

**UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI**

**HUDSON BATISTA**

**A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A ÓTICA DA  
HOSPITALIDADE: O PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ  
EM SÃO PAULO**

São Paulo  
2012

**UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI**

**HUDSON BATISTA**

**A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A ÓTICA DA  
HOSPITALIDADE: O PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ  
EM SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre do Programa de Mestrado em Hospitalidade, área de concentração em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação da Profa. Dra. Sênia Regina Bastos.

São Paulo  
2012

**HUDSON BATISTA**

**A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE SOB A ÓTICA DA  
HOSPITALIDADE: O PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ  
EM SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre do Programa de Mestrado em Hospitalidade, área de concentração em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação da Profa. Dra. Sênia Regina Bastos.

Aprovado em 19 de setembro de 2012 pela banca examinadora:

Profa. Dra. Sênia Regina Bastos

Presidente

Profa. Dra. Marielys Siqueira Bueno

Membro Titular

Prof. Dr. João Baptista Borges Pereira

Membro Titular

## Dedicatória

Dedico a meu pai, que mesmo após ter sofrido mental, espiritual e fisicamente pela decisão tomada por alguns médicos referente a seu tratamento de saúde isento de sangue, depositou fé em Seu Deus Jeová, encontrando profissionais capacitados que aceitaram *cuidá-lo* mesmo sob um complexo diagnóstico, devolvendo-lhe a perspectiva de vida e *salvando-lhe* de maneira digna e honrosa. Tal dedicatória se estende aos Doutores Sérgio A. de Oliveira, Januário M. de Souza e Salomon O. Rojas, que se mostraram eficientes no tratamento de um ser humano, cuja vontade nada mais é que viver para sempre.

## Agradecimentos

Ao meu Deus e Criador do universo, Jeová, que me possibilita e habilita a cada dia, por intermédio de Sua paz mental a ter um modo de vida edificante e capaz de fazer com que meu sorriso, mesmo nos momentos mais difíceis, seja meu mais profundo espelho d’alma por pura e simplesmente ser testemunha de que dias melhores virão. Eu acredito! Agradeço a Esse mesmo Deus, por ter colocado em minha vida grandes amigos que nos momentos mais difíceis, foram pra mim abrigo emocional. Rick e Lala, amo vocês dois!

À minha mãe, Ivaldete Batista, que sempre se manteve firme em todos os momentos desafiadores. O dia a dia com essa mulher de fibra, de íntegra postura e praticamente uma fortaleza emocional, sempre me serviu como combustível para me dedicar a todos os meus alvos e objetivos. Sempre falo que ganhei na “loteria” ao ter nascido desse casal. A garra com quem cuidou de meu pai, Edson, em todos os momentos, ficará para sempre em minha memória e agora aqui registrado. Não tem como não se emocionar ao ver meu pai dispensar minha companhia quando hospitalizado, ao preferir a companhia de sua esposa e esta, mesma cansada e prejudicada pelas acomodações hospitalares não confortáveis, sorrir ao ver tal pedido.

Agradeço sem sombra de dúvidas também ao meu pai, Edson Batista, que desde pequeno me deu uma educação digna, equilibrada e sempre me fez ver que um bom nome é a melhor marca que cada um de nós seres humanos podemos ter, seja em vida ou na morte. Impossível não me lembrar de tantas brigas, discussões e desavenças que tivemos durante minha adolescência. Há um ditado que diz que os opostos se atraem, logo os iguais se repelem. Descobrir que eu era exatamente igual a ele, além de melhorar minha relação pessoal, me enche de orgulho em atualmente poder abraçá-lo, beijá-lo e ser atendido ao telefone com um tom amigável “*Oi, filhão*”.

Um terceiro e exemplar agradecimento é dirigido aos meus três irmãos, Cleber, Loreley e Fernanda e a minha sempre bebê, sobrinha Isabela. Não sei o que seria de mim sem essas figuras. O Cleber com seu olhar cuidadoso me comprando todo o estoque de água do mercado, Loreley sempre com atenção à minha rotina espiritual e secular, a caçula Fernanda sempre presente, principalmente nos momentos mais difíceis que passei quando tratei e curei de um câncer e a Isabela, que faz a alegria da casa trazendo um ar de juventude e uma visão de um mundo mais moderno para todos nós. Quero aqui deixar eternizado que eu não seria

Hudson Batista se não tivessem me encontrado quando me roubaram na feira. Agradeço todos os dias por ter tido o privilégio de estar no seio de uma família onde vocês existem e fazem total diferença. Amo a todos vocês!

Agradeço a compreensão de uma grande amiga e prima, Ana Sabino, que pôde compreender minha ausência no momento mais difícil de sua vida. Estou certo de que irei brincar muito com a Giovanna de Paula Sabino (*in memoriam*) no novo mundo que Jeová nos promete, quando nossos entes queridos falecidos forem acordados desse profundo sono. Eu acredito, pois Jeová há de “abrir suas mãos e satisfazer o desejo de toda coisa vivente” (Salmos 145: 16).

Não tenho como deixar de mencionar duas pessoas que me fazem muita falta. Meu avô materno, Geraldo Silva (*in memoriam*), que mesmo não o tendo conhecido, estou certo de que seríamos ótimos amigos. Gosto de ver o carinho que minha mãe fala dele até os dias de hoje, ainda com lágrimas nos olhos, ao lembrar-se da forma brutal que lhe tiraram a vida. E meu tio-avô paterno, Levi Tobias, responsável pela criação de meu pai e capaz de suprir a falta de um avô carinhoso, terno, próximo que se preocupava com cada um de nós como se fossemos realmente seus netinhos. Estou certo de que muito em breve hei de abraçá-los (João 5: 28 e 29).

