos abordados foram mencionadas apenas situações referentes a adultos capazes e conscientes.

A pesquisa teve caráter exploratório e qualitativo, pois a **pesquisa qualitativa** permite compreender problemas vinculados à subjetividade, tais como os motivos dos pacientes, suas aspirações, desejos e crenças pessoais, bem como valores comuns a todos os seres humanos, mas diferenciados em cada um. Foram analisados trechos curtos e também o contexto para que houvesse pleno entendimento. Conforme Strauss e Corbin,

métodos qualitativos podem ser usados para obter detalhes intrincados sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamentos e emoções que são difíceis de extrair ou de descobrir por meio de métodos de pesquisa mais convencionais, (2008, p. 24).

Foi feita uma ampla pesquisa bibliográfica e análise documental, visto que esta última permite reconstituir qualquer situação do passado, podendo ser recente ou não, de forma fidedigna, sendo que a capacidade de memória é limitada, principalmente quanto a detalhes. “A memória pode também alterar lembranças, esquecer fatos importantes ou deformar acontecimentos”, (CELLARD, 2008).

Dentre os diversos tipos de levantamento bibliográfico, foram utilizados os documentos públicos não arquivados, que incluem jornais, revistas, tratados, periódicos, brochuras, boletins, anuários e anúncios. Os documentos privados podem ser de acesso bastante difícil, pois se tratam de documentos de organizações, sindicatos, igrejas, comunidades religiosas, entre outros. Documentos desta natureza também fizeram parte das referências contidas neste trabalho.

Este levantamento também incluiu temas relacionados à saúde, cujos autores⁵

⁵ SOUZA e MORAES, 1998; IMBELLONI, 2005; RETAMALES, 2006.

aderiram a tratamentos alternativos sem sangue, pois acreditam que há melhoras na saúde do paciente quando seus direitos são respeitados e levados em consideração, pois assim, os mesmos respondem positivamente ao tratamento. Tais médicos relatam de forma minuciosa cada passo do tratamento realizado e as conseqüências positivas. Desse modo, é imprescindível a aceitação dos documentos tal como eles se apresentam, pois são fontes históricas para orientar a compreensão de problemas de pesquisa.

Entretanto, a proposta é não perder o olhar crítico sobre aquilo que se estuda, ou produz. Conforme Cellard (2008), existem cinco passos a serem tomados nos casos de análise de documentos: o contexto, o autor ou autores, a autenticidade e confiabilidade do texto, a natureza do texto e os conceitos-chave e a lógica interna do texto. O contexto se destina a explicar quando foi produzido o texto, para quem, em qual época, entre outros aspectos relevantes, que possibilitam compreender os conceitos do autor, identificar as pessoas ou grupos sociais e locais a que se faz alusão.

O segundo ponto mencionado acima, é a questão do autor ou de autores. Ele permite entender um pouco mais a personalidade de quem escreveu um documento ou artigo e expressa seus interesses pessoais ou o motivo que o levou a escrever. Neste sentido, são informações subjetivas que auxiliam na compreensão do conteúdo dos documentos pesquisados.

Quanto ao terceiro ponto, é importante a existência de argumentos que concedam autenticidade e confiabilidade ao texto. É necessário assegurar a qualidade do documento, especialmente aqueles que foram alvo de tradução. O quarto ponto, a natureza dos textos, implica em reconhecer como estes textos são estruturados e adquirem sentido quando são lidos por pessoas que compartilham do conhecimento do seu conteúdo, como é o caso de documentos médicos, teológicos ou jurídicos.

O quinto refere-se a conceitos-chave e a lógica interna do texto. O pesquisador deve compreender satisfatoriamente o sentido dos termos empregados pelo autor, visto que pode ter usado alguns que variam regionalmente ou ainda que com o passar dos anos podem assumir uma nova interpretação, como é o caso de documentos históricos. E por último, a análise, onde todas as partes previamente analisadas são reunidas para obter uma interpretação coerente, tendo em conta a temática escolhida pelo pesquisador.

Para trabalhos de pesquisa bibliográfica e documental, deve haver também bibliografias especializadas, ou seja, que tratem do tema escolhido de forma cabal, ou ao menos, de um aspecto específico dela, e de preferência, uma bibliografia atual ou do ano corrente. A depender da área, existem livros específicos sobre um determinado tema que comenta ponto por ponto sobre o problema em questão. Essa é uma forma de conhecer o que pensam os outros pesquisadores, (BOOTH, 2005). Com a tecnologia avançada, nas maiores bibliotecas mundiais, existem acervos eletrônicos que armazenam milhares de artigos, teses e outras publicações disponíveis ao público.

Desse modo, a documentação bibliográfica é essencial para um trabalho como este, que se estruturou e desenvolveu por meio de argumentos teóricos da bioética, da medicina, do direito e do serviço social para produzir uma monografia sobre o tema da recusa em receber transfusão sanguínea.

Quanto à área jurídica, foram selecionados artigos⁶ que abordam o tema sob a ótica da lei brasileira, havendo consenso sobre a questão da liberdade de autodeterminação e a isenção da responsabilidade médica quando a transfusão é negada pelo paciente.

A proposta desse estudo é divulgar e esclarecer as leis que garantem a autodeterminação quando alguém decide negar transfusões sanguíneas, bem como apontar a atuação fundamental do profissional de serviço social nesses casos. Mas foi observado que embora haja leis e códigos específicos no Brasil, há confusão sobre qual deles prevalece em situações específicas, como o motivo da negação à transfusão ser religioso⁷.

⁶ FERNANDES, 1991; FERREIRA FILHO, 1994; BRUMLEY, 1999; URBAN, 2003; MARINI, 2005; RIBEIRO, 2006; BASÍLIO, 2009 e LEIRIA, 2009.

⁷ É relevante ressaltar que o presente trabalho não se atém ao debate religioso, mas afirma o direito do paciente escolher o tipo de tratamento que lhe convém, independente das razões, sendo essas de saúde, morais, religiosas ou familiares. Obviamente, o tema se concentra na liberdade do paciente.

Sendo assim, pensar em bioética e nos seus princípios estruturais, entre eles a autonomia, é fundamental para compreensão dessas tensas situações e para que os médicos, profissionais do direito e assistentes sociais e outros profissionais envolvidos, atuem com rigor em sua ética, *prevalecendo acima de tudo a defesa dos direitos humanos*. (Grifo meu)

O trabalho foi estruturado em forma de capítulos para facilitar o entendimento e para que os pontos principais possam ser encontrados facilmente. Serão tratados mais a fundo os seguintes pontos em ordem cronológica e não de importância: a segurança de uma transfusão, fator que pesa na recusa deste tratamento por algumas pessoas; Constituição Federal de 1988 e leis e códigos brasileiros referentes ao assunto e que permitem a autonomia do paciente; alternativas mais conhecidas às transfusões; princípios da bioética (autonomia, beneficência e justiça); importância da Ética médica; a atuação dos assistentes sociais nessas questões conflituosas; o que diz o Código de Ética do assistente social; considerações finais e anexos.

Capítulo 1

Transfusões de Sangue: riscos e alternativas

A pessoa que preza sua saúde certamente procura o melhor tipo de tratamento para si e para a sua família. Ao passar do tempo e com os avanços da ciência, a medicina sofre constante mudança, e ainda se tem muitas incertezas inerentes ao diagnóstico e cura de certas doenças. Algumas doenças consideradas curadas ou erradicadas se fazem emergentes e matam sem piedade. As opiniões de como tratar determinados casos também variam muito. O periódico brasileiro Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia diz que

A utilização indiscriminada de sangue e derivados continua sendo muito grande no Brasil, apesar dos enormes riscos inerentes a estas transfusões [...] Foram revisados os prontuários de 75 pacientes para se determinar a indicação de cada transfusão. Do total, apenas 25% tinha uma indicação precisa [...] Estes resultados mostram a necessidade da educação continuada em hemoterapia, a fim de se evitarem as transfusões desnecessárias, (1990).

Na década de 1990, o uso de sangue sem necessidade em cirurgias era grande. Além disso, erros médicos em transfusões são gravíssimos, levando muitos a óbito. Há também o risco de reações. Sobre isso, a conferência realizada pelos Institutos Nacionais de Saúde diz que

Cerca de 1 em cada 100 transfusões é acompanhada de febre, calafrios ou [urticária]...cerca de 1 em cada 6.000 transfusões de hemácias resulta numa reação transfusional hemolítica. Trata-se de uma grave reação imunológica que pode ocorrer de forma aguda ou com o lapso de alguns dias, depois da transfusão, (1988).

Quando perguntaram ao cientista dinamarquês Niels Jerne, vencedor do Prêmio Nobel de Medicina de 1984, o motivo de ele ter recusado uma transfusão de sangue em certa ocasião, ele respondeu que o sangue é como sua impressão digital: “Não existem dois tipos iguais”. O comentário é pertinente, visto que um leque de problemas resultantes de transfusão se refere à incompatibilidade de sangue, mesmo com avançados testes realizados anteriormente à prática cirúrgica, podendo resultar em supressão do sistema imunológico, cuja tarefa básica é se defender de infecções.

É grande o número de pacientes que contraíram o vírus da AIDS através de transfusões de sangue. No Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) em Brasília, em 2001, um bebê de 2 meses apenas de vida, contraiu o vírus da AIDS através de transfusões de sangue que recebeu em uma cirurgia para desobstruir as vias biliares⁸.

A menina recebeu 14 transfusões de sangue de 11 doadores diferentes. Após a fatalidade, o Hemocentro de Brasília enviou coletas dos sangues para análise na Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro para análise do NAT – Teste de Ácido Nucléico, que identifica os anticorpos para o HIV em 11 dias.

O Hemocentro de Brasília realiza exames para detecção da doença, que,

⁸Reportagem do Correio Braziliense. Disponível em:
<http://www.giv.org.br/noticias/noticia.php?codigo=119>.

no entanto, se manifesta após 22 dias da contaminação. Quanto à hepatite C, o prazo é de 70 a 80 dias. No caso mencionado acima, seis dos doadores de sangue eram regulares e passavam regularmente pelos testes e dos outros cinco que doaram o sangue a ela, um tinha o vírus.

Outro perigo é o caso de doações de sangue feitas em países subdesenvolvidos com alto índice de contaminação, independente da doença. Um exemplo é o caso de soldados de guerras que urgentemente “necessitam” de sangue para sobreviver e acabam contraindo doenças graves. Mesmo em países desenvolvidos isso pode ocorrer com facilidade. O clássico exemplo é o do Papa João Paulo II que foi atingido por dois tiros de arma de fogo e após receber transfusão sanguínea descobriu uma infecção advinda do sangue transfundido que continha citomegalovírus⁹ potencialmente fatal.

Desse modo, a transfusão de sangue ainda é um procedimento arriscado. Não há 100% de certeza nos testes realizados. Por isso, a mesma apenas poderá ocorrer se houver *expressa autorização* do paciente. Cabe a ele decidir qual risco deseja correr para de fato “salvar sua vida”.

O Manual da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) nas páginas 85 a 88 lista um quadro com um resumo das reações transfusionais imediatas e condutas gerais para o atendimento, (em anexo). No total, citam 17 situações em que podem ocorrer reações por causa das transfusões, sendo niveladas quanto à gravidade. Interessante mencionar que em alguns deles a incidência é desconhecida e em outros, não há métodos de prevenção. Isso certamente levanta o seguinte questionamento: vale a pena correr o risco a todo custo ou se deve respeitar a vontade de alguém que em plena consciência e liberdade deseja não se arriscar ao se submeter a esse procedimento?

Portanto, a literatura médica confirma duas vertentes. Primeira: há possibilidade

⁹ O citomegalovírus (CMV) pertence às sub-famílias beta e gama dos vírus da herpes. Eles apresentam pouco tropismo, ou seja, não afetam um órgão específico, mas espalham-se pelo corpo através dos leucócitos periféricos após a infecção. Podem causar hepatite como principal manifestação clínica, mas geralmente essa hepatite é assintomática (HEP CENTRO).

de tratamento e cirurgias sem sangue que são potencialmente mais seguras e econômicas. Segundo, transfusões de sangue podem acarretar em erro médico ou em reações transfusionais não premeditadas e desnecessárias.

Opiniões são construídas historicamente no decorrer de séculos. Mesmo assim, há um número expressivo de profissionais da saúde que aceitaram o desafio de realizar cirurgias complexas sem o uso do sangue. Com o conceito da bioética cada vez mais presente, profissionais de todas as áreas estão aderindo a ela e tornando assim o seu desempenho profissional mais ético.

Capítulo 2

Declaração Universal dos Direitos Humanos

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, já mencionada no início desse trabalho, foi o ponto de partida efetivo para a identificação e afirmação de direitos individuais na sociedade ocidental, onde está presente a liberdade da pessoa humana. Expressa o consenso do expressivo número de nações sobre princípios fundamentais que garantem a existência humana. O Art. 3º garante o direito à vida e à liberdade. O Art. 5º diz que é vedado submeter alguém a tratamento degradante – que aqui no caso seria obrigar alguém a fazer algo que não concorda.

O Art. 12º fala sobre ninguém ter o direito de interferir na vida de outrem e garante que há proteção para quem sofre tais interferências. O Art. 18º assegura a liberdade de pensamento, crença e religião, mais precisamente, *manifestar* essa religião. O Art. 26º é bem ímpar nessa declaração, pois fala sobre direito à instrução, que será feita no “sentido do pleno desenvolvimento [...] e do fortalecimento do respeito pelos direitos do homem e pelas liberdades fundamentais”. Ou seja, desde cedo haveria instrução às crianças para que aprendam a respeitar o direito do próximo, inclusive não ferir suas liberdades fundamentais. E por fim, o Art. 30º veda a ação de alguém que se destina a destruir quaisquer direitos e liberdades estabelecidas na Declaração.

Recentemente, em dezembro de 2009, foi lançado o Plano Nacional de Direito Humanos 3 - PNDH-3 - que incorporou os direitos previstos nos planos anteriores (PNDH 1 e 2). Sua elaboração foi realizada por meio de um processo democrático e

participativo, pois mais de 14 mil pessoas participaram desse processo de construção desta nova política pública de direitos humanos. O texto preliminar ficou disponível no *site* da Secretaria de Direitos Humanos com um *link* para votação e sugestões públicas.

Esse novo PNDH – 3 foi subscrito por 31 ministérios e definido como política de Estado. É dividido em seis eixos orientadores, que tratam respectivamente de temas importantes da sociedade atual, como: interação democrática entre Estado e sociedade civil; desenvolvimento e direitos humanos; universalizar direitos em um contexto de desigualdades; segurança pública, acesso à Justiça e combate à violência; educação e cultura em direitos humanos e direito à memória e à verdade.