Ao grande Nicolas, que por horas, dias, meses e anos compartilhou comigo a atenção de sua mãe, a então conhecida como *A Pequena Notável*, minha orientadora, Sênia Bastos. Agradeço pela confiança que em mim depositou, pelo íntegro apoio demonstrado por meio dos vários encontros de orientação, busca de bibliografia aderente ao meu tema, este, que após algumas mudanças, tomou corpo e vida. Agradeço principalmente pelo incentivo e apoio emocional durante as apresentações das atividades fundamentais que com um simples *sms* me deu tranquilidade para apresentar artigos em meio a tantos autores renomados com uma simples frase: “Ninguém sabe mais do teu trabalho do que você mesmo”. Existem muitas formas muito adequadas para agradecer toda a energia gasta por mim, mas utilizo uma que melhor conheço: MUITO OBRIGADO!

Às professoras Ada Dencker e Marielys Bueno, que desde a graduação, como orientadoras do trabalho de conclusão de curso – TCC, despertaram em mim o desejo da pesquisa acadêmica.

À professora de graduação, chefe e principalmente amiga, Tânia Trevisan, que enxergou em mim um potencial profissional que até então eu mesmo não havia identificado.

Ao chefe, parceiro e amigo, Paolo Prada, que me propiciou meios para galgar meus objetivos, além de compreender alguns momentos de ausência.

Ao Sr. Nicoletti e Forster, membros da Colih, que me auxiliaram com entrevistas e disponibilização de fontes para alinhar todos os conceitos, se colocaram à disposição para constantes perguntas, seja pessoalmente ou por *e-mail* como forma de divulgar o trabalho voluntário que exercem em prol das Testemunhas cristãs de Jeová batizadas.

Às Irmãs de fé e advogadas, Raquel de Souza e Renata Vieira, que gentilmente me supriram com os materiais iniciais da pesquisa com o objetivo de que eu pudesse ter condições de constituir um histórico sobre as Testemunhas de Jeová e suas questões legais, com uma visão de quem pertence à organização.

Às minhas depoentes, Eliana, Graziela, Vera Lúcia, que se dispuseram a doar seu valioso tempo, desempenhando um papel fundamental em minha pesquisa.

Às bibliotecárias e à secretária Alessandra Marota, que por vezes me atenderam com tantas solicitações, reclamações e desabafos. Sem vocês, nosso trabalho seria impossível ser bem realizado.

Um agradecimento especial à Amanda Aranda, médica e amiga que constantemente me deu suporte técnico em relação a algumas dúvidas em relação a procedimentos, medicamentos e conhecimentos científicos da Medicina e à Waleria Macedo, amiga da área comercial do Hospital Albert Einstein, responsável pelo relacionamento com operadoras de planos de saúde, que me supriu de informações pertinentes às inovações tecnológicas em cirurgias cardíacas.

Agradeço a duas amigas em especial, Caroline Panizza e Luciana Lourenço, que por vezes e vezes se dispuseram a ler todo o material produzido para verificar se a informação estava sendo passada de forma clara e inteligível.

Agradeço a todos os amigos que suportaram minhas conversas sempre sobre o mesmo assunto, aos que souberam entender minha ausência em tantos encontros, onde não pude estar por motivos de atividades acadêmicas, principalmente Karina Miranda e Ligia Maria Santos e, claro, a todos os que muitas vezes me tiraram de casa, não é mesmo Phillip Leroy?

Aos amigos que constituí durante essa árdua, porém satisfatória carreira ao longo de quase três anos. Não tenho dúvidas de que todos contribuíram muito com essa dissertação, desde o primeiro dia de aula sobre metodologia científica, em que cada um falou e teve a oportunidade de ser ouvido. Não tenho como me esquecer do primeiro contato que tive com conceitos de hospitalidade, na aula do grande mestre Camargo, que disse textualmente: “Hospitalidade é um ritual rígido. É que separa a amizade da inimizade”.

A todos os demais que de forma direta ou indireta contribuíram para o desenvolvimento dessa dissertação, mas que não ousou nomeá-los por medo de esquecer

alguém, deixo um pensamento do Anjo Clarence que disse no filme de Frank Capra – A felicidade não se compra: “*Ninguém é um fracasso se tem amigos*”.

A todos vocês meu muitíssimo obrigado!

“*Pois estou convencido* de que nem a morte, nem a vida,  
nem anjos, nem governos, nem coisas presentes, nem  
coisas por vir, nem poderes, nem altura, nem  
profundidade, nem qualquer outra criação  
será capaz de nos separar do amor de  
Deus, que está em Cristo Jesus,  
nosso Senhor”.

Romanos 8.38,39

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>8</b>   |
| <b>CAPÍTULO 1 - AS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ .....</b>   | <b>12</b>  |
| 1.1 A Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados .....   | 16         |
| 1.2 Os antecedentes das Testemunhas de Jeová.....   | 20         |
| 1.3 A história moderna das Testemunhas de Jeová.....  | 23         |
| 1.4 As Testemunhas de Jeová e suas crenças .....  | 25         |
| 1.5 As Testemunhas de Jeová e a questão do sangue .....   | 30         |
| 1.6 A Comissão de Ligação com os Hospitais (COLIH).....   | 35         |
| <b>CAPÍTULO 2 – HUMANIZAÇÃO NOS TRATAMENTOS DENTRO DOS HOSPITAIS .....</b>                                  | <b>47</b>  |
| 2.1 A medicalização da sociedade.....   | 47         |
| 2.2 O Hospital como lugar de hospitalidade.....   | 53         |
| 2.3 Trajetória da transfusão de sangue .....  | 63         |
| 2.4 A relação médico-paciente e as pesquisas na área .....  | 70         |
| <b>CAPÍTULO 3 – AS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ E OS MÉDICOS: TENSÕES NOS TRATAMENTOS QUE UTILIZAM SANGUE .....</b> | <b>77</b>  |
| 3.1 A comunidade médica diante de uma sociedade em constante mudança .....                                  | 78         |
| 3.2 A humanização do hospital .....   | 85         |
| 3.3 Lei Mário Covas .....   | 92         |
| 3.4 Pesquisas na área de gerenciamento do sangue e opções terapêuticas às transfusões sanguíneas .....      | 98         |
| 3.5 Atualização científica sobre os riscos em transfusões sanguíneas .....                                  | 103        |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>110</b> |
| <b>Apêndice A – Autorização de Entrevista de Edson Batista.....</b>   | <b>115</b> |
| <b>Apêndice B – Autorização de Entrevista de Edson Nicoletti.....</b>                                       | <b>116</b> |
| <b>Apêndice C – Autorização de Entrevista de Eliana Maria de Souza.....</b>                                 | <b>117</b> |
| <b>Apêndice D – Autorização de Entrevista de Graziela Chehaibar.....</b>                                    | <b>118</b> |
| <b>Apêndice E – Autorização de Entrevista de Ivaldete Batista.....</b>                                      | <b>119</b> |
| <b>Apêndice F – Autorização de Entrevista de Vera Lúcia Rodrigues Alves .....</b>                           | <b>120</b> |

## RESUMO

O homem, no decorrer da história, tem sido o objeto comum da Medicina e do Direito e nota-se que o vínculo mais intenso entre essas duas ciências, encontra-se na denominada relação médico-paciente. Tal relação tem enfrentado diversos desafios, sendo um deles, a consciência da autonomia da vontade do paciente. Fundamentado no paradigma da dádiva, a pesquisa tem por objetivo refletir sobre o paciente que se recusa a utilizar o sangue como forma de tratamento clínico e os respectivos médicos envolvidos. Apresenta como objetivo específico compreender o papel da Comissão de Ligação com Hospitais (COLIH), que visa à aproximação entre as partes envolvidas e a sistematização de referências e divulgação dos médicos colaboradores, que apresentam um equilíbrio ponderado entre a medicina e a fé. Pesquisa de caráter exploratório e descritiva, de natureza qualitativa, fundamenta-se em artigos científicos, livros, publicações e mídia eletrônica e se debruça em produção de fontes orais, valendo-se da metodologia de História Oral. Em análise dos dados já coletados, observa-se que não há como estabelecer esquemas formatados para todos os casos, uma vez que os envolvidos possuem características próprias e que muitas são as vezes em que médicos e pacientes, bem como seus familiares, ainda se encontram em vias opostas, mesmo tendo interesses em comum, o restabelecimento do paciente.

**Palavras chave:** Hospitalidade. Testemunhas de Jeová. Transfusão de Sangue. Liberdade de escolha. Humanização.

## ABSTRACT

Human being, throughout history, has been the common object of medicine and law and the most intense link between these two sciences is called doctor-patient relationship. This relationship has faced several challenges, one of these is awareness of the autonomy of the patient's wishes. Based on the paradigm of the gift, the ongoing research is aimed at reflecting about the patient who refuses to use the blood as a form of medical treatment and the doctors involved. Objective of this work is to understand the specific role of Hospital Liaison Committee (HLC), which aims to bring together the parties involved and the systematization of references and disclosure of medical staff who have a weighted balance between medicine and faith. This is an exploratory research, qualitative, and based on scientific articles, books, publications and electronic media, focused on production of oral sources, using the methodology of Oral History. Analyzing the gathered data, it is observed that there is no standard fitting all cases, since those involved have their own characteristics and that often doctors and patients and their families still are in opposite ways, despite having the common interest the welfare of the patient.

**Key words:** Hospitality. Jehovah's Witnesses. Blood transfusion. Freedom of choice. Humanization.

## INTRODUÇÃO

Sem a capacidade de sermos tocados, física e espiritualmente, pelos acontecimentos que expõem a vulnerabilidade do outro, qualquer esforço racional será inútil. As tragédias humanas que continuam a marcar o nosso tempo lembra-nos exatamente isso. E a hospitalidade, por ser experiência de contato e de relação, permite que essa sensibilidade se torne possível.

Isabel Baptista

A sociedade do século XXI tem se diversificado vertiginosamente. A globalização tem permitido o contato de pessoas de idiomas, costumes, culturas e crenças religiosas diferentes. Adaptar-se a tais diferenças revela-se um desafio para todos os níveis da sociedade humana, principalmente para a comunidade médica, que se vê confrontada com diferentes posicionamentos pessoais em relação a determinados assuntos. A relação médico-paciente requer, portanto, a atenção desse estudo por reconhecer que a pluralidade da atual sociedade tem colocado em *xequê* o médico e o paciente, possuidores de valores e posicionamentos pessoais distintos.

Dependendo da sociedade em que se vive, a ideia e os valores concebidos à vida ou à morte podem sofrer alterações em virtude de conceitos religiosos, culturais, científicos ou muitas vezes jurídicos. Seguindo essa tendência, discussões pertinentes a essa temática motivam uma proposta para a reforma do defasado código penal brasileiro elaborado em 1940, projeto esse encaminhado ao senado em 2012.

O documentário “Sem sangue: a medicina encarou o desafio” (ALTERNATIVAS, 2004), produzido e distribuído pela Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados, destaca tal desafio ao apresentar argumentos da classe médica. O Professor Timothy W. Harding<sup>1</sup> diz: “Vive-se atualmente em uma sociedade pluralista e o médico que tem seus valores pessoais acaba se deparando com pacientes também munidos de valores e posicionamentos pessoais em relação a determinados assuntos”. A enfermeira Eileen Yost<sup>2</sup> acrescenta que “há muitas culturas no mundo que têm conceitos específicos que os pertencentes à área da saúde

---

<sup>1</sup> University Institute of Legal Medicine Geneva, Switzerland

<sup>2</sup> ER/Trauma Nurse University Hospital, Newark, New Jersey, U.S.A

precisam entender”. O Professor Olivier Guillod<sup>3</sup> ainda defende a ideia de que “o dever do médico não é apenas preservar a vida. O dever primário e mais importante do médico é respeitar o paciente”.