O eixo três, universalizar direitos em um contexto de desigualdade, na diretriz 10, objetivo estratégico VI, que é o respeito às diferentes crenças, liberdade de culto e garantia da laicidade do Estado, afirma a ação de respeito às diferentes religiões, seus cultos ou encontros, assegurando proteção ao seu espaço físico e coibindo a manifestação de intolerância religiosa.

Nunca na história brasileira houve tamanha preocupação em garantir direitos como hoje. Sobre isso, o prefácio do PNDH – 3 é iniciado afirmando os direitos de cada pessoa humana, e que a mesma, deve ter assegurada a oportunidade de se desenvolver, bem como seu potencial, de forma livre, autônoma e plena. Na época da ditadura, a luta era pela aquisição de direitos em um contexto irreduzível. Atualmente, a luta é pela efetivação de direitos adquiridos e surgimento de novos para populações que não foram ainda contempladas.

No seminário “Política de Direitos Humanos no Brasil” realizado em 16 de junho de 2010, na Universidade de Brasília, com a participação do Magnífico Reitor José Geraldo de Sousa Júnior e da assessora da Secretaria Especial de Direitos Humanos Christiana Galvão Ferreira de Freitas e sob a coordenação da professora Nair Bicalho, foi feita uma explanação detalhada do novo PNDH – 3. Um aspecto importante destacado pelo Magnífico reitor foi o seguinte:

Direitos humanos não são declarações, não são monumentos, nem pensamentos, mas o processo de humanização [...] mas permitir autonomia afirmando os sujeitos como atores sociais participantes no âmbito de todas as relações sociais que se estabelecem no cotidiano.

De fato, os direitos humanos fazem parte de um processo historicamente construído, onde a promoção dos mesmos deve se basear na justiça e devem ser garantido pelo Estado, de modo a permitir autonomia aos sujeitos que são os atores de sua própria vida.

Ainda conforme o prefácio do PNDH – 3, o objetivo desse novo plano é servir como um roteiro para as ações da população, como do Estado brasileiro, a fim de atingir a construção ideal de uma sociedade baseada nos grandes ideais humanos da liberdade, da igualdade e da fraternidade.

Capítulo 3

Legislação brasileira: contribuição ao debate dos direitos do paciente

A Constituição Federal de 1988 chamada também de Carta Magna, aborda temas centrais da vida humana, tais como os da saúde, que por sua vez inclui a liberdade de tratamentos médicos sem sangue a quem assim desejar. Em seu primeiro artigo, encontra-se um dos mais importantes e fundamentais princípios da Constituição de 1988: a dignidade da pessoa humana, e ela deve ser analisada com base nesse princípio fundamental e irrenunciável.

Assim, inicialmente, serão abordados com base na Constituição Federal vigente, alguns direitos conferidos aos cidadãos brasileiros, como o **direito à liberdade de consciência e crença**, uma vez que um dos motivos pelos quais muitos negam transfusões é pela crença bíblica. Depois o **direito à privacidade** e por último e de igual importância, o **direito a vida**. Em seguida, serão debatidos pontos importantes do **Código Civil de 2002, Código Penal de 1940, Código de Defesa do Consumidor** e a **Universal Declaração dos Direitos Humanos de 1948** como um marco legal de reconhecimento dos direitos dos pacientes diante da situação de transfusão sanguínea.

Liberdade de consciência e crença.

Esse tópico será específico sobre os casos de pacientes que por convicções religiosas, nega-se a receber tratamentos com sangue. Embora já tenha sido explicado, o

presente trabalho não trata de posições religiosas, mas abordará esse aspecto importante, visto que tal situação ocorre com frequência na área médica e é preciso que os profissionais sejam livres de idéias pré-concebidas.

Essas pessoas não estão em busca de conflitos, mas por motivos de valores morais e espirituais pessoais, desejam viver com dignidade e em harmonia com sua consciência. Este é o caso de um grupo religioso conhecido por tal convicção, as Testemunhas de Jeová. Em razão da sua fé baseada na Bíblia¹⁰, as Testemunhas de Jeová não aceitam transfusões de sangue – de seus componentes primários como glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plasma e plaquetas.

Diversas vezes a mídia noticia que algum paciente, membro das Testemunhas de Jeová, está internado e corre risco de vida por não aceitar transfusões sanguíneas. A parte mais sensacionalista é que *apenas* o sangue poderá salvá-lo. As Testemunhas de Jeová são pioneiras na busca de tratamento médico sem sangue, pois biblicamente o sangue é sagrado para Jeová Deus e as mesmas respeitam a Sua ordem de abster-se de sangue, independente dos meios em que é utilizado. Assim, diante dessa negação, a primeira atitude realizada é a busca por uma autorização judicial.

De fato, este é um assunto polêmico que perpassa pelos mais variados palpites e é constantemente tratado em comissões de ética, seminários e congressos de medicina. No entanto, essas pessoas são pacíficas. Não aceitam participar em guerras ou qualquer tipo de violência. Aceitam a Bíblia inteira como a Palavra de Deus Jeová e baseiam todas as suas crenças nela, como a recusa em receber sangue, por exemplo. Conforme Bastos (2000) “em nada violam o ordenamento jurídico brasileiro”.

A título de exemplo, no Rio de Janeiro, a Procuradoria Geral do Estado foi consultada em 27 de abril de 2010 sobre o caso de uma jovem de 21 anos que recusou transfusões de sangue por motivos religiosos. A Procuradora Geral Lúcia Lea Guima-

¹⁰ A título de conhecimento, os membros da religião Testemunhas de Jeová baseiam suas convicções de não aceitar transfusões sanguíneas nas Escrituras Sagradas, nos textos encontrados em Gênesis 9:3,4; Levítico 17:10 e Atos 15:19,20.

rães disse que “esse é um direito fundamental, emanado da dignidade da pessoa humana, que assegura a todos o direito de fazer suas escolhas existenciais”. Para essa decisão, a mesma pediu um estudo sobre o tema ao constitucionalista Luis Roberto Barroso, que afirmou: “a liberdade é um direito fundamental”. O jornal que cobriu a reportagem afirmou que o governador do Rio, Sérgio Cabral, acatará o parecer.

A sociedade contemporânea procura meios de manter a liberdade de expressar e de manifestar pensamentos e crenças de todos os cidadãos. Isso é fundamental, pois é um direito constitucional. Sendo assim, se em algum momento essa mesma sociedade nega o direito de alguém, está de fato negando a própria personalidade humana – CF, art. 1º, inciso III.

A Constituição Federal de 1988 garante o **direito à liberdade religiosa** como fundamental. Vale ressaltar que isso está intimamente ligado à natureza humana. Para muitos pacientes, desrespeitar suas convicções ou crenças, é muito pior que qualquer tipo de atentado físico, pois reflete diretamente em sua mente, a recusa em aceitar sua crença. Em contrapartida, quando a autonomia e fé do paciente são respeitadas, há melhorias em sua saúde e recuperação.

O constitucionalista Manoel Gonçalves Ferreira Filho declarou em um parecer jurídico sua concepção

[...] a liberdade religiosa é uma das formas por que se explicita a liberdade. Está é, de per si, um dos direitos fundamentais, conforme está no caput do art. 5º da Constituição em vigor. Mais do que isto, é ela para todos os que aceitam um direito superior ao positivo, um direito natural. É o mais alto dentre todos os direitos naturais. Realmente, é ela a principal especificação da natureza humana, que se distingue dos demais seres animais pela capacidade de autodeterminação consciente de sua vontade. [...] Num conflito, por exemplo, entre o direito à vida e o direito à liberdade, o titular de ambos é que há de escolher o que há de prevalecer, (1994, p. 20).

Esse constitucionalista é claro ao dizer que entre dois direitos, havendo ‘conflito’ entre eles, quem decide é o paciente. Constitucionalmente, o mesmo tem o direito de recusar transfusões de sangue

[...] tem o doente a liberdade de aceitar ou recusar um tratamento qualquer, inclusive transfusão de sangue. Isso reflete o direito seu, fundamental, à liberdade, consagrado pela Constituição

Brasileira, no art. 5º, caput, inclusive nas projeções de liberdade religiosa (inciso VI) e direito à privacidade (inciso X) (FERREIRA FILHO, 1994, P.22)

Nesse caso, é necessário compreender o **significado de liberdade religiosa**. Há quem acredite que liberdade religiosa se limita à liberdade de escolha de religião. No entanto, o jurista Ferreira Filho é claro ao dizer que a liberdade religiosa vai bem além, ultrapassa as barreiras das igrejas ou das missas e reuniões. Neste caso, a pessoa passa a ter um novo modo de vida, age de acordo com suas crenças, é levado a agir de acordo com sua consciência, independentemente do local, da hora ou da situação em que se encontra. Adota uma postura cristã 24 horas por dia. Desse modo, o direito abrange o *exercício* da fé.

A Constituição Brasileira de 1891 estabeleceu a liberdade religiosa e separou a Igreja do Estado, deixando claro que era vedado aos Estados e à União “estabelecer, subvencionar, ou embaraçar o *exercício* de cultos religiosos”. CF 1891, Art. 11, 2º. (Grifo meu).

Ao analisar o significado do termo exercer, aparece a idéia de preencher, praticar, cumprir. Nenhuma religião afirma aceitar adeptos que prometem não cumprir seus requisitos. A pessoa que exerce sua fé, segue, pratica e cumpre os requisitos da religião da qual se tornou membro. Quando se torna membro, aceita cumprir todos os requisitos que certamente conheceu previamente.

A pessoa religiosa que aceita ou não algum tratamento específico, procura tratamentos aceitáveis à sua consciência e médicos que aceitem respeitar seus preceitos. Está cômico de suas responsabilidades e deveres, mas também dos direitos que a lei assegura.

Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei. (CF 1988, Art. 5º, Inciso II)

Desse modo, a lei não obriga ninguém a aceitar algum tipo específico de tratamento. De fato, seria inviável produzir uma lei com todos os tipos de tratamentos obrigatórios, até porque a ciência evolui a ponto de métodos serem modificados o suficiente para se tornarem obsoletos. Sendo assim, a pessoa tem o direito de negar uma

transusão de sangue. Tratar o doente com respeito, inclusive de acordo com suas crenças, significa honrar e proteger a vida do mesmo.

Sobre a negação de um tratamento por causa da fé, já dizia o constitucionalista Wilson Ricardo Ligiera

[...] o exercício de qualquer crença religiosa só pode legitimamente sofrer limitações quando colocar em risco a vida de outras pessoas. Ter-se-ia de dizer que um genitor não pode impedir a prestação de cuidados médicos ao filho, por exemplo, sob a esperança de que o “Senhor irá salvá-lo”. Por mais digna de respeito que seja, sua fé não deve obstaculizar a preservação da vida de uma criança. Não é o que se dá, porém, quando a recusa se restringe a apenas determinados procedimentos possíveis de serem substituídos por outros. Uma coisa é recusar todo e qualquer tratamento médico existente; outra, bem diferente, é escolher uma dentre as várias disponíveis. Nesta última hipótese, vale ressaltar, quando houver outros tratamentos, os pais tem pleno direito de tomar uma decisão responsável quanto a qual deles desejam que seja adotado, independentemente de sua recusa basear-se ou não em fundamentos religiosos, (2009, p. 266).

Direito à privacidade

Todas as pessoas desejam ter vida, realizar planos e fazer sua própria vontade sem intervenção de terceiros ou até mesmo do Estado. No entanto, a mídia interfere no direito a esta liberdade, e a tecnologia, tais como celulares, câmeras, e Internet, têm colaborado para isso. Cada um tem o direito de levar a vida como desejar, desde que não fira o direito de outros.

Quando o Estado determina a realização de transfusões de sangue – ocorrência que não pode ser revertida – fica claro que violenta a vida privada e a intimidade das pessoas no plano da liberdade individual. Mascara-se, contudo, a intervenção indevida, com o manto da atividade terapêutica benéfica ao cidadão atingido pela decisão. Paradoxalmente, há também o recurso argumentativo aos “motivos humanitários” da prática, quando na realidade mutila-se a liberdade individual de cada ser, sob múltiplos aspectos, (BASTOS, 2000, p.19).

Um ponto interessante é que os direitos adquiridos pelas anteriores constituições brasileiras não terem sido anulados em virtude da nova, mas permaneceram válidos. O direito à vida, por exemplo, é fundamental, mas vir em primeiro lugar em ordem de

numeração, não significa que o direito à liberdade religiosa ou o direito à privacidade sejam menos importantes ou que em virtude dele, os outros direitos podem ser cancelados. Todos merecem o devido respeito.

A Constituição Brasileira de 1891, no artigo 78, afirma isso ao dizer que “a especificação das garantias e direitos expressos na Constituição não exclui outras garantias e direitos não enumerados [...]” Assim, fica evidente que a dignidade humana inclui como primeira e principal expressão a liberdade, permitindo ao ser humano levar a sua vida com autonomia. Para usufruir a vida, é necessário ter liberdade e a época da escravidão está definitivamente enterrada no passado.

Direito à vida

O direito à vida é visto como o mais elevado pelas pessoas, pois a idéia é que a partir dele poderão ser adquiridos outros direitos. De fato, é preciso estar vivo para ser ou não livre, para ter ou não determinado direito. Em contrapartida, não é possível a pessoa ter direito à vida, mas não possuir o direito à liberdade, à intimidade, à privacidade, à liberdade de consciência, crença ou ter sua dignidade respeitada. De certo modo, isso caracteriza como grande conflito.

O art. 1º, inciso II, da Constituição Federal de 1988, assegura o direito a uma vida digna e satisfatória, garantindo a dignidade da pessoa humana. Resumindo, protege o funcionamento biológico, físico, emocional, intelectual, psicológico e espiritual do indivíduo. Este último, deve, portanto, ser visto como uma pessoa livre e consciente de seus direitos e obrigações diante da lei.

Há os que consideram insano quem rejeita uma transfusão de sangue, ou ainda acreditam ser uma forma de suicídio. No entanto, a pessoa que baseia suas decisões em alguma convicção, está em busca do melhor para si, desde que isso não entre em conflito com seus próprios valores pessoais. Forçar alguém a receber um tratamento que não deseja é um modo de afetar seu livre arbítrio e estudos sobre a eficácia do pensamento positivo e da fé na recuperação pós-operatória, revelam que de fato há melhora do paciente.