A presente pesquisa tem por objetivo refletir sobre o paciente pertencente à religião Testemunha de Jeová, que por uma interpretação bíblica se recusa a utilizar o sangue como forma de tratamento clínico, e conseqüentemente os médicos envolvidos. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de caráter qualitativo, apoiada em produção de fontes orais, a partir da metodologia de História Oral. Conforme afirma Rampazzo (2005, p. 53), a pesquisa descritiva “observa, registra, analisa fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los; estuda fatos e fenômenos do mundo físico e, especialmente, do mundo humano, sem interferência do pesquisador. Apresenta ainda como objetivo específico compreender o papel orientador da Comissão de Ligação com Hospitais (COLIH), grupo este composto por seus membros religiosos que visa à aproximação entre as partes envolvidas, utilizando uma sistematização de referências e a divulgação dos médicos colaboradores, que apresentam um equilíbrio ponderado entre a Medicina e a fé. Fundamentada no paradigma da dádiva (MAUSS, 1974) que aborda a tríade dar-receber-retribuir, como um processo pelo qual ocorrem as relações sociais, sendo elas de suma importância, por ser capaz de propiciar ligações ou vínculos, a pesquisa vale-se ainda de conceitos de gestão, administração e humanização para discutir os possíveis conflitos existentes entre a comunidade médica perante a limitação terapêutica imposta a eles em relação ao uso de sangue, tão presente nas redes hospitalares atuais.

O interesse pelo tema adveio da vivência do tratamento de saúde de um familiar, meu pai, Testemunha de Jeová. Hospitalizado a princípio, para uma simples intervenção cirúrgica, da qual a equipe médica estava ciente dos riscos, por se tratar de um paciente com válvula aórtica<sup>4</sup>. A equipe médica conhecia a vontade do paciente em relação a não utilização de sangue por convicção religiosa e se ateu à simplicidade da cirurgia, o que dificilmente exigiria a aplicação de sangue.

Houve uma séria complicação em seu quadro clínico, cujo nível de hemoglobina atingiu 3 g/dL. Somente nesse momento a equipe médica efetivamente refletiu acerca do que fariam, uma vez que se tratava de um paciente Testemunha de Jeová.

---

<sup>3</sup> Director of the Helth Law Institute University of Neuchâtel, Switzerland

<sup>4</sup> Decorrente de uma cirurgia de grande porte, Aneurisma de aorta ascendente com 5,3 de dissecação desde a aorta ascendente à descendente realizada no ano de 2004 na Beneficência Portuguesa.

As dificuldades no trato com a equipe médica, com a Comissão de Ligação com Hospitais e a relação entre eles com o paciente, motivou a presente pesquisa. Trata-se de uma reflexão sobre a relação resultante da não aceitação de sangue por parte do paciente Testemunha de Jeová com a equipe médica, que tem o sangue como uma terapia útil para salvar vidas de acordo com o código de ética médica. O fato de a pesquisa ser realizada por um membro de dentro da comunidade aporta para essa pesquisa um repertório que somente pode ser explicitado por quem faz parte dela.

Dencker (1998, p. 29), ao tratar o tema da investigação científica, afirma que o conhecimento científico “se caracteriza pela reflexão e intenção de construção de um corpo metodicamente ordenado de conhecimentos, orientado pelo emprego do método científico”. Para tanto, Dencker (1998, p.29) define a base da pesquisa científica que caracteriza o conhecimento como ciência: “a teoria, o método e a técnica”. Sendo assim, a base dessa pesquisa se encontra na observação de fatos (DENCKER, 1998, p. 63).

Foi realizado uma ampla exploração bibliográfica, análise e interpretação dos textos, artigos e livros utilizados e análise das entrevistas realizadas, confrontadas com as fontes bibliográficas. Priorizou-se a abordagem qualitativa como forma de compreender detalhadamente os significados e características situacionais do objeto pesquisado, ao invés de criar medidas quantitativas de características ou comportamentos (RICHARDSON, 2007, p. 90). Apoiar-se na experiência vivida e relatada pelo aposentado, a dos demais pacientes, bem como a de profissionais das áreas competentes relacionadas às atividades na área da saúde.

Em busca da “compreensão detalhada das crenças, atitude, valores e motivações, em relação ao comportamento das pessoas em contextos sociais específicos” (GASKELL, 2002, p. 65), o aposentado foi entrevistado diversas vezes ao passo que novas necessidades em relação ao andamento da pesquisa foram surgindo. Seis entrevistas semiestruturadas foram realizadas no período de julho de 2011 a março de 2012, cujo *corpus* foi composto por pacientes Testemunhas de Jeová e familiares indicados pela própria COLIH e pacientes conhecidos pelo pesquisador, que recusaram a transfusão de sangue e utilizaram os serviços da COLIH, por não terem seus direitos de escolha respeitados.

Thompson (1992, p. 246) que afirma:

[...] é sempre muito mais fácil se puder abordá-los com uma recomendação de alguma outra pessoa. Embora sempre haja recusas, que podem ser desanimadoras, desde que se tenha uma ideia clara sobre que tipo de pessoa se está procurando, esta parte do projeto depende antes de mais nada de persistência.

As entrevistas foram realizadas por meio de depoimentos orais gravados e em concordância ao autor acima citado, Gaskell, (2002, p.67) que diz: “um bom tópico guia irá criar um referencial fácil e confortável para uma discussão, fornecendo uma progressão lógica e plausível através dos temas em foco”.

A elaboração desse instrumento se demonstrou eficaz na realização das entrevistas e o uso do caderno de campo foi determinante para que tal instrumento utilizado durante a pesquisa, bem como na realização das entrevistas, apontasse gestos, expressões faciais, tom da voz e outras características, na intenção de analisar os dados fornecidos.

Composta por três capítulos, o primeiro deles discorre sobre a origem das Testemunhas de Jeová desde os seus antecedentes, dando ênfase a seu trabalho desenvolvido no Brasil. Dá-se enfoque na discussão da não aceitação do uso do sangue em tratamentos terapêuticos. Apresenta como mediador entre as Testemunhas de Jeová e a comunidade médica a COLIH, descrevendo sua estrutura em São Paulo, seus objetivos e atuação. As fontes utilizadas na confecção desse capítulo foram tão somente as produzidas pelas Testemunhas de Jeová em suas gráficas próprias, com o intuito de detalhar sua identidade em si mesma baseada.