A Justiça talvez também entenda que seria uma forma de suicídio negar a transfusão. No entanto, o suicídio não é aplicável. Primeiro, ocorre suicídio quando a pessoa de livre e espontânea vontade decide pôr fim à sua vida. Quando alguém busca tratamentos alternativos à transfusão, está procurando ajuda médica. Não aceitar um tipo específico de tratamento, não significa que a intenção seja a morte. Além disso, o sangue é visto como salvador de vidas, mas a medicina de forma alguma dá garantias concretas de que após uma transfusão alguém certamente irá sobreviver, ainda mais quando o quadro clínico for grave.

Existem muitos casos que comprovam isso. O já mencionado especialista em bioética e mestre em direito civil, Wilson Ricardo Ligiera menciona em seu artigo Tutelas de Urgência na Recusa de Transfusões de Sangue, situações em que a pessoa foi transfundida e posteriormente veio a óbito. Segue abaixo o relato de um caso:

[...] a paciente adulta A. R. H. A., internada para a realização de um parto cesariano. Após a cesárea sofreu hemorragia, motivando a equipe médica a prescrever a realização de transfusões sanguíneas, visando tratar o quadro anêmico no qual se encontrava. Consciente, requereu que lhe fossem aplicados substitutos do sangue, pedido que não foi atendido pelo hospital. Este, ao contrário, interpôs ação cautelar inominada (Processo n.º 1.327/00, 2ª Vara Cível da Comarca de Caçapava, SP), obtendo liminar que autorizou a hemoterapia. Cumprida a decisão judicial, com a administração de oito transfusões de sangue, a paciente faleceu, (2009).

Há situações em que o uso de uma tentativa incerta pode afetar a subjetividade do paciente e ferir sua dignidade. Imaginemos o caso de um paciente diagnosticado com câncer, onde a única possibilidade de tratamento cabível seja a quimioterapia. Este procedimento médico não ataca apenas as células doentes, mas também as saudáveis, o que causa alguns desconfortos, como fraqueza, mal estar e dores, entre outros sintomas. Não se considera suicida se a pessoa ou sua família decidir que o melhor é repousar em casa, tomar os medicamentos prescritos pelo médico, e não fazer a quimioterapia, objetivando apenas os cuidados paliativos. É um direito de escolha.

É necessário comparar com o caso de pessoas que por causa de convicções religiosas também negam outros tipos de tratamento ou prevenção que não sejam as transfusões. A Igreja Católica sempre condenou o aborto, alegando que qualquer ato feito com a intenção de evitar ou impedir a procriação é considerado um pecado. Os contraceptivos são encarados como moralmente errados, pois não se harmonizam com o

respeito à vida, visto que o princípio divino relacionado à vida diz que a mesma é sagrada.

Embora talvez seja difícil imaginar alguém que em pleno século XXI recuse a contracepção, pois acredita que assim estará impedindo uma vida, uma mulher devota ao catolicismo pode se negar a utilizar anticoncepcionais, pois isso fere sua fé. Ou ainda, ninguém poderá obrigar uma mulher a se submeter a um aborto, mesmo que sua vida corra risco. Nesses dois casos, a sociedade atual é firme em dizer que todos possuem o direito sobre seus corpos. A mesma que elege a vida como sendo valiosa e incondicional, propõe a liberdade de abortá-la em nome de uma ‘liberdade’ que justificaria as consequências, ou seja, abortar quando não há a intenção de criar um filho.

Outro exemplo é o caso dos muçulmanos. Hoje são bem utilizadas substâncias medicamentosas derivadas de suínos, pois estes são uma grande opção da medicina para salvar vidas ou aumentar a sobrevivência de humanos. Para exemplificar, existem tipos de insulina provenientes de suínos que substituem a insulina humana não mais produzida pelo pâncreas por pessoas diabéticas. Os muçulmanos, no entanto, são totalmente contra a utilização de componentes derivados de suínos em quaisquer aspectos da sua vida, inclusive na medicina. O Alcorão, livro sagrado do islamismo, proíbe o uso de suínos:

[...] ele só vos vedou a carniça, o sangue, a carne de suíno [...] (Versículo 173, Al Bákara – A vaca.)

Desse modo, mesmo que haja iminente risco de vida, dificilmente um muçulmano aceitará utilizar em seu tratamento substância proveniente de suíno, uma vez que eles acreditam que o fato de se submeter à impureza dos suínos os privará eternamente do paraíso de Alá. Do ponto de vista da bioética, o maior valor que deve ser respeitado e que deveria prevalecer, é o que está sendo defendido no presente trabalho: autonomia do paciente, ou seja, não se deve violar sua consciência, seu corpo e suas crenças.

As Testemunhas de Jeová recusam a transfusão de sangue (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plasma e plaquetas) conforme já mencionado, pois baseiam a sua fé

na ordem bíblica de “abster-se de sangue”. Entretanto, isso não significa que elas recusam *todos* os tratamentos médicos. Se assim fosse, não procurariam esses profissionais quando estivessem doentes. Aceitam a grande maioria das intervenções médicas e cirúrgicas, rejeitando apenas as que envolvem transfusão ou doação dos componentes primários do sangue. Por outro lado, solicitam a utilização de alternativas modernas que estão à disposição de todos os cidadãos.

A Igreja Católica, em uma declaração pública sobre a eutanásia disse que

“de fato, há quem fale de direito à morte [...] o direito de morrer com toda a serenidade, na dignidade humana”, (1980).

Sobre isso, é necessário reflexão. Não é considerado ‘são’ alguém que decide pôr fim á sua própria vida ou que peça a outro que a tire. Na declaração da Igreja Católica, há algo a ser pensado. Nós temos o direito de viver e por este direito, uma pessoa negar transfusões às vezes resulta em briga judicial. No entanto, possibilidades de morte não nos são negadas e ocorrem diariamente. Para entender melhor: esportes radicais não são proibidos e ceifam várias vidas. Atividades de risco como eletricidade e produtos químicos também não. E pela falta de segurança muitas pessoas também morrer. Por que então não permitir uma escolha de tratamento se isso não traz prejuízos a terceiros, mas permite que a pessoa procure alternativas ou tenha sua própria morte?

Código Civil

O Código Civil vigente assumiu um grande avanço referente aos direitos do paciente. O Art.15º estabelece que ninguém pode ser constrangido ou compelido a submeter-se a tratamento médico ou cirúrgico. No entanto, ainda possui um caráter paternalista ao dizer nas entrelinhas “ ‘salvo’ com risco de vida”, ferindo as liberdades anteriormente mencionadas nesse trabalho. A obrigação médica de salvar o paciente cessa quando o mesmo se opõe ao tratamento proposto. Esse aspecto será analisado no capítulo 8.

Transfusões de sangue não fornecem garantias de cura ou salvamento e ainda apresenta riscos à saúde, caso a pessoa transfundida receba um tipo de sangue incompatível com o seu ou contaminado com alguma doença não identificada nos

testes, como o HIV que hoje se tornou uma pandemia, com milhares de pessoas infectadas em todo o mundo.

Este artigo do Código Civil estabelece que ninguém deve ser coagido ou obrigado em situação de constrangimento, para aceitar algo que não deseja, tendo em vista os riscos envolvidos. Há o risco do paciente receber a transfusão e há o risco de negá-la, optando por tratamentos alternativos. Essa é uma decisão puramente pessoal.

Código Penal

No Código Penal o Art. nº. 146, § 3, inciso I, configura o constrangimento que o paciente sofre, designando conduta criminosa a “intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida”.

É obrigação do médico agir quando o paciente está inconsciente e não pode manifestar sua vontade. É diferente quando está inconsciente e deixa sua vontade por escrito, reconhecida em cartório, ou quando possui um representante legal que é acionado em alguma situação emergencial. O médico deve obedecer a essa vontade, ou poderá ser responsabilizado civilmente caso não cumpra o desejo do paciente.

Todo direito e todo dever é limitado ou regulado na sua execução. Fora dos limites traçados na lei, o que se apresenta é o abuso de direito ou excesso de poder: o fato torna-se ilícito e, ao invés da obrigação ou obediência por parte de outrem, compete a este a faculdade legal de defesa privada (legítima defesa), (FERNANDES, 1991).

O Art. 135º do Código Penal é claro ao definir pena a quem omite socorro, ou deixa de prestar assistência e o Art. 129º penaliza quem é negligente. Agora analise essa comparação

Dir-se-á que o médico que opta por antibiótico menos eficaz que outro mais adequado ao tipo de infecção, estaria omitindo socorro. É evidente a insustentabilidade de tal raciocínio. A incerteza e a diversidade de uma opção médica necessariamente transformam grande parte da tomada de decisão sobre o tratamento em um exercício de eletividade, (FERNANDES, 1991).

Com base nesse comentário se pode definir o seguinte: quando o médico tem a frente um leque de opções referentes a tratamentos de saúde, necessariamente ele precisa fazer uma escolha. Isso pode ser facilmente entendido quando se remete ao

custo de oportunidade – termo utilizado em economia que ajuda a entender algo sobre as escolhas. Em economia, quando há uma escolha, obrigatoriamente, há um custo em escolhê-la e deixar de escolher a outra opção. Isso ocorre pela escassez dos recursos, e pelo fato de que os desejos humanos são infinitos. Trazendo isso para a medicina, de acordo com seus conhecimentos científicos, o médico deve fazer uma escolha de qual medicamento utilizar, e às vezes, em virtude da falta de tempo, não é possível avaliar todas as consequências e benefícios.

Se o paciente não reage ao tratamento como o esperado e vem a óbito, o médico não pode ser culpabilizado por isso. Aplicando ao caso das transfusões se o médico não é considerado culpado, caso o paciente decida não as utilizar.

É importantíssimo nesses casos haver a possibilidade de o paciente manifestar seu desejo. Por exemplo, o caso de alguém que não aceitaria transfusões se estivesse consciente, mas chega ao hospital inconsciente, sem sua vontade por escrito, não reconhecida judicialmente e sem um procurador legal. Certamente, a pessoa não poderá acusar o médico de não cumprir sua vontade.

Há para isso as diretivas antecipadas, que dispõe dos **tipos de tratamento** que a pessoa pode aceitar ou não. Para ter valor legal, é necessário que a declaração seja particular, com firma reconhecida em cartório, com a assinatura do paciente, e deve ser avisado com antecedência ao médico sobre a existência da mesma, para que anteriormente ao procedimento cirúrgico, ele possa conversar com sua equipe sobre o assunto e colocar no prontuário do paciente. Caso a pessoa deseje reafirmar ainda mais essa declaração, poderá nomear um procurador ou representante legal para momentos de inconsciência, a fim de que este tome as decisões por ele.

Código de defesa do consumidor

Talvez não seja de conhecimento público que até mesmo o código de defesa do consumidor mencione o assunto que se relaciona com os direitos do paciente. No Art. 6º, inciso III, é garantido o direito do consumidor, ou no caso paciente que está em um tratamento ou serviço médico, deve ter toda informação possível de forma clara e adequada. Os incisos VI e VII falam sobre a reparação por danos morais individuais e a proteção jurídica aos necessitados, ou daqueles que tiverem seus direitos recusados.

Cabe destacar o Art. 9:

O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto, (CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR).

O médico tem a obrigação moral e jurídica de mostrar ao paciente quais os benefícios e as conseqüências de utilizar ou não determinado tratamento e permitir que o paciente tome a sua decisão. Mais a frente, nas questões relacionadas à bioética, será mencionado o termo de consentimento informado, que livra o médico de quaisquer responsabilidades.

Capítulo 4

Tratamentos alternativos às transfusões

Por não se tratar do objeto central de estudo desse trabalho, será feita apenas uma leve menção de alguns tipos de alternativas às transfusões, talvez as mais conhecidas pelo público leigo em medicina. Também é relevante mencionar que tais tratamentos alternativos fazem parte da realidade brasileira. O que geralmente ocorre, é a falta de propagação dos mesmos pelos veículos de informação. Em Brasília, no Hospital de Base, existem as máquinas de hemodiluição e de recuperação intra-operatória de células que serão explicadas abaixo e se encontram em anexo.(CORREIO BRASILIENSE, 2009)

Os tratamentos alternativos sem sangue não são realizados apenas por religiosos, os mesmos são escolhidos, pois primam por alta qualidade e assim evitam riscos desnecessários que as transfusões trazem consigo. Há um crescente número de pessoas que decidiram não utilizá-las visto que os riscos¹¹ de contrair hepatite ou o vírus do HIV

¹¹ Recomendo a leitura da Revista Despertai (2000, p. 3-11) que fala sobre os riscos das transfusões, bem como doenças transmitidas por meio delas. Cita por exemplo, a “Guerra da Coréia em que quase 22% dos

Outro caso chocante que ocorreu no Brasil, em Ribeirão Preto – SP, demonstra esse tipo de situação: não há isenção dos riscos. Uma garota de 10 anos contraiu AIDS por meio de uma transfusão no Hospital das Clínicas durante uma cirurgia. A reportagem da Globo, que cobriu o caso, dizia que

O hemocentro da USP de Ribeirão Preto é o maior do Brasil. Realiza 120 mil transfusões de sangue por ano. Os médicos já identificaram o homem que doou o sangue infectado. Ele fez 11 doações de sangue no hemocentro de Ribeirão Preto, mas só na 12ª vez foi constatada a presença do vírus HIV [...] Segundo os médicos, a transfusão de sangue nem sempre é segura porque o exame para saber se o doador está infectado pode ser feito no período em que o vírus ainda não se manifestou. É o que os especialistas chamam de janela imunológica. É o tempo de 22 a 45 dias em que os testes não conseguem detectar se uma pessoa é soropositivo.

Muitas pessoas agem de má fé em questionários que investigam se a pessoa teve algum tipo de comportamento considerado de risco, como sexo sem proteção, uso de seringas no consumo de drogas, compartilhamento de seringas, tatuagem ou realização de transfusão de sangue. Em casos que se comprova ato criminoso nesses casos, o Ministério Público é acionado e pode ser processado. No entanto, a consequência mais grave da transfusão não poderá ser revertida, que é contrair uma doença incurável.

Sobre a necessidade de transfusões em todos os casos, o Prof. Dr. Celso Ribeiro Bastos afirma:

A transfusão de sangue não é o único meio de que pode se valer o médico para salvar a vida ou a saúde de um adulto ou de uma criança. Há sim outros tratamentos alternativos – desenvolvidos e utilizados por médicos alopatas, e não por sectários de uma religião específica – que atingem o mesmo resultado, (BASTOS, 2000, p. 5).

Assim, quando uma pessoa rejeita um tipo de tratamento, mesmo sendo informada sobre os riscos envolvidos, ela possui o direito de optar por tratamentos alternativos viáveis. Para tomar decisões importantes como essa, precisa conhecer o que há de palpável, de fato ou realizável. A liberdade “não é somente um valor, pois é preciso ter condições objetivas para a sua realização” (MELO, 2009, p.48). Em seguida serão apresentados alguns exemplos.

Continuação: que receberam transfusões naquela época, contraíram hepatite. Quase o triplo do índice da Segunda Guerra Mundial”.

A *eritropoetina humana recombinante* é uma forma biossintética de um hormônio humano que estimula a medula óssea a produzir hemácias. É indicada nos tratamentos da anemia por insuficiência renal crônica, da anemia em pacientes com AIDS em regime terapêutico com Zidovudina e de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico.

Foram realizados dois estudos clínicos para comprovar a eficácia e efeito terapêutico da *eritropoetina humana recombinante* e constatou-se que 92% dos pacientes alcançaram o hematócrito alvo em 12 semanas de tratamento contínuo. O Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio – Manguinhos, FIOCRUZ, afirma:

Os resultados encontrados mostraram que 92% dos pacientes tratados com a Eritropoetina Humana Recombinante alcançaram o hematócrito alvo em 12 semanas de tratamento. Obteve-se um aumento global médio de hematócrito de 9,5% e de hemoglobina de 2,7 g/dl nas 16 semanas de tratamento. Não houve necessidade de transfusões por anemia associada à IRTC, (2005).

A Eritropoetina é um forte aliado quando há necessidade de um tratamento médico em que o paciente não aceita transfusões de sangue, mas aceita alternativas eficazes.

Uma opção para quem as aceitar são as frações de sangue, que usadas de modo isolado ou combinado com outros medicamentos também somam à fileira de alternativas existentes. Algumas delas são:

Albumina: É uma proteína extraída do plasma. Certos tipos de albumina são encontrados em plantas, em alimentos como leite e ovos, e no leite materno. A albumina no sangue às vezes é usada em expansores de volume ou no tratamento de choque e queimaduras graves. Esses expansores podem ter um teor de albumina de até 25%. Pequenas quantidades de albumina são usadas em outros medicamentos, incluindo algumas formulações de eritropoetina.

Imunoglobulinas: São frações de proteína que podem ser usadas em medicamentos para combater vírus e doenças como difteria, tétano, hepatite viral e raiva. Elas também podem ser usadas para proteger um embrião de certas patologias que ameacem sua vida e para neutralizar os efeitos do veneno de cobras e aranhas.

Fatores de coagulação: Existem várias proteínas que ajudam na coagulação do sangue para estancar hemorragias. Algumas são administradas em pacientes que sangram facilmente. Elas também são usadas em colantes médicos para fechar ferimentos e impedir sangramentos

após uma cirurgia. O crioprecipitado é uma combinação de fatores de coagulação. Hoje em dia, alguns fatores de coagulação são produzidos sem sangue.

Hemoglobina: Proteína que transporta oxigênio pelo corpo e gás carbônico para os pulmões. Produto ainda em desenvolvimento ou elaborados de hemoglobina humana ou animal poderão ser usados no tratamento de pacientes com anemia aguda ou grandes perdas de sangue.

Hemina: Enzima inibidora derivada da hemoglobina e usada no tratamento de um grupo raro de doenças ou genéticas ligadas ao sangue (conhecidas como porfírias) que afetam os sistemas digestivo, nervoso e circulatório.

Interferons: São proteínas que combatem certas infecções virais e certos tipos de câncer. A maioria dos interferons não é derivada de sangue. Alguns são derivados de frações dos glóbulos brancos de sangue humano, (LIGIERA, 2009).

Também há outros tipos de medicamentos utilizados nas cirurgias sem sangue, como proteínas modificadas geneticamente que estimulam a produção de glóbulos vermelhos e plaquetas, como a Interleucina – 11, que é uma forma geneticamente produzida de um hormônio humano.

Existem os *ácidos aminocapróico e tranexâmico* que estimulam a coagulação, sendo eficazes nas cirurgias em casos de hemorragia. Outro método eficiente são os adesivos teciduais como a *cola de fibrina* que diminui a perda sanguínea e reduz também o sangramento pós-operatório.

Em casos de perda do plasma em grandes quantidades, usam-se os expansores do volume do plasma como os cristalóides que incluem a *solução salina*, a *solução salina hipertônica* e o *lactato de ringer*, que tem a função de manter o volume do sangue no corpo humano. Existem também os *colóides*, fluidos compostos de água e proteínas, cuja função é manter o equilíbrio dos fluidos e o volume do sangue circulante no corpo.

Quanto a tecnologias usadas em cirurgias, o *bisturi elétrico* funciona como um bisturi normal, com a vantagem de coagular o sangue logo após o corte, evitando hemorragias e reduzindo sangramentos.

O bisturi vibra eletricamente a cerca de 30.000 golpes por segundo a uma distancia de cerca de cinco milésimos de uma polegada. A fricção da lâmina vibratória gera calor que cauteriza os vasos sanguíneos cortados (DESPERTAI, 1972, p. 28).

Há disponível o *coagulador com raio de argônio*, que coagula os vasos grandes e reduz o risco de hemorragia pós-operatória. Existe também o *fluxo de argônio*:

O fluxo de argônio, por ser um gás incolor, inodoro e inativo, facilita a coagulação controlada por uma área mais ampla, acentua a visibilidade no campo cirúrgico, diminui o manejo de tecidos bem como a exposição do médico ao sangue através de rupturas das luvas ou furo de agulhas, (MARINI, 2005).

Outra estratégia relevante em cirurgias sem sangue se chama *recuperação intra-operatória de células*. Como o próprio nome diz, sua ação é recuperar o sangue perdido, lavando-o ou filtrando-o após ser adicionado um anticoagulante para que o sangue não se coagule no aparelho, e depois ele é reinfundido no paciente. O sangue passa por um aparelho de hemodiálise ou bomba de coração-pulmão. Perpassa por um órgão artificial que o oxigena e volta para o sistema circulatório. O sangue não fica estagnado, mas em ligação com o paciente. Esse é um tipo de operação realizada por máquinas, em um circuito fechado, onde não se desperdiça o sangue do próprio paciente, sendo o mesmo reutilizado após processo de limpeza. Podem-se recuperar litros de sangue com esse sistema tecnologicamente avançado, (em anexo quadro explicativo sobre o mesmo).

Outra opção simples, mas lógica, é dividir cirurgias grandes em algumas menores, o que ajuda a não haver perdas significativas de sangue. Utiliza-se também a *hemodiluição* nesses casos, que funciona da seguinte maneira: parte do sangue do paciente é desviada, diluída e reinfundida nele, fazendo com que o volume do sangue seja maior que o da pessoa e com as células sanguíneas mais próximas do normal. Caso ocorra perda sanguínea, não será propriamente o sangue puro, mas parte dele dissolvido em grande parte de líquidos. Isso pode ser feito também quanto a aplicações de remédios.

Certamente, existem muitos tipos de tratamentos alternativos no Brasil que não são popularmente conhecidos, porque não se trata de técnicas e medicamentos aceitos por todos os profissionais da saúde e o público leigo não exige tais procedimentos. Além disso, não há interesse comercial nessas modalidades alternativas.

Capítulo 5

Princípios da Bioética

O assunto aqui abordado é bastante polêmico e muito discutido no meio médico e jurídico, pois perpassa questões morais, éticas e em muitos casos, também religiosas. Muito se discute sobre a ética médica desde o curso de graduação de medicina, direito ou serviço social, na especialização, e continua em sua atuação enquanto profissional. Sendo a ética a base da bioética, é necessário compreender melhor o que a bioética significa, suas características, seus princípios e o que ela representa.

Bioética é de forma literal a ética da vida. Envolve tudo que ocorre no “princípio, preservação e fim da vida humana” (LIGIERA, 2009, p. 229). Ela é interdisciplinar, ou seja, estabelece uma interlocução com várias categorias profissionais, a fim de alcançar um consenso a respeito do que é viável quanto à conduta do ser humano.

Segundo a Carta da Transdisciplinaridade (1994), esta promove a ligação e diálogo entre as ciências exatas e humanas, levando em consideração fatores tais como os mitos, a religião e as artes. Desse modo, o objetivo é evitar conflitos, tendo em vista soluções pacíficas para as situações. A bioética não estabelece regras e nem é inflexível.

A importante razão para o surgimento da bioética, se não a principal, foram os experimentos maquiavélicos em seres humanos realizados na Alemanha nazista, durante a Segunda Guerra Mundial. No tribunal de Nuremberg, estes crimes de guerra foram julgados e condenados. Com esta ação, os cientistas reconheceram a necessidade de impedir outros crimes dessa natureza, o que expressou na criação da bioética como um novo campo de conhecimento. No Brasil, o PNDH – 3, eixo orientador VI, contempla o direito à memória e à verdade, no sentido de resgatar os crimes do passado, especialmente aqueles cometidos pelo regime militar no período 1964 – 1985, para evitar reproduzi-los no presente.

A Comissão Nacional para Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental do Congresso dos Estados Unidos no ano de 1978 foi formada a fim de apontar princípios da bioética que defenderia seres humanos de abusos em estudos. Os princípios definidos foram beneficência, autonomia e justiça, que serão especificados mais adiante.

A bioética, de acordo com Van Rensselaer Potter, é uma crítica aberta ao positivismo que se opõe ao racionalismo e ao idealismo. O primeiro creditava apenas à ciência a única forma de conhecimento. Os positivistas acreditavam que nenhuma outra forma de conhecimento poderia ser comprovada. Por outro lado, a bioética leva em consideração o indivíduo, suas especificidades e todas as áreas de sua vida.

No Brasil, a bioética surgiu em meados dos anos 1980. Um pouco atrasada em comparação com o surgimento do termo pela primeira vez em 1970 através do já mencionado bioquímico Van Rensselaer Potter. No entanto, segundo Melo (2005), publicações nacionais sobre o assunto iniciaram-se a partir dos anos 1990.

Uma das conseqüências do atraso da bioética no Brasil é o pequeno número de profissionais que são capacitados para intervir de maneira mais eficaz nos problemas, tanto em hospitais como em seus consultórios. Entende-se que a Bioética torna obrigatória a interdisciplinaridade. Mas a interdisciplinaridade redireciona a medicina para a busca do melhor para o sujeito. São áreas unidas para encontrar um denominador comum.

Princípio da Bioética: autonomia

O princípio da bioética chamado *autonomia* ou *autodeterminação*, conforme já mencionado, é o que garante o direito da pessoa humana decidir sobre sua vida, e nesse caso, inclui decisões sobre tratamento médico que deseja aceitar livre de pressões externas. O paciente é um ser autônomo que deve ser respeitado e suas decisões não devem ser tomadas pela equipe de saúde como algo pessoal. Ele possui o direito de participar ativamente como membro principal das escolhas de tratamento que envolve sua saúde e vida.

A autonomia em termos claros é a capacidade de governar a si mesmo. Todos os seres humanos mentalmente capazes possuem a autonomia defendida pelo Estado. Além disso, quando um médico realiza uma transfusão de sangue forçada, abre precedentes para danos psicológicos e ainda para discriminação religiosa, sendo que a mídia não raro os retrata como fanáticos e/ou suicidas.

Um argumento utilizado por muitos da área médica quanto ao direito à autonomia é que a infusão forçada de sangue em alguém é um bem feito à sociedade, visto que a preservação da vida é um bem superior. Entretanto, o princípio da autonomia é justamente o *individual* e não o coletivo, ou seja, é a idéia de cada um possuindo o direito de cuidar de si. Se prevalecer o desejo do coletivo, a autonomia torna-se inválida.

Na bioética, dentro da autonomia há um outro princípio, o consentimento informado, o qual esclarece que antes da intervenção, o médico deve explicar ao paciente quais os riscos e benefícios de determinada terapia ou de suas alternativas, deixando que o paciente decida qual delas escolherá. O médico como portador do conhecimento científico, pode e deve dar a sua opinião, mas de modo a permitir conscienciosamente que o paciente decida por si. Interessante lembrar que o Art. 15º do novo Código Civil faz uma inversão da responsabilidade civil dos médicos. Em outras palavras, o médico não possui a responsabilidade absoluta de salvar a vida do paciente a todo e qualquer custo.

A atuação do médico que resultará em consequência jurídica só aparece no caso dele agir sem autorização. Se o médico aplicar um método terapêutico sem consentimento e isso incorrer em óbito ou graves seqüelas, responderá por seus atos. Daí a importância de haver comunicação entre ambas as partes a fim de colocar, se possível, por escrito, as determinações, riscos, benefícios e possíveis consequências. Se não for possível, o termo de consentimento informado é suficientemente claro e escusa o médico de complicações.

Princípio da Bioética: beneficência

O princípio da *beneficência* é o princípio que direciona o médico a intervir sempre de modo benéfico *para o paciente*. No entanto, não é autorizada ao médico a utilização do que bem entender sem proporcionar a chance de o paciente conhecer o que será feito consigo, e o mais importante, autorizar o procedimento. Esse entendimento é também uma proteção ao médico que retira todo o “peso” da responsabilidade sobre si, compartilhando com seu paciente.

A beneficência tem grande ligação com a autonomia. Quando alguém deseja algo que talvez para o outro não seja a melhor decisão, e mesmo assim não o desrespeita, está agindo de acordo com a beneficência, que em termos simples é fazer o bem ao próximo. Não se deve esquecer que isso é sob a ótica do paciente, o sujeito que receberá a intervenção.

Talvez se argumente que o Código de Ética Médica, no Art. 46, garante ao médico que o mesmo está livre para atuar em caso de iminente perigo de vida. No entanto, a Constituição Federal vigente dá amparo legal aos cidadãos conscientes e capazes, de decidir sobre si, conforme mencionado nesse trabalho.

A classe médica estará agindo bem e de acordo com os méritos de sua profissão, quando estuda e conhece profundamente as alternativas existentes para que, quando um paciente as exigir, seja plenamente atendido com dignidade e respeito. O mais importante de tudo, é que o Sistema Único de Saúde – SUS – proporcione a satisfação das necessidades de todos os cidadãos brasileiros que procuram atendimento médico, respeitando as diferenças intrínsecas em cada ser humano.