O segundo capítulo versa sobre o ambiente hospitalar desde a Idade Média, onde o doente era tratado como objeto de pesquisa pelos médicos e estudantes de Medicina, dentro dos hospitais, espaço este destinado para a morte de pessoas apartadas do convívio social. A trajetória da transfusão de sangue é destacada nesse ambiente, fazendo com que a situação dos pacientes em relação aos seus deveres e dignidade da pessoa humana fique exposta. Livros, dissertações e teses foram utilizados para elaborar os conceitos de hospitalidade, dádiva e humanização em hospitais evocados com o intuito de refletir sobre a relação médico-paciente sob um prisma não somente de qualidade de serviços tão amplamente apregoado na hotelaria hospitalar e sim os fatores relacionados à dignidade da pessoa humana.

Uma série de estudos nos campos do Direito e da Medicina, problematizados a partir da teoria da Hospitalidade, em uma tentativa de reflexão acerca dos direitos e deveres dos médicos e pacientes, assim como pesquisas e estudos acadêmicos com alto nível de evidências científicas, estudos que abordam a autonomia do paciente e o posicionamento da COLIH, ao indicar opções terapêuticas às transfusões sanguíneas, compõem o bojo do terceiro e último capítulo, que lança base para discussões sobre os riscos e benefícios das transfusões de sangue e, conseqüentemente, o direito à sua recusa.

## CAPÍTULO 1 - AS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

A religião pertence a uma família de curiosos e às vezes embaraçantes conceitos que a gente compreende perfeitamente até querer defini-los.

Zygmunt Bauman

O objetivo desse capítulo é explicitar quem são as testemunhas de Jeová, como estão organizadas e suas principais crenças, ressaltando a questão do sangue. Pereira (2003, p. 103), que trata a questão da identidade protestante no Brasil, disserta sobre duas vertentes de identidade, sendo uma delas a reflexão de dentro, ou seja, aquela que ‘é desenvolvida no interior do campo sagrado, ou a reflexão que se dá nos limites da própria religião – enunciados teológicos, literatura de edificação, sermões, aulas – dirigida aos fiéis’. Uma segunda reflexão é a que se dá de fora para dentro do campo religioso, de acordo com o referido autor são estudos acadêmicos, sem preocupação de atrair, orientar ou edificar fiéis, mas que buscam compreender, à luz de códigos científicos, de forma crítica, a realidade religiosa.

Essa dissertação, no entanto, não tem a pretensão de se estender sobre fundamentos religiosos ou sobre a base em que se assenta a religião das Testemunhas de Jeová. A intenção se concentra na exposição baseada na visão de dentro da comunidade religiosa, portanto, seguindo a primeira reflexão de Pereira (2003) exposta acima.

Para tanto, a constituição desse capítulo inicial teve por base tão somente fontes oriundas das próprias Testemunhas de Jeová. Utilizou-se como base de pesquisa a biblioteca *on-line* das Testemunhas de Jeová, disponível em diversos idiomas, publicações selecionadas pelos membros da Colih, bem como uma ampla gama de materiais desenvolvidos pelas Testemunhas de Jeová que tratam sobre suas crenças e como elas influenciam sua vida cotidiana.

É importante salientar que uma busca de trabalhos científicos desenvolvidos sobre a temática Testemunha de Jeová e o Sangue foi realizada, não sendo encontrados trabalhos relevantes desenvolvidos por integrantes da Comunidade<sup>5</sup>. Dois trabalhos sobre a temática Testemunhas de Jeová e a questão do sangue, não desenvolvidos por pesquisadores deste grupo foram encontrados e referenciados no capítulo 1. Tais trabalhos apresentam uma visão diversa à visão de quem pertence ao grupo religioso. As Testemunhas de Jeová constituem

---

<sup>5</sup> Sob esse aspecto vide Soares (2008).

uma organização religiosa internacional, sem fins lucrativos que dão ativamente testemunho sobre Jeová Deus e seus propósitos para com a humanidade e baseiam suas crenças única e exclusivamente na Bíblia. Em todo o mundo, totalizam 7.659.019 fiéis ou publicadores, como são comumente chamados. 742.425 encontram-se no Brasil, o que equivale a uma Testemunha de Jeová a cada 263 habitantes, tendo por base a população brasileira de 194.946.000 pessoas, segundo relatório anual publicado pelas Testemunhas de Jeová em 2012, com dados referentes ao ano de 2011.

Assim como no primeiro século, as Testemunhas de Jeová atualmente são orientadas espiritualmente pelo Corpo Governante, composto atualmente por seis cristãos ungidos (designados) por Espírito Santo, todos com décadas de experiência cristã, reunidos na Sede Mundial em Brooklin, EUA, sendo eles Gerrit Lösch, Guy Pierce, Stephen Lett, Samuel Herd, David Splane, Anthony Morris (A SENTINELA, 2012). Esses homens fornecem instruções e orientações relacionadas à espiritualidade e adoração baseadas na Bíblia.

Os atuais membros do Corpo Governante continuam a usar o mesmo método de entendimento da Bíblia dos primórdios para decifrá-la. Esse grupo desenvolveu uma tradução própria da Bíblia Sagrada – A Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas, que apresenta um índice com nomes e ordem dos livros referentes às Escrituras Hebraico-Aramaicas (velho testamento), bem como das Escrituras Gregas Cristãs (novo testamento). Uma série de referências cruzadas foram desenvolvidas por meio de profundos estudos, buscando-se melhor entendimento de um versículo a outro. Essa tradução integra uma tabela dos livros da Bíblia com informações dos escritores, local de escrita, data de término, bem como o tempo abrangido de cada um dos 66 livros bíblicos. Um ponto alto da tradução do Novo Mundo é o seu índice remissivo, dada a facilidade de localização dos trechos bíblicos, além de mapas e tópicos com textos e argumentos pré-selecionados sobre as principais crenças religiosas.