Princípio da Bioética: justiça

O princípio da *justiça* envolve o respeito às diferenças existentes, sendo que cada um possui particularidades e o Brasil é um país multicultural e pluralista, que permite o acesso igualitário de todos os cidadãos à saúde. Cada um faz a sua parte: o paciente por ser franco e sincero em suas escolhas, levando ao médico seus desejos e as opções, caso as conheça, e ao médico também cabe ser franco e claro em suas explicações sobre o tratamento, e por fim, cabe ao Estado possibilitar o tratamento, zelando pela saúde pública.

Não deve ser passivo de esquecimento que a permissão do direito à autonomia faz parte da promoção à saúde, que significa em termos simples, melhorar a saúde de todos. Conforme a Organização Mundial da Saúde, “saúde é o estado de completo bem estar físico, *mental* e social”, e não apenas ausência de doença, (Grifo meu). Estar bem mentalmente inclui ter opiniões respeitadas.

A Primeira Conferência Internacional de Promoção à Saúde organizada pela Organização Mundial da Saúde em 1986 delineou através da Carta de Ottawa que “[...] saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida”. A pessoa necessita de saúde para viver, mas esse não deve ser o objetivo da vida. E mesmo que fosse, cabe a cada um decidir o que é melhor. A autonomia propicia que cada indivíduo seja o ator principal e determinante de sua vida, e certamente se sente injustiçado quando não é respeitado.

Capítulo 6

Ética Médica

A medicina possui um Código de Ética que contém indicativos da ação médica que devem ser respeitados. Um deles é o que diz o Art. 56º que proíbe os médicos “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas”. Este código não considera como falta de ética médica a não realização de um procedimento contestado pelo paciente.

Em uma ocasião em que esta questão foi levada ao Conselho Federal de Medicina (LIGIERA, 2009), este órgão decidiu que não constitui falta de ética deixar de realizar a transfusão em um paciente que não a aceita. Foi até mencionada a questão importantíssima da autonomia nesse caso.

Assim como um médico pode ser penalizado por omissão de socorro, de acordo com seu próprio Código de Ética, ele pode também ser penalizado pela inobservância de seus dispositivos: pode sofrer censura, advertência ou até mesmo a suspensão de seu serviço profissional. Este assunto é sério e deve ser analisado sob a luz da justiça, livre de idéias pessoais e/ou pré-concebidas.

Já é ultrapassado o tempo em que os profissionais da medicina eram totalmente responsabilizados pelo que ocorria com o paciente. Foucault afirma:

[...] até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se corretamente,

nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar para morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação[...]”, (1977).

Nesse período, o médico era o agente principal que decidia todas as questões e o paciente não podia se manifestar. Àquele que era religioso, tinha como meta salvar a todos para não incorrer na ira divina, mas sabe-se bem que a prática médica independe de suas crenças.

Na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso à vida [...] por isso, o médico não tem motivos para se angustiar, como se tivesse prestado assistência a uma pessoa em perigo, (DECLARAÇÃO SOBRE A EUTANÁSIA, 1980).

Esta declaração não significa afirmar ao médico que a pessoa não deseja mais exercer o direito à vida, mas em face de algo que faria a pessoa se sentir pior ou marginalizada, ela deseja recusar. O Art. 5º do Código de Ética Médica preconiza que o médico deve aprimorar continuamente seu conhecimento, uma vez que a medicina é a profissão a serviço do bem estar do ser humano e deve ser exercida sem discriminação (Art.1º), além de avançar continuamente.

Por outro lado, em nenhum momento esses artigos abrem precedentes para o afrontamento do paciente ao médico. Sem dúvida alguma, o profissional da saúde é conhecedor da área e capacitado para resolver problemas de cunho medicinal. Por isso, a liberdade dos pacientes de escolher um tratamento médico deve ser feito de modo pacífico, respeitoso, levando em conta também o lado do médico que deseja certamente salvar a vida de todos os seus pacientes.

Não é difícil imaginar o dilema do médico diante de situações conflitantes. Passou anos de sua vida dedicados aos estudos para poder atuar de modo a salvaguardar a vida de outros. Sendo assim, é compreensível sua preocupação sobre a questão da negação de transfusões sanguíneas, ou seja, podem imaginar que não realizar a transfusão seria similar à omissão de socorro, e, portanto, crime. Esta preocupação é infundada por pelo menos três motivos.

Primeiro, omissão de socorro é deixar de prestar assistência a alguém quando é possível fazê-lo sem que haja risco pessoal, conforme a Constituição Federal, Art. 135º,

caput. Isto significa que se várias pessoas se negarem a prestar assistência, todas são participantes do crime. Uma característica da omissão de socorro é a presença do dolo, ou seja, há uma ação com má fé, descaso, o qual ocorre em situação de perigo. Havendo morte, é considerado homicídio. Um exemplo de omissão de socorro é quando algum paciente chega ao hospital ou pronto-socorro e não é atendido por falta de vaga ou quando o médico recusa-se a atendê-lo, pois já estaria ultrapassando seu número de consultas do dia.

Segundo, qualquer profissional pode ser processado e condenado criminalmente por qualquer pessoa, caso este não se sinta satisfeito com os serviços prestados ou se sinta prejudicado pelo profissional. Qualquer um é um inimigo em potencial, mas se a atuação for correta e ética, não tem o que temer. Segundo o depoimento de Ligiera (2009):

“[...] até o momento não há nenhum registro nos tribunais brasileiros no sentido de que algum médico tenha sido sequer processado pelo crime de omissão de socorro – e muito menos condenado – por não ter transfundido sangue em Testemunha de Jeová. Percebe-se, destarte, que o receio dos médicos é muito mais fictício do que factível”, (p. 345).

Em terceiro lugar, deve ser lembrado pelos médicos o fato de que uma pessoa que nega *todo tipo* de tratamento, difere sobremaneira daquele que nega *um tipo* de tratamento por convicções pessoais. Quem nega todo e qualquer tipo de tratamento, pode, por exemplo, não querer mais viver, ou talvez não, apenas se nega a prolongar seu sofrimento. Ademais, quem não aceita um tipo específico de tratamento e não deseja ser tratado com ele, pode não negar outros que são alternativos.

Tem-se observado também a inexperiência e ignorância de alguns médicos que desconhecem as novidades tecnológicas que tem permitido um expressivo avanço na medicina em relação ao uso do sangue. Neste caso, há violação do Art. 5º do Código de Ética Médica.

Algo que ocorre comumente é a abordagem médica em casos de atender ou não um paciente que poderia colocar o profissional em situações “comprometedoras”, como a recusa por transfusões, por exemplo. Essa problemática está relacionada às Testemunhas de Jeová. Talvez essa ação não se torne omissão de socorro, mas se configura como preconceito religioso.

O especialista em direito médico e da saúde Luiz Carlos Nemetz, comenta:

os avanços no Direito Médico e da Responsabilidade Civil decorrem da evolução tecnológica e da velocidade da informação, bem como do aprimoramento dos textos jurídicos e da evolução da jurisprudência e da doutrina. [...] Com os avanços da biotecnologia, engenharia genética, biologia construtiva, genômica sintética, vida artificial, medicina molecular, entre outros, o Direito Médico vem passando por constantes mudanças. Há menos de um mês entrou em vigor o Código de Ética Médica (CEM), que aumentou a abrangência da chamada autonomia do paciente. Também a Responsabilidade Civil tem evoluído no sentido de amparar de forma cada vez mais intensa, freqüente e ampla, as suas vítimas, (PORTAL NACIONAL, 2010).

Uma das mudanças desse novo código é que ele abarca o *direito de escolha*, dando primazia à decisão do paciente.

Outra questão importante é não realizar qualquer procedimento médico escondido do paciente, para evitar confusão ou problemas. O comentado Art. 146º do Código Penal brasileiro, observado por outro ângulo, diz que é crime de *constrangimento ilegal* “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite ou o que ela não manda”. Com base nisso, alguns afirmam que a lei permite realizar as transfusões, porém, esse preceito não é verdadeiro. O Código ressalva que há necessidade de haver iminente perigo de vida. Dessa forma, o médico precisa comprovar que de fato a transfusão é o único modo de salvar uma vida, não havendo mais nenhuma possibilidade de salvamento disponível. É notório que isso não se apresenta como verdade. O capítulo das alternativas às transfusões mostra um leque de possibilidades cada vez mais acessível aos médicos.

Se for constatado que havia possibilidade de usar uma alternativa ao tratamento que o paciente recusou, os preceitos da Constituição foram feridos, a dignidade humana atingida e o profissional poderá responder criminalmente por constrangimento ilegal, visto que a pessoa teve de certo modo sua capacidade de resistência reduzida. É como a comparação feita pelo constitucionalista Celso Bastos sobre o constrangimento

Fazendo uma certa analogia, equivaleria a estabelecer a exigência de que o cidadão com problemas visuais mínimos fosse obrigado a procurar o oftalmologista, ou obrigado a adquirir as lentes indicadas pelo médico, sem opção pela recusa em usá-las ou, ainda, que todos os

envolvidos em problemas econômicos, por mínimos que fossem, estivessem constrangidos a procurar um economista e a seguir suas orientações, (2000, p. 24).

Outra questão a ser considerada é o fato de que o que constituía iminente perigo de vida quando o Código Penal foi escrito, não é exatamente assim hoje. Com o passar do tempo, ocorre a desatualização da lei, pois a humanidade é dinâmica e se modifica de forma rápida. Quando a lei se referia ao sangue, por exemplo, certamente no ano de 1940, o sangue era praticamente o único recurso disponível ou um dos poucos existentes. Hoje, quase setenta anos depois, as alternativas são e cada vez mais crescentes.

Capítulo 7

Atuação dos assistentes sociais

A profissão, no Brasil, surge na década de 1930, no momento em que o país começa a se industrializar e com a expansão do capitalismo, há o empenho, por parte do Estado, de manter sob certo controle a classe trabalhadora, a fim de mantê-la subordinada aos interesses da classe dominante.

Nesse período, Igreja e Estado se unem realizando ações assistencialistas, com as famosas “damas de caridade”, configuradas como esposas de prefeitos, governadores e membros das elites econômicas e políticas, com o intuito de “abafar” as manifestações do proletariado. Apenas após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, o serviço social avança enquanto profissão estabelecida.

Para entender melhor este ponto, é necessário retornar à época da ditadura militar no Brasil (1964 – 1985). Nesse período, a repressão ao proletariado era grande e por meio de lutas de resistência dos trabalhadores e de concessões do regime, alguns direitos foram alcançados. Houve um impulso à política habitacional para as classes populares com construções de moradias para impulsionar a economia, mas a saúde, por exemplo, ainda era configurada de tal forma que havia grande diferença no atendimento de pessoas que podiam pagar ou não por ela, (VIEIRA, 2000).

Os profissionais de serviço social começaram a analisar a condição tradicional em que se encontravam, ligados à Igreja Católica, e repensaram um projeto político profissional diferente. Em meados dos anos 1960/1970, ocorre a ruptura e o chamado Movimento de Reconceituação – marco histórico da profissão.

Obviamente, no período da ditadura militar, o debate ético-político proporcionou grande acúmulo teórico e as discussões foram feitas no bojo acadêmico. Todavia, pensar sobre uma atuação pautada em direitos já estava previamente estabelecido, mas se consolidou com o passar do tempo como resultado de lutas da categoria.

Na década de 1980, houve graves problemas econômicos tais como o aumento da dívida externa, mas de certa maneira, foi um período considerado por alguns autores como “de conquistas democráticas, em função das lutas sociais e da Constituição de 1988”, (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 138). Todavia, o Brasil e toda a América Latina sofreram com as consequências do aumento do endividamento externo, com um empobrecimento generalizado, que fez agravar a “questão social”¹². Por outro lado, a Constituinte de 1988 “tornou-se uma grande arena de disputas e de esperança”, diz Boschetti, (2006, p. 141). Durante todo esse processo, houve avanço nos direitos sociais, humanos e políticos, que rendeu à Constituição um interessante elogio: cidadã.

O serviço social atual se confronta com uma sociedade diversificada, em constante transformação, exigente de seus direitos e marcada por expressões da “questão social” em contexto mundial.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado [...] [há] manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, (IAMAMOTO, 2005).

¹²Segue-se aqui o consenso entre a maioria dos profissionais do Serviço Social de que não existe uma nova questão social, mas expressões diversas da mesma questão, (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 51-56).

Por outro lado, o profissional do serviço social trabalha como intermediário entre a população e o Estado, atuando sob forma de um mediador entre as duas partes. Com esta postura, contribui para garantir um processo de intervenção social capaz de garantir os direitos das classes populares.

A área da biomedicina é uma das que avançam em relação ao direito do paciente. Ela é complexa e se depara cada vez mais com descobertas e avanços tecnológicos. Isso é importantíssimo, pois se trata de seres humanos com histórias flexíveis e em evolução. Juntamente com este progresso, certamente vem os desafios para o profissional atual. Não seria diferente para o assistente social na área da saúde. Os conflitos e dilemas bioéticos permeiam situações em que o profissional de serviço social está inserido, e este precisa estar preparado para seguir à risca seu Código de Ética que lhe serve como uma bússola.

A preocupação com a ética na área da saúde, assim como em outras de atuação, deve ser primada pelo profissional, visto que em seu trabalho haverá momentos em que a equipe, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, advogados e assistentes sociais, juntos, decidirá sobre assuntos relevantes como o descrito neste trabalho. É necessário lembrar que as intervenções aplicadas provavelmente podem afetar de modo considerável a vida da pessoa. Por isso é necessário que tais profissionais não baseiem suas decisões em opções pessoais, mas devem agir de modo proficiente para refletir os interesses individuais, e quando assim for, o da coletividade.

Os assistentes sociais são parte fundamental desse processo complexo, visto que atuam na luta pelo acesso igualitário aos direitos sociais. Em sua atuação, devem se tornar um instrumento de conscientização quanto aos direitos e benefícios oferecidos pela instituição de saúde, sendo ela privada ou pública. Essa é uma de suas diretrizes desde o seu surgimento enquanto profissão ante as barreiras que existem entre o paciente e o benefício ou direito que ele possui. Deve agir com base na ética, como facilitador e agilizador do acesso, tornando-o rápido e eficiente, (IAMAMOTO, 2005).

Hoje o projeto ético-político do serviço social é defendido por organizações como o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), os Centros de Referência da Assistência Social (CRASS), a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e possui um

Código de Ética (BRASIL, 1993) que será abordado no próximo subitem, contendo os princípios e valores norteadores da profissão que devem ser rigorosamente seguidos.