Em cada país, as Testemunhas de Jeová organizam-se por congregações. Cada templo religioso, denominado Salão do Reino, que pode receber mais de uma congregação, dependendo da necessidade da localidade, em virtude da falta de locais para suas reuniões, que ocorrem regularmente duas vezes por semana. Cada congregação tem geralmente em média 100 publicadores (termo dado a todos os que pregam de casa em casa). São responsáveis por esse trabalho congregacional os anciãos, que possuem responsabilidades diversas, divididos como Ancião Coordenador, responsável pela programação das reuniões semanais, Servo de Serviço responde pelas atividades de pregação, Ancião Secretário, que cuida da compilação dos relatórios que cada publicador emite no final do mês e o

Superintendente da Escola do Ministério Teocrático, que dá atenção especial ao programa e aos participantes dela.

Ainda existem os servos ministeriais que auxiliam no bom funcionamento mecânico e espiritual congregacional. Suas posições são estabelecidas sob a orientação do Espírito Santo, e tais cargos lhes podem ser retirados se por algum motivo deixarem de cumprir os requisitos descritos na primeira carta de Paulo a Timóteo (capítulo 3, versículos de 1 a 10).

A organização geral das Testemunhas de Jeová resume-se aos publicadores batizados ou não sujeitos aos servos ministeriais que, por sua vez, são submissos aos anciãos, estes aos superintendentes de circuitos<sup>6</sup>, que estão submetidos aos superintendentes de distrito<sup>7</sup>, estes às comissões de filiais, que se fazem sujeitos ao corpo governante, e estes em relação a Cristo, que por final se encontram sob a autoridade de Jeová Deus. Dentro de tal arranjo de submissão, as mulheres não ensinam à congregação, porém fazem parte do arranjo congregacional como publicadoras das boas novas. Esforçam-se em manter o arranjo de submissão e independentemente da posição de responsabilidade que ocupam, buscam respeitar o líder Jesus Cristo, não se tratando, portanto, de níveis hierárquicos ou classe clerical. Todos mantêm suas atividades seculares para sua própria manutenção, sendo seus cargos não remunerados, ao passo que os voluntários que residem em Betel possuem suas documentações atualizadas de acordo com as exigências legais vigentes em cada país.

Visando manter um único discurso em todos os países onde estão presentes, todas as publicações partem da sede em Brooklin, sendo direcionadas para as demais filiais que se encarregam de fazer as traduções dentro dos padrões originais, levando em consideração a cultura e costumes locais. Cada sede tem uma comissão filial responsável pela obra no país onde está localizada, sendo no Brasil o diretor e editor responsável o Sr. A.S. Machado Filho. São por intermédio dessas publicações que o rebanho se posiciona mediante o entendimento e aplicabilidade dos ensinamentos divinos.

Outro meio para a manutenção da uniformidade do pensamento é a orientação dada aos que supervisionam a obra a não falar de sua própria iniciativa, seguindo o exemplo de Cristo (JOAO 5,19). Tal atitude é percebida quando membros da supervisão são questionados e/ou entrevistados, esses muitas vezes se limitam a indicar as fontes onde determinado assunto já foi tratado, evitando assim alteração e divergência no ensino.

---

<sup>6</sup> Um conjunto de aproximadamente 25 congregações.

<sup>7</sup> Ministro que viaja de circuito em circuito.

Essa postura fica clara, quando a associação foi questionada, obtendo-se como resposta o trecho que se segue, no qual se nota a indicação de fontes já publicadas, evitando-se o livre posicionamento<sup>8</sup>:

Aproveitamos para esclarecer que a elaboração de trabalhos acadêmicos, monografias e similares é um assunto de ordem pessoal e, portanto, o Escritório não emite opiniões nem analisa os critérios utilizados em sua preparação. Esperamos contar com a compreensão do irmão nesse sentido. Desejamos que o irmão possa utilizar a educação que está obtendo para louvar nosso Deus e Pai Jeová, de modo que ela lhe proporcione não apenas felicidade momentânea, mas o habilite visando ‘armazenar tesouros no céu’ – Mateus 6:20 (ACTJ, 2012).

As Testemunhas de Jeová também não se manifestam publicamente em debates ou matérias televisivas, apenas se posicionando pelo trabalho que realizam de casa em casa, prezando a uniformidade de pensamento.

Existe um grande esforço para que os fiéis participem de palestras bíblicas semanais, nas quais são abordados temas relacionados à situação atual da família humana e como seu Deus há de mudar tal situação em um breve futuro que aguardam, onde viverão num paraíso aqui na Terra com as mesmas condições originais prometidas por Ele à Adão e Eva. Muitas palestras bíblicas são direcionadas aos fiéis batizados e não se destinam aos visitantes, nessas ocasiões cânticos são entoados, cujas letras revelam a necessidade de se estreitar a relação com Deus, como única forma de salvação.

Todas as informações referentes aos ensinamentos bíblicos são distribuídas de maneira uniforme nos mais de 236 países onde as Testemunhas de Jeová estão presentes sob a supervisão dos membros do corpo governante.

Das publicações da Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados – ATVB, foram selecionadas as revistas A Sentinela e Desperta!, que tratam o histórico das Testemunhas de Jeová e sua convicção religiosa que as impossibilita de utilizar o sangue em seus tratamentos de saúde, um tratado (1987), três folhetos, sendo o principal deles Testemunhas de Jeová – Quem são? Em que creem (2000), os livros Raciocínios à Base das Escrituras (1989), Testemunhas de Jeová – Proclamadores do Reino de Deus (1993) e o Anuário das Testemunhas de Jeová (2012) e a Bíblia Sagrada na Tradução do Novo Mundo

---

<sup>8</sup> Durante a realização das entrevistas com os membros da COLIH, também foi percebido o cuidado de não divulgar nomes e material desenvolvido pela Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados - ATVB, mesmo sendo materiais já divulgados para a classe médica, precisamente em congresso para os hemoterapeutas. Todas as questões foram respondidas pelo entrevistado com base em tal material, material esse que o pesquisador não teve acesso.

das Escrituras Sagradas (1986). Foram ainda selecionados cinco DVDs que abordam a organização das Testemunhas de Jeová, sua história, a obra de evangelização e sua postura em face de conflitos como no caso do nazismo. De grande relevância revelou-se o DVD composto por uma série de documentários intitulados Estratégias Alternativas à Transfusão – Simples – Eficazes – Seguras; Tratamentos Alternativos<sup>9</sup> à Transfusão – Atendendo às Necessidades e aos Direitos do Paciente; Sem Sangue – A Medicina Encarou o Desafio.