Assim, ao olhar para além da questão “transfusões de sangue”, o assistente social deve efetivar os interesses dos usuários nos serviços prestados por ele, fazendo valer a justiça social. Esse profissional se diferencia dos outros, principalmente pela defesa dos direitos humanos, enquanto médicos cuidam da saúde e advogados da lei.

O assistente social pode, por exemplo, destacar valores do seu guia, o Código de Ética do assistente social (1993) para fazer uma reflexão referente às situações que surgem na sua atuação e a respeito de questões da bioética, visando o amadurecimento profissional.

É reconhecível que o assistente social se depara com situações desafiadoras nos diferentes campos de sua atuação. Na saúde, quando confrontado com recusa de transfusões sanguíneas, precisa se lembrar que sua formação é regada a reflexão ético-filosófica e que “valores e princípios pessoais devem ser mantidos em patamares distintos”, (MELO, 2009). Não se trata de apoiar algo em que não acredita, mas sim de agir profissionalmente frente à bioética ou decisões pessoais de outrem, reafirmando o compromisso com um projeto profissional que demonstra comprometimento com a profissão.

Podem ocorrer casos em que a opinião do paciente difere totalmente dos preceitos designados no Código de Ética da profissão. Por sua experiência na área, o assistente social pode raciocinar com abordagem embasada no conhecimento teórico e prático, pois as intervenções se baseiam na promoção à saúde e na defesa dos interesses dos indivíduos.

Se após as orientações e informações o paciente ainda se negar a entrar em consenso, os assistentes sociais devem seguir o que o Código de Ética preconiza: respeitar o exercício da autonomia. É diferente, porém, se for algum tipo de ação ilegal, como o aborto¹³, que no Brasil é considerado crime. É “um problema de saúde pública e

¹³ O aborto aqui mencionado se refere aos atos provocados e considerados crime no Brasil.

de justiça social que envolve questões legais, sociais, econômicas e emocionais”, (MELO, 2005, p. 121). É previsto no Código Penal brasileiro que a pessoa que comete o aborto pode levar de 1 a 10 anos de prisão. O Art. 128º excetua da punição, os abortos realizados quando não há outro meio de salvar a vida da mãe e quando a gravidez resulta de estupro.

Nesses casos, primariamente deve-se garantir que a paciente tenha acesso à informação. Se o aborto já foi feito, assegurar que tenha atendimento médico o mais rápido possível. Juntamente com a equipe, devem-se avaliar as condições de cada situação e por fim ser fiel à lei brasileira. O médico, por exemplo, de acordo com seu Código de Ética (Art. 38º), não deve ser cúmplice de profissionais ou instituições que pratiquem atos ilegais; já o Art. 19º, veda ao médico prescrever ou saber de profissionais que abortam ou clínicas abortivas e não realizar denúncia; o Art. 112º menciona que o segredo profissional vai até o momento em que este entra em conflito com a lei.

A bioética é o fundamento maior do presente trabalho e a autonomia do paciente é o objeto de estudo que permeia também a área do serviço social. Sendo assim, o profissional é totalmente capacitado para participar ativamente de reflexões, debates e produção de conhecimento sobre o tema proposto.

Capítulo 8

Código de Ética do Assistente Social

A lei 8.662/93 de regulamentação da profissão foi aprovada em 13 de março de 1993 como uma revisão do antigo código de 1986, pois este apresentava insuficiências e novas exigências específicas surgiram, exigindo do profissional de serviço social novos valores éticos, fundamentados no compromisso com os usuários, principalmente na defesa da democracia, justiça, igualdade social, cidadania e a liberdade.

Uma das peculiaridades desse novo código é o respeito à diversidade. Na época da ditadura, as constantes reivindicações e a consolidação das liberdades políticas

propiciou que o serviço social no Brasil iniciasse um profundo processo de renovação e o código de 1986 abarcou todas essas conquistas da época.

A necessidade de revisão do código foi crescendo com o passar do tempo, e em 1993 entrou em vigor. Um grande número de assistentes sociais de todo o Brasil tiveram participação ativa e isso significa que o código expressa os ideais coletivos dos profissionais brasileiros, deste período histórico.

Nesse novo Código de Ética, a democracia é valor ético-político central. Foram preservados os direitos e deveres profissionais, a qualidade dos serviços prestados aos usuários e a responsabilidade diante do mesmo. Ainda como princípios fundamentais e irrenunciáveis estão a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”, ampliando a cidadania e os direitos civis e sociais. Foi reconhecido também a “liberdade e as demandas políticas a ela inerente – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”.

Ao assistente social cabe empenhar-se pela eliminação total de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito pela diversidade; também a garantia do pluralismo e exercício do serviço social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, nacionalidade, opção sexual, idade, condição física ou religião.

No Art. 1º é definido o Conselho Federal de Serviço Social como o órgão julgador em primeira instância caso os princípios e diretrizes do código não sejam cumpridos. O Art. 3º, referentes aos deveres do assistente social, no item ‘c’, estabelece o dever de no exercício de sua profissão, abster-se de práticas discriminatórias, ou censura e cerceamento da liberdade. Quanto ao que lhe é vedado, algo interessante é dito também no item ‘c’, Art. 4º: “acatar determinação institucional que fira os princípios e diretrizes deste Código”. Interessante notar que muito se vê na atuação de alguns assistentes sociais, que em prol de seus próprios objetivos, deixam de acatar esse princípio, passando por cima de direitos fundamentais de seus usuários.

Quanto à relação com os usuários, de acordo com o Art. 5º, deve - se “garantir plena informação e discussão sobre possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam

contrárias aos valores e crenças individual dos profissionais”. Fazendo uma ligação entre esse aspecto relevante e situações que envolvam a negação pela transfusão de sangue, parece bem claro qual deve ser de fato sua atuação. Nada pode se interpor à decisão do paciente. Após anos de lutas para efetivação da liberdade e da democracia, não é agora, em pleno século XXI, que um assistente social irá desrespeitar os princípios deste Código de Ética.

Ainda no Art. 5º, item ‘g’, há a diretriz que consagra a desburocratização dos serviços para a melhoria e agilização dos serviços. O Art. 8º diz que é dever do assistente social

Denunciar falhas nos regulamentos, normas e programas da instituição em que trabalha, quando os mesmos estiverem ferindo os princípios e diretrizes deste Código, mobilizando, inclusive, o Conselho Regional, caso se faça necessário; contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária; empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários.

Sobre esse artigo três pontos merecem consideração. Primeiro, instituições falham e isso independe de serem públicas ou privadas. É comum ver que na maioria das instituições o assistente social não possui muita autonomia e às vezes é amedrontado com a idéia de que se não “vestir a camisa” da instituição poderá ser demitido, e ainda com justa causa se denunciar falhas internas. Ocorre com frequência casos em que a instituição pressiona o paciente a aceitar uma transfusão e caso a resposta continue negativa, apela para o Judiciário. De vez em quando se vê um assistente social apoiar esse desrespeito aos direitos humanos e sociais.

Segundo, deve apoiar as legítimas demandas da população usuária. Quando alguém decide não aceitar uma transfusão sanguínea, é uma legítima demanda desse usuário e o assistente social deve no mínimo lutar para que esse direito seja concretizado. Terceiro, como conhecedor de direitos sociais e humanos, o profissional deve fazer o máximo na viabilização dos mesmos, apelando para o que há de concreto na lei brasileira.

Os Artigos 10º e 11º falam sobre alguns pontos relevantes, e entre eles está o de ser solidário com outros profissionais, colegas de trabalho, sem eximir-se de denunciar atos que contrariem postulados éticos, ou ainda ser conivente com falhas éticas. Sempre

que um profissional notar que há falta de ética na atuação de um colega de trabalho, deve haver sim denúncia da sua parte. A ética permeia todas as profissões e o seu sentido principal continua sendo o mesmo em todas elas, devendo obrigatoriamente ser respeitado.

O assistente social em uso de suas atribuições deve seguir este Código de Ética como uma bússola na sua vida. Ele delinea todas as ações de um profissional ético. Obviamente, não cita detalhadamente todos os variados aspectos ou características que possam ocorrer, mas deixa claro o princípio que deve permear sua atuação. Essa é a diferença entre lei e princípio. A lei é um código escrito que obrigatoriamente deve ser seguido por todos, sob pena caso não seja cumprido. O princípio pode até ser escrito em papel, mas se relaciona com o desejo de cumprir algo por saber que isso é o certo a ser feito e tem a ver com preceitos morais. O Código de Ética do Serviço Social defende que a denúncia seja feita quando há discriminação, preconceito, abuso de autoridade, e isso além de princípio, também é lei.

Capítulo 9

Considerações Finais

Os resultados da pesquisa para o presente trabalho expressam que houve avanço tanto na medicina quanto na área judicial concernente ao direito do paciente. Também foi argumentado que cada vez mais os direitos dos cidadãos estão sendo incluídos nas leis e códigos brasileiros. Assim, as pesquisas e pareceres existentes sobre o tema são fundamentais, pois abrem portas para o progresso em tratamentos alternativos que podem salvar vidas.

É válido lembrar que o presente trabalho se referiu a pessoas adultas e capazes de decidir sobre si e seu corpo. A estas, a legislação brasileira concede o direito de decidir sobre si. Isso inclui tomar decisões considerando seus deveres e direitos tanto sociais como legais.

Quanto à hipótese inicial proposta para a realização deste trabalho de conclusão de curso, a mesma foi comprovada. Ou seja, houve a afirmação de que o paciente tem o

direito legal e a autonomia de escolher o que deseja aceitar referente a tratamento médico sem sangue, de acordo com suas convicções e valores pessoais, que incluem crença religiosa, receio de contrair doenças, entre outros já mencionados no decorrer do trabalho e reafirmados a seguir, bem como muitas vezes, essa sua autonomia vem sendo gravemente ferida.

Independente da crença do paciente ou de seu desejo, negar um tratamento médico inegavelmente faz com que a medicina tente por outro viés, que não seja o sangue, o mesmo e único objetivo: a saúde do paciente. Certamente este é o desejo de todos os médicos que dedicaram boa parte de suas vidas ao estudo e aperfeiçoamento da medicina para contribuir com a saúde pública.

Por diferentes razões, as pessoas podem escolher um tipo de tratamento que não envolva o sangue. Acreditam que essa é uma forma de se livrarem de grandes riscos relacionados a métodos terapêuticos que envolvem a prática da transfusão. Apesar de muitos testes realizados, patologias como hepatite, HIV, entre outras, tem contaminado pessoas ao redor do mundo. Desse modo, nenhuma transfusão é segura, e nesse sentido, continua a apresentar-se como procedimento de risco.

Quanto à convicção religiosa, muitos não aceitam transfusão por motivos de consciência: não desejam desagradar a Deus ou desrespeitar a lei divina de “abster-se de sangue”. Assim, é essencial lembrar que em casos de objeção religiosa, os pacientes que negarem uma transfusão de sangue estão em pleno uso de seus direitos constitucionais legais, e em nada diferem de alguém que nega uma transfusão por motivos distintos. Ambos se igualam em ter o direito de negar. Ainda possuem a liberdade conforme os princípios da bioética (autonomia, beneficência e justiça) que, de certo modo, oferecem subsídios aos pacientes para fazer valer o seu direito. Outro garantidor da liberdade é a Constituição Federal de 1988 que dentre suas leis e princípios, estão a liberdade de crença e o direito à vida – princípios irrefutáveis e inegociáveis.

O Brasil ainda possui forte tendência paternalista e também muitos profissionais que não aceitam considerar como fato a liberdade do paciente de decidir sobre si. Isso pode ocorrer porque alguns não concordam com os objetivos ou crenças de seus pacientes, ou por achar que são leigos em medicina, e neste caso, não saberiam decidir o que de fato é melhor para si ou seus familiares. No entanto, não se trata da questão do

conhecimento científico, pois esse aspecto de fato remete apenas ao médico. Mas, este tem a obrigação ética e legal de explicitar de forma simples e clara quais as consequências de todo tratamento envolvido.

É bom frisar que, com base em toda a pesquisa realizada para a efetivação deste trabalho, quando um paciente se nega a receber *um* tratamento específico, não está negando o direito à vida, ou desprezo à mesma. Significa simplesmente que suas convicções pessoais o impedem de aceitar *aquela* tratamento, mas não outros alternativos. (Grifo meu). Isso também *não* se caracteriza como suicídio, uma vez que o suicídio é a decisão voluntária de retirar a própria vida, e o simples ato de procurar um médico significa desejo de salvá-la.

Outro aspecto importantíssimo é que a lei brasileira de modo algum obriga alguém a aceitar algo que não deseja. O Código Civil no Art. 15º diz que se tratando de um procedimento de risco, no caso referente às transfusões, ninguém pode ser obrigado a submeter-se a ela e nem ser constrangido a isso. E ainda, o paciente, e não o médico, deverá decidir sobre o risco que está disposto a correr.

Conclui-se também que em hipótese alguma o médico será responsabilizado por falta de ética quando deixa de realizar um determinado tratamento a um paciente, se o mesmo não aceitá-lo. O próprio Código de Ética Médica proíbe que os mesmos utilizem um tratamento sem o consentimento prévio de seu paciente ou de seu representante legal, conforme o Art. 46º. Para escusar o médico da responsabilidade, o paciente que objetar o uso de sangue em seu tratamento, deverá antecipadamente providenciar um termo de responsabilidade ou de consentimento esclarecido, apontando os tratamentos que aceita ou não. No caso das Testemunhas de Jeová, elas possuem um documento reconhecido em cartório e assinado por testemunhas, apontando um representante legal em caso de estado inconsciente.

O caso das referidas Testemunhas de Jeová se assemelha a qualquer outro paciente cujas convicções o impedem de aceitar um tipo de tratamento. Conforme já mencionado, equipara-se a uma mulher católica que decide não usar contraceptivos visto que de acordo com sua fé, estes impediriam a procriação e seriam um impedimento à vida, o que significa cometer um pecado. Também se equipara de modo legal a um muçulmano que não deseja ser tratado com nenhum tipo de medicamento à

base de substâncias de suínos, sendo que isto lhe impediria de receber o paraíso de Alá. Ou seja, o motivo não importa e nem nos cabe questionar os motivos de outrem. Cada um é livre para tomar suas próprias decisões que envolvam sua própria vida.

Quanto aos assistentes sociais, lhes cabe a obrigação de defender os interesses de seus usuários, independente de concordar ou não com as opiniões dos mesmos. Como conhecedores das leis e princípios do seu Código de Ética, bem como da lei brasileira de direitos dos cidadãos, o assistente social deve adotar uma postura profissional em sua atuação, procurando agir com equidade, profissionalismo, ética, sem preconceitos e permitir a livre diversidade de opiniões.

O assistente social deve se empenhar para eliminar todas as formas de preconceito, incentivando o respeito pela diversidade porque nosso país é um Brasil pluralista. Os assistentes sociais são parte fundamental desse processo complexo. Juntamente com os usuários, lutam pelo acesso igualitário aos direitos sociais, e em sua atuação, será um instrumento de conscientização quanto aos direitos e benefícios oferecidos pela instituição de saúde, sendo ela privada ou pública.

O profissional do serviço social trabalha como intermediário entre essa população e o Estado. Assim, um modo de intervir nas expressões da “questão social” é fazer valer os direitos do paciente.

Sendo assim, o presente trabalho visou esclarecer o que tem acontecido diante da recusa de transfusões de sangue; a liberdade de cada um sobre si ou sua autodeterminação que lhe dá o direito de exercer plenamente sua autonomia, bem como da não existência de uma responsabilização médica quando o mesmo acatando os direitos do seu paciente em decidir sobre a transfusão, não a administra.

Desse modo, é importantíssimo que todos, sem exceção, coloquem de lado seus juízos de valor, ou preconceitos, para que o agir seja mais ético, mais comprometido, com mais liberdade e incentivo ao respeito, com vista a um futuro em que o Brasil seja realmente democrático e livre. Tudo isso, de fato, constitui o verdadeiro direito à vida.

Referências bibliográficas

- A crescente procura por tratamentos médicos e cirurgia sem sangue. Revista Despertai, Associação Torre de Vigia, p. 1-11, São Paulo, 2000.
- A ética médica e o respeito às crenças religiosas. Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina. Vol. 6, n.º 1, p. 89 – 93, Brasil, 1998.
- Alcorão, A vaca, Vers. 173. Disponível em:
http://www.islam.com.br/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=10
- ALVES, Renato. VITÓRIA, Maria. O dilema entre a fé e a ciência. Correio Brasiliense, Brasília, 2009. Disponível em
http://www.correiobraziliense.com.br/html/sessao_13/2009/05/02/noticia_interna_id_sessao=13&id_noticia=104447/noticia_interna.shtml
- ALVES, Renato. FERRI, Maria. Bebê pega AIDS em transfusão. Correio Brasiliense, Brasília, 2003.
- BRASIL, Constituição Federal do Brasil, 1988.
- _____. Código Civil, 2002.
- _____. Código Penal, 1940.
- _____. Código de Defesa do Consumidor, 1990.
- _____. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, 2006.
- _____. Cartilha dos Direitos do Paciente do Governo do Estado de São Paulo – Secretaria de Saúde, 1990.
- _____. Código de Ética do Assistente Social, 1993.
- _____. Código de Ética Médica, 1988.
- _____. Lei Orgânica da Saúde, 1990.
- _____. Pacto pela Saúde, 2006.

- _____. Programa Nacional de Direitos Humanos 3, PNDH-3, Brasília: SEDH, 2009.
- _____. Conferência Nacional dos Institutos de Saúde, 1988.
- BARROCO, Maria Lucia Silva. Ética e serviço social, Fundamentos ontológicos. São Paulo, 2ª edição, Cortez, 2008.
- BASÍLIO, Felipe Augusto. O princípio da dignidade da pessoa humana e a recusa a tratamentos médicos com hemotransusão por motivos de convicção religiosa. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n.º 809, São Paulo, 2005. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7311>>
- BASTOS, Celso Ribeiro. Direito de recusa de pacientes, de seus familiares, ou dependentes, às transfusões de sangue por razões científicas e convicções religiosas. Parecer jurídico, São Paulo, 2000.
- BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. Cap. 4, Crise, Reação Burguesa e Barbárie: a política social no neoliberalismo. P. 112-146. Cortez, São Paulo, 2006.
- BRUMLEY, Philip, et al. Por que respeitar a escolha de tratamento médico sem sangue. Parecer jurídico, p. 1-23, Associação Torre de Vigia, São Paulo, 1999.
- Brochura Como o sangue pode salvar sua vida? p. 1-31, Associação Torre de Vigia, São Paulo, 1990.
- BOOTH, Wayne C. A arte da pesquisa. Tradução Henrique A. Rego Monteiro. 2ª edição, São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciências da Saúde Coletiva, vol. 9, n.º 3, p. 669-678, 2004.
- CELLARD, André. A análise documental. In a pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. P.295-314. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos, ONU, 1948.

- Declaração de Alma Ata, 1978.
- Diário do Pará. Brasil: Paciente ganha direito de recusar transfusão. 2009. Disponível em: <http://www.diariodopara.com.br/noticiafullv2.php?idnot=68860>
- FERNANDES, Paulo Sérgio Leite, Parecer jurídico criminal, São Paulo, Brasil.
- FILHO, Manoel Gonçalves Ferreira. Questões constitucionais e legais referentes a tratamento médico sem transfusões de sangue. Parecer jurídico, p.1-31, São Paulo, 1994.
- FOUCAULT, Michael. Microfísica do poder, Itália, 1977.
- Folha Online. Estado do Rio dá a religiosos direito de recusar transfusão. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u726501.shtml>
- GARRAFA, Volnei. Introdução à bioética. Revista do Hospital Universitário Ufma, São Luís – MA, v. 6, n.º 2, p.9-13, 2005.
- GOLDIM, José Roberto. Princípio éticos. Rio Grande do Sul, 1996. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/princip.htm>
- HEP CENTRO. Disponível em: <http://www.hepcentro.com.br/cmv.htm>
- IAMAMOTO, Marilda Villela. Conservadorismo e serviço social. A Herança Conservadora do Serviço Social: atualização e busca de ruptura. p. 17-39, USP, 1982.
- _____. O debate contemporâneo do serviço social e a ética profissional. Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis. 6ª Edição. São Paulo, Cortez, 2005.
- IAMAMOTO, Marilda & CARVALHO, Raul. Serviço social e relações sociais. São Paulo, Cortez, p. 127-167, 1983.
- IMBELLONI, Luiz Eduardo ET AL. Manuseio de grave diminuição de hemoglobina em paciente jovem, Testemunha de Jeová, submetido à proctocolectomia total. Relato de caso. Revista Brasileira de Anestesiologia, p. 538-544. Vol.55, n.º 5, 2005.

- Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos, FIOCRUZ, 2005.
- LEIRIA, Cláudio da Silva. Religiosos têm direito a negar transfusão de sangue. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2009-jun-20/testemunhas-jeova-direito-negar-transfusao-sangue?pagina=26>
- _____. Transfusões de sangue contra a vontade de paciente da religião Testemunhas de Jeová. Uma gravíssima violação de direitos humanos. Jus Navigandi, Teresina, ano 13, n.º 2100, 2009. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=12561>>
- LIGIERA, Wilson Ricardo. Responsabilidade médica diante da recusa de transfusão de sangue. São Paulo, Nelpa, 2009.
- _____. Tutelas de urgência na recusa de transfusão de sangue. Jus Navigandi, Teresina, ano 13, n.º 2221, 2009. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=13243>>
- LOWY, Michael. Ideologias e ciência social. Elementos para uma análise marxista. 11ª Edição, Cortez, p. 95-112, São Paulo, 1985.
- MARINI, Bruno. O caso das Testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue: uma análise jurídico-bioética. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n.º 661, 2005. Disponível em <HTTP://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6641>>
- Manual Técnico de Hemovigilância. Investigação das reações transfusionais imediatas, tardias e não infecciosas. ANVISA, p. 85-88, Brasil, 2007.
- MELO, Luciana Maria Cavalcante. Bioética no exercício profissional do serviço social: uma análise sob a ótica da ontologia social de Marx. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, São Paulo, 2009.
- MOTA, Ana Elizabete et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- NEMETZ, Luíz Carlos. Código de Ética Médica (CEM) e Responsabilidade Civil no Direito Médico: mudanças vêm em prol do paciente . 2010. Disponível em:

http://www.segs.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10596:codigo-de-etica-medica-cem-e-responsabilidade-civil-no-direito-medico-mudancas-vem-em-prol-do-paciente&catid=47:cat-saude&Itemid=328

- NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. p. 44-49. Brasília, ano 2, n.º 3, 2001.
- PASTORINI, Alejandra. A categoria “questão social” em debate. São Paulo, Cortez, 2004.
- Periódico Brasileiro Boletim, Sociedade de Hematologia e Hemoterapia, 1990.
- PESSINI, Leo. Declaração Universal sobre a Bioética. Revista Bioética Pareceres, p. 157-161, São Paulo, 2005.
- PEREIRA, Potyara. Questão social, serviço social e direitos de cidadania. p. 51-61. Brasília, ano 2, n.º 3, 2001.
- PORTUGAL, Carta da transdisciplinaridade, 1994.
- RETAMALES, Avelino P. Autonomia del Paciente: los Testigos de Jehová y la elección de alternativas a la transfusión, p. 280-287, Chile, 2006.
- RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. Cad. Saúde Pública, p. 1749-1754, Rio de Janeiro 2006.
- ROXIN, Clauss. A tutela penal da vida humana. Participação de Damásio de Jesus, et al. São Paulo, Damásio de Jesus, 2003.
- Sangue Infectado. Disponível em <http://jornalnacional.globo.com/Telejornais/JN/0,,MUL542756-10406,00-SANGUE+INFECTADO.html>
- SARDI, Márcio. A nossa ética e a “deles”. Revista INSCRITA, DF, 2000.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. P. 66-72. São Paulo: Cortez, 2007.

- SOUZA, Zelita da Silva. MORAES, Maria Isabel Dias Miorim. A ética médica e o respeito às crenças religiosas. Florianópolis, Revista Bioética, vol. 6, n.º 1, p. 89-93, 1998.
- STRAUSS, Anselm. CORBIN, Juliet. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Sage Publications, Inc. 2ª Edição, p. 23-24, 1998.
- TEIXEIRA, Paulo Fleury et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, p. 2115-2122, Belo Horizonte, 2008.
- URBAN, Cícero de Andrade. A bioética e a prática médica. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, Vol. 2, n.º 3, p. 275-277, Brasil, 2003.
- Vídeo “Alternativas à transfusão”, série de documentários. Associação Torre de Vigia, São Paulo, 2004.
- VIEIRA, Evaldo. Brasil: do golpe de 1964 à redemocratização. In MOTA, Carlos Guilherme. São Paulo, SENAC, p. 185-217, 2000.
- WONNACOTT & WONNACOTT. Escassez x Escolha: problema econômico. Cap.2, p. 23-40.

ANEXOS

ANEXO 1

Tabela de transfusões concedidas judicialmente entre setembro de 1998 a setembro de 2002. (Livro Responsabilidade médica diante da recusa de transfusão de sangue, 2009, p. 306-309).

N. º	NOME	IDADE	CIDADE	UF	AÇÃO	PROCESSO	VARA	SAN - GUE	ÓBITO
1	A.A.O.D.	36 anos	Belo Horizonte	MG	Alvará Judicial	02402.621688-7	3.ª V. Cív.	Não	Não
2	A.C.S.S.	15 anos	Sto. Antônio de Jesus	BA	Caut. Inom.	21/2001	Inf. Juv.	Sim	Não
3	A.R.H.A.	32 anos	Caçapava	SP	Caut. Inom.	1.327/00	2.ª V. Cív.	Sim	Sim
4	A.R.R.S.O	7 dias	Boa Vista	RR	Requerim. Do Cons. Tutelar	2725/98	Inf. Juv.	Não	Não
5	A.S.P.	10 anos	Salvador	BA	Caut. Inom.	2444/00	1.ª V. Inf. Juv.	Sim	Não
6	C.F.S.	14 anos	Barra do Piari	RJ	(D.N.D.)*	(D.N.D.)*	(D.N.D.) *	Não	Não
7	C.V.	13 anos	Feira de Santana	BA	(D.N.D.)*	(D.N.D.)*	(D.N.D.) *	Sim	Sim
8	D.G.O.	11 anos	Goiânia	GO	Autoriz. p/ Hemoter.	(S.N)	Inf. Juv.	Não	Sim
9	E.J.C.	27 anos	Ibiúna	SP	(D.N.D)*	(D.N.D)*	(D.N.D)*	Sim	Não
10	F.A.T.	12 dias	Uberlândia	MG	Alv. Judicial	13.445/01	Inf. Juv.	Sim	Sim
11	F.S.	3 meses	Guarapari	ES	Requerim. Do M.P.	P1688/02	Inf. Juv. de Vitória	Sim	Não
12	G.C.B.	2 dias	Uberlândia	MG	Alvará Judicial	13.517/01	Inf. Juv.	Sim	Sim
13	G.C.G.R.	1 ano	Belo Horizonte	MG	Caut. Inom. Apelação.	104.4722/5 e 190.354-1.00	Inf. Juv. e 4ª Câmara TJMG	Sim	Não
14	G.M.N.	1 ano 9 meses	Santo André	SP	Ação Civil Pública	1065/2000	Inf. Juv.	Sim	Não
15	I.S.G.	2 anos	Santo André	SP	Ação Penal e Habeas Corpus	156/91 e 298.669-3/3.00	Vara Crim. e 1ª Câmara TJSP	Não	Sim