### 1.1 A Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados

Homens e mulheres procuram grupos de que possam fazer parte, com certeza e para sempre, num mundo em que tudo o mais se desloca e muda, em que nada é certo.

HOBSBAWM

As Testemunhas de Jeová são conhecidas em todo o mundo por sua obra de evangelização de casa em casa, bem como pela não utilização de sangue na alimentação e em tratamentos terapêuticos. Na voz da reportagem veiculada pelo programa Via Legal de Porto Alegre, em janeiro de 2009, não é só a aparência austera que as identificam em todo o mundo.

Eles fazem parte de uma religião estruturada em 236 países. Conhecidos pelo poder da pregação, falam nas congregações e nas ruas dos diversos pontos do planeta usando os mesmos termos e abordando os mesmos assuntos a cada semana. Isso graças a um imenso parque gráfico que imprime e distribui milhares de exemplares da Bíblia e publicações que transformam o encontro de hoje em Porto Alegre igual ao de Nova Iorque. Seguidores do cristianismo não acreditam em santos, só em Deus Jeová e nos ensinamentos da Bíblia. Destas páginas eles tiram orientação para a vida e práticas controversas como o uso do sangue na alimentação e na medicina. Acreditam que para Jeová a vida está no sangue e por isso ele é sagrado (VIA Legal, 2009).

A descrição condiz com o dia a dia das Testemunhas de Jeová. Não dispõem escolas de ensino formal em sua estrutura, mas por intermédio de suas escolas de cunho bíblico instruem milhões de pessoas ao redor do mundo, sejam elas Testemunhas de Jeová ou não.

---

<sup>9</sup>A COLIH tem alterado em seus documentos e discurso o termo “Tratamentos Alternativos”, para “procedimentos isentos de sangue e/ou opções terapêuticas às transfusões sanguíneas” para que não haja confusão em relação à Medicina Alternativa como por exemplo: termalismo, acupuntura, homeopatia, antropofísica entre outras (COLIH, 2012).

Segundo a matéria divulgada na Revista Carioca (2011), o jornalista Heaclito Cambuy Filho destaca uma das escolas promovidas pela Associação das Testemunhas de Jeová, a *Escola do Ministério Teocrático*, cujo objetivo é o de instruir os fiéis com enfoque na pregação de casa em casa. O referido repórter destaca em sua matéria o trabalho de uma organização que nos últimos anos “tem idealizado e implantando um eficiente sistema de educação, multinível, capaz de desenvolver e aperfeiçoar as faculdades humanas e cujos objetivos resultam na melhor integração do ser individual, nos mais diferentes aspectos, círculos e níveis sociais (CAMBUY FILHO, 2011)”. Ele ainda acrescenta que simultaneamente, em 236 países, pessoas de todas as faixas etárias são beneficiadas por essa escola.

A Associação Torre de Vigia desde sua fundação presta relevantes serviços socioassistenciais às comunidades. Suas atividades têm como foco a promoção humana, a habilitação das famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco social com que se deparam e o desenvolvimento de suas potencialidades e capacidades. Com isso, as famílias e indivíduos são ajudados a olhar o futuro com esperanças, visto que conseguem superar arriscadas situações que comprometem a qualidade de vida.

Ela tem em seu bojo comunitário ajuda a pessoas e famílias em situação de riscos provocados pelo abuso de álcool e de drogas, violência, inclusive a doméstica, extrema pobreza, entre outras. Dispõe de programas de ajuda às pessoas surdas, provendo material socioeducativo em Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS); em BRAILLE para pessoas cegas; ajuda humanitária ao disponibilizarem seus templos como abrigo temporário para vítimas; aulas de alfabetização e aprimoramento de leitura e escrita para adultos. Independentemente do cunho religioso, tais atividades desenvolvidas nos núcleos de assistências geram um ambiente de inclusão social para todos os envolvidos, seja qual for a condição física, social ou econômica.

As Testemunhas de Jeová, com o intuito de proclamar o Reino de Deus, procuram alcançar o maior número de pessoas, seja pessoalmente ou com suas inúmeras publicações. Livros, brochuras, folhetos, tratados, revistas e DVDs são desenvolvidos após intensa pesquisa e publicados em até 438 idiomas no complexo gráfico de Nova Iorque, Wallkill e Patterson. Muitas dessas publicações são disponibilizadas em sua página oficial<sup>10</sup>, inclusive a Bíblia *on-line* (Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas), disponível em 106

---

<sup>10</sup> Official Web Site of Jehovah's Witnesses - [www.watchtower.org](http://www.watchtower.org), acesso em março de 2012.

idiomas<sup>11</sup>, traduzida pelas Testemunhas de Jeová. Tais traduções são possíveis graças ao Sistema Eletrônico de Fotocomposição Multilíngue (MEPS), desenvolvido a partir de 1979 por um grupo de Testemunhas de Jeová (A Sentinela, 1/11/2011).

Diversas escolas da Associação, tais como Escola Bíblica para Irmãos Solteiros, Escola Bíblica para Casais Cristãos e a Escola Bíblica de Gileade da Torre de Vigia destinam-se à formação de missionários, superintendentes viajantes ou residentes voluntários permanentes de Betel<sup>12</sup>, denominados betelitas<sup>13</sup> (Anuário, 2012).

Os estudantes, no geral, têm como função primária estabilizar e fortalecer as congregações e aprimorar a organização das sedes. Nota-se o interesse na divulgação e distribuição de tais publicações visando à expansão do número de fiéis. Falar a língua ou dialeto das pessoas tem sido um dos grandes esforços da associação religiosa e, em virtude disso, muitos cursos de idiomas são ministrados por seus membros. Em São Paulo, já existem congregações formadas nos idiomas árabe, espanhol, coreano, chinês (mandarim), inglês, francês, holandês, LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), russo, além das regulares na língua portuguesa.