16	J.A.T.	12 dias	Uberlândia	MG	Alv. Judicial	13.445/01	Inf. Juv.	Não	Não
17	J.B.U.S.	7 meses	Jundiaí	SP	Caut. Inom.	1.121/2000	2ª V.Cív.	Sim	Não
18	J.G.S	1 ano e 1 mês	São Paulo	SP	(D.N.D)*	Autorização via fax em 29 out. 2000.	(D.N.D)*	Não	Não
19	J.L.T.	39 anos	Natal	RN	Ação de protesto	00100014613-8	2ª V. Cível	Sim	Sim
20	J.P.C.	1 mês	São João da Barra	RJ	(D.N.D)*	(D.N.D)*	(D.N.D)*	Não	Não
21	J.R.B.	74 anos	Feira de Santana	BA	Caut. Inom.	331/99	3ªV. Fam.	Sim	Sim
22	L.C.F.S.	2 anos	São Paulo	SP	Pedido de providências	010.02.900463-2	V. Inf. Juv. Foro Reg. Do Ipiranga	Não	Não
23	M.L.V.L.	41 anos	Londrina	PR	Caut. Inom.	152/01	3ª Va Crim.	Sim	Não
24	M.O.S.	16 anos	Novo Hamburgo	RS	(D.N.D)*	(D.N.D)*	(D.N.D)*	Não	Não
25	M.V.S.M.	16 anos	Fortaleza	CE	Medida de proteção	2002.03.00351-9	3ª V. Inf. Juv.	Sim	Não
26	N.A.R.	43 anos	Paissandú	PR	Caut. Inom.	107/2001 (39/01)	2ª V. Crim. Maringá	Sim	Sim
27	N.B.F.A.	62 anos	Jundiaí	SP	Caut. Inom.	2148/02	6ª V. Cív.	Não	Não
28	N.M.C.	62 anos	Mauá	SP	Caut. Inom.	1221/2001	3ª V. Cível	Sim	Sim
29	N.S.C.	(R.N)	Imperatriz	MA	Caut. Inom.	195/2001	V. Inf. Juv.	Sim	Não
30	P.F.S.	68 anos	Goiânia	GO	Ação Civil Pública	2002.35.00.00 3554-0	3ª V.J.Fed.	Sim	Sim
31	P.H.P. (05/08/99)	1 ano 4 meses	Uberlândia	MG	(D.N.D)*	(D.N.D)*	(D.N.D)*	Não	Não
32	P.H.P. (19/04/00)	3 anos	Uberlândia	MG	(D.N.D)*	(D.N.D)*	(D.N.D)*	não	não
33	P.M.M.B.	28 anos	São Luís	MA	Caut. Inom.	2002.37.00.00 0521-0	3ªV. Fed	Não	Não
34	R.C.S.	10 anos	S.Bern. do Campo	SP	Caut. Inom. E Apelação	1788/99 e 828.420/2-00	TJSP (4ª Vice-Pres)	Sim	Não

35	R.E.A.S.	27 anos	Lucélia	SP	Tutela Antecipada e Ação Recisória	1092/99 e 216.615.4/0-00	5ª Cam. TJSP	Não	Não
36	(R.N.)	6 meses	Londrina	PR	Caut. Inom.	508/01	6ª V.Cív.	Sim	Não
37	(R.N.)	4 dias	Tatuí	SP	(D.N.D)*	(D.N.D)*	(D.N.D)*	Não	Sim
38	(R.N.)	1 mês	Rio Grande	RS	(D.N.D)*	(D.N.D)*	(D.N.D)*	Sim	Não
39	(R.N.)	(R.N.)	Itatiba	SP	(D.N.D)*	(D.N.D)*	(D.N.D)*	Sim	Sim
40	R.P.	81 anos	Caxias do Sul	RS	(D.N.D)*	(D.N.D)*	(D.N.D)*	Não	Não
41	S.A.	1 mês	Camaçari	BA	(D.N.D)*	(D.N.D)*	1ª V.Inf. Juv. Salvador	Não	Não
42	S.A.A.S.	13 anos	Bauru	SP	Caut. Inom e Apelação	2304/99 e 159.294.4/0-00	TJSP	Sim	Não
43	S.M.A.	23 anos	Lucélia	SP	Alvará Judicial	1579/99	3ª V.Cív. Pres. Prud.	Sim	Sim
44	S.M.C.C. C.	55 anos	Limeira	SP	Caut. Inom. E Agravo de Instrumento	392/2001 e 202.999.4/0-00	4ª Cam. Cív. TJSP	Não	Sim
45	T.T.L.	8 anos	Valparaíso	GO	(D.N.D)*	(D.N.D)*	(D.N.D)*	Não	Não
46	V.H.Q.P.	1 anos 6 meses	Chapecó	SC	Caut. Inom.	018.00.008905 -0	2ª V. Cív.	Não	Não
47	V.M.D.I.P	33 anos	Limeira	SP	Caut. Inom.	4/99 132.720.4/9-00	4ª V. Cív. TJSP	Sim	Não
48	Y.R.S.	3 anos	Mauá	SP	Ação Civil Pub. Indiv.	403/02	V.Inf. Juv. Santo André	Sim	Sim

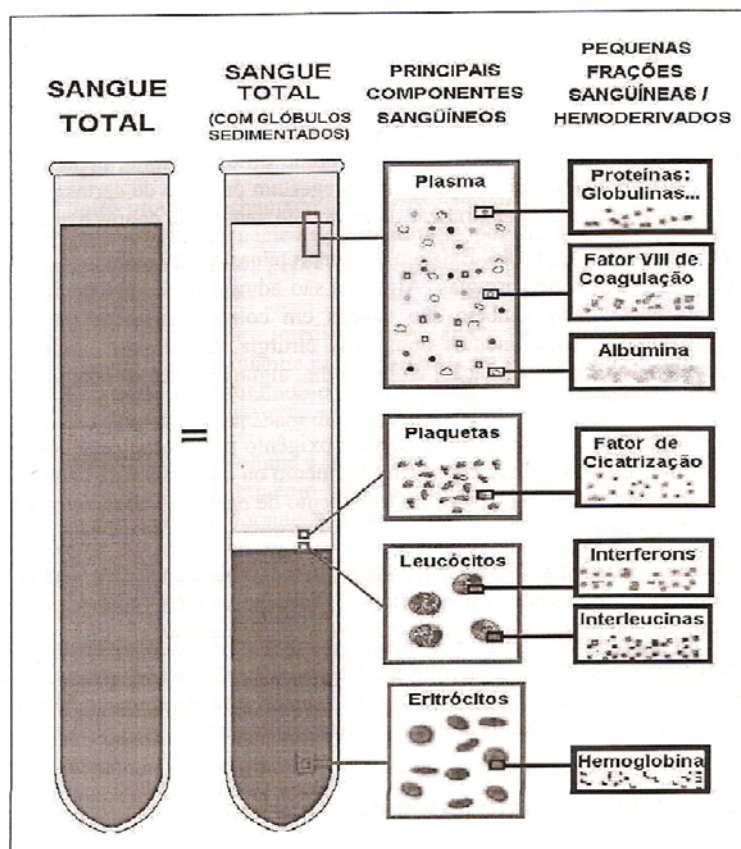
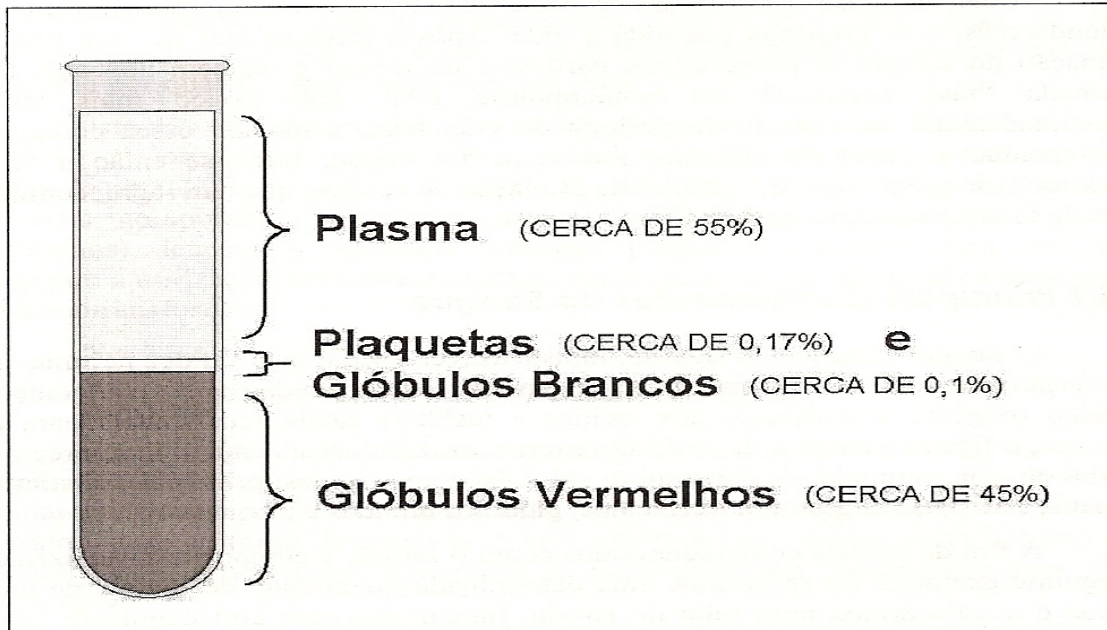
*D.N.D – Dado não disponível.

Nota₁: Do total, 33% foram referentes à adultos e 27% dos casos em que houve transfusão forçada, o resultado foi óbito.

Nota₂: É importante ressaltar que embora o presente trabalho não se foque em situações referentes a crianças e adolescentes, nesta tabela muitos casos assim foram mencionados. Desse modo, a opinião que compartilho é que enquanto forem crianças, os pais devem decidir pelos seus filhos.

ANEXO 2

Composição do sangue: Glóbulos Vermelhos, Glóbulos Brancos, Plasma e Plaquetas. (Livro Responsabilidade médica diante da recusa de transfusão de sangue, 2009, p. 274 e 289.)



Sangue

O sangue é um tecido líquido indispensável à vida. É formado na medula óssea, a partir de células tronco, e permite o funcionamento do organismo através de sua circulação, levando nutrientes e oxigênio aos mesmos. É constituído de três componentes principais, distintos e suspensos no plasma:

- Glóbulos Vermelhos,
- Glóbulos Brancos,
- Plaquetas.

A camada inferior vermelho-escura é composta por glóbulos vermelhos. A superior, é o plasma e possui sais minerais, proteínas e outros elementos. Este, possui cor amarelo-palha ou pode ser translúcida. E entre ambas, há uma camada composta por glóbulos brancos e plaquetas. É cremosa e estreita, conforme a primeira figura.

Os glóbulos vermelhos são os mais numerosos em circulação e são eles que dão ao sangue a cor avermelhada. “Sua função primária é transportar oxigênio e bióxido de carbono...há uma correlação entre o número de glóbulos vermelhos em circulação e a sua capacidade de transportar oxigênio”, (LIGIERA, 2009). O relevante a mencionar é que a transfusão em si não produz o que se espera dela: a oxigenação dos tecidos. Isso ocorre porque raramente o paciente recebe sangue fresco pois antes de ser infundido, o sangue passa por testes.

Os glóbulos brancos são também conhecidos por leucócitos e possui a função de combater infecções. Quando o paciente possui uma infecção, sua quantidade no organismo aumenta consideravelmente. São capazes também de ingerir e destruir substâncias, como bactérias e detritos de células. Conforme Ligiera (2009), um homem adulto mediano possui 75 bilhões de leucócitos.

As plaquetas são importantíssimas na coagulação do sangue:

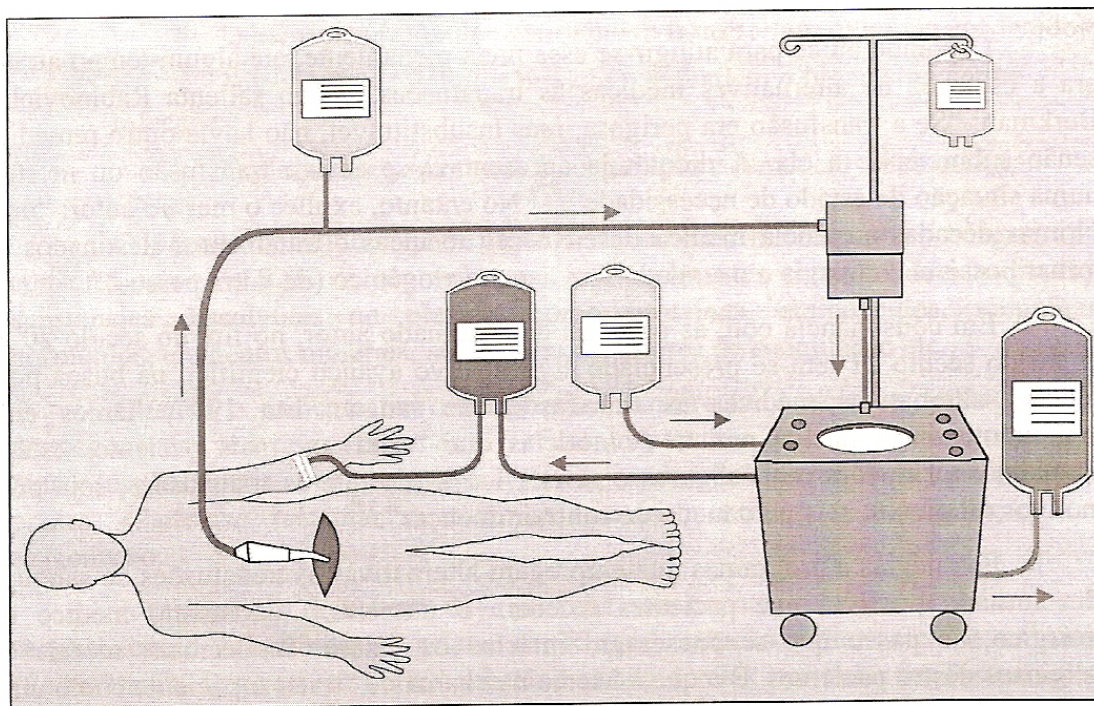
estancando hemorragias e prevenindo perdas de sangue. Quando um vaso sofre danos, as plaquetas aderem-se umas às outras bem como às beiradas do ferimento formando uma espécie de “rolha” ou “tampão” que cobre a área afetada e impede a continuação da hemorragia, (LIGIERA, 2009, p. 278).

A hemorragia ocorre quando o paciente possui quantidade baixa de plaquetas ou se estas não funcionam normalmente. Uma consequência das transfusões constantes de plaquetas, é “o aparecimento de anticorpos”, (LIGIERA, 2009). Conforme já mencionado neste trabalho no capítulo das alternativas às transfusões, uma alternativa à transfusão de plaquetas é a interleucina recombinante que estimula a produção de plaquetas pelo próprio organismo do paciente.

O plasma constitui 55% do volume do sangue, é uma “solução viscosa amarelada, composta de água e constituintes solúveis, que incluem proteínas, lipídeos, carboidratos, vitaminas e hormônios”, (LIGIERA, 2009). O plasma é composto de 91,5% de água. As proteínas existentes nele são sintetizadas pelo fígado, que doente, pode prejudicar sua produção.

ANEXO 3

Funcionamento da recuperação sanguínea intra-operatória de células. (Livro Responsabilidade Médica diante da recusa de transfusão de sangue, 2009, p. 293).



ANEXO 4

Funcionamento da hemodiluição. (Livro Responsabilidade Médica diante da recusa de transfusão de sangue, 2009, p. 292).