Toda a obra das Testemunhas de Jeová é mantida por donativos voluntários e a maioria dos serviços é executada com mão de obra própria voluntariamente. Não exigem pagamento por serviços religiosos como batismos, casamentos e funerais, nem o dízimo. Parte dos donativos é destinada à produção de suas próprias publicações, bem como na construção de suas filiais e Salões do Reino, também edificadas com mão de obra, em geral, voluntária.

Como visam à vida eterna em um paraíso aqui na Terra, como parte do propósito original de Deus, as Testemunhas de Jeová acreditam que o trabalho em comunidade os habilitará para uma vida harmoniosa entre os que lá estiverem. Nesse quesito, a Associação Cristã das Testemunhas de Jeová – ACTJ providencia cursos profissionalizantes que

---

<sup>11</sup> A edição completa está disponível em 62 idiomas e as Escrituras Gregas (Novo testamento) em 44 idiomas, possibilitando o acesso em sua língua materna a 76 % da população mundial (Anuário das Testemunhas de Jeová, 2012).

<sup>12</sup> Betel, palavra de origem hebraica, que significa “Casa de Deus”, é o termo utilizado pelos fiéis ao se referir às sedes ou congêneres, conjunto de edifícios administrativos, complexo gráfico, fazendas e edifícios residenciais para os betelitas. Todas as sedes ao redor do mundo estão sob a coordenação e responsabilidade da *Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania*. O Betel do Brasil localizado no município de Cesário Lange, no Estado de São Paulo, é aberto ao público e visitas são realizadas com o auxílio de um *cicerone* com a finalidade de apresentar as atividades das Testemunhas de Jeová no Brasil e no mundo.

<sup>13</sup> Os betelitas são membros da Ordem Mundial dos Servos Especiais de Tempo Integral das Testemunhas de Jeová e participam desses programas de formação. Desse grupo também participam os pioneiros especiais (evangelizadores designados pela associação para territórios pouco trabalhados), os missionários e os superintendentes (embora o trabalho apresente a mesma essência, direcionam suas ações para o fortalecimento das congregações dos já convertidos) em sua obra de serviço de campo (forma como se referem ao trabalho de evangelização, seja de casa em casa, por telefone ou nas ruas).

capacitam os voluntários em áreas que vão desde a manutenção de pequenas e grandes obras a grandes construções. O programa de manutenção de seus prédios integra um processo de educação eficiente, segura e voluntário, dentro de um mesmo padrão, estipulado e realizado em todo o mundo.

Tais voluntários, muitas vezes, mesmo com seus trabalhos seculares, colocam-se à disposição em seu tempo livre para funções que executam profissionalmente. Na falta desses, profissionais de todas as áreas habilitam voluntários para aprender novos ofícios. Muitos são os voluntários que trabalham integralmente desde a obra de pregação à construção e manutenção de novos Salões do Reino e Assembleias.

Com foco na promoção da obra do Reino de Deus, as Testemunhas de Jeová possuem 98 congêneres nos 236 países em que estão presentes, com seus parques gráficos mantidos única e exclusivamente por donativos voluntários e anônimos, segundo observa o Anuário das Testemunhas de Jeová (2012). Mesmo em face de crises e instabilidades financeiras mundiais, a obra segue crescendo e, às vezes, faz-se necessária a transferência de um parque gráfico de um país a outro, em virtude de vantagens fiscais.

Em decorrência da Lei 9.790, sancionada em 23 de março de 1999 no Brasil, as Testemunhas de Jeová tiveram seus registros alterados de Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados – STVBT para Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados – ATVBT<sup>14</sup>. Isso se deu, pois, segundo o artigo 53 do novo código civil brasileiro, constituem-se as associações pela união de pessoas naturais que se organizam para fins não econômicos, regularmente registrada e constituída, com objetivos comuns, exceto o de auferir lucro por meio da pessoa jurídica. A Lei brasileira atribuiu ao termo Sociedade (com exceção das cooperativas que têm regras específicas e diferenciadas) a principal finalidade de obtenção de lucros. A Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados de Nova Iorque Inc. é a mantenedora jurídica das outras sedes filiais das Testemunhas de Jeová. Em razão legal, foram criadas no Brasil as representações, Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová – ACTJ, Associação Beneficente das Testemunhas de Jeová – ABTJ, Associação Bíblica e Cultural das Testemunhas de Jeová – ABCTJ e Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados – ATVBT, para representar juridicamente cada âmbito das congregações.

Atualmente há uma grande quantidade de leis, decretos instruções normativas, que regulamentam diversos aspectos do funcionamento das Associações, bem como para a

---

<sup>14</sup> A partir deste momento será utilizada a Sigla ATVBT sempre que referido à Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados, cujo capítulo 1, subitem 1.1, dedica-se inteiramente à sua apresentação.

aquisição, construção e funcionamento de um Salão do Reino. Em virtude da complexidade de tais assuntos, inclusive pelo fato de profissionais bem intencionados ou órgãos públicos fornecerem informações contrárias a tais regulamentos em assuntos jurídicos e contábeis, criou-se os denominados Servos de Associações Jurídicas (SAJs). Esse grupo treinado pelo Escritório tem por finalidade atender, orientar e apoiar diretamente as Associações em uma área designada.

## 1.2 Os antecedentes das Testemunhas de Jeová

As Testemunhas de Jeová seguem as Escrituras Sagradas utilizando seus estudos e pesquisas. Para elas, sua linhagem vem do fiel personagem bíblico Abel, filho de Adão e Eva, o primeiro casal humano. Hebreus (11:4-12:1<sup>15</sup>) diz:

Pela fé Abel ofereceu a Deus um sacrifício de maior valor do que Caim... Pela fé Noé, depois de receber aviso divino de coisas ainda não observadas, mostrou temor piedoso... Pela fé Abraão, quando chamado, obedeceu, saindo para um lugar que estava destinado a receber em herança... Pela fé Moisés, quando cresceu, negou-se a ser chamado filho da filha de Faraó, escolhendo antes ser maltratado com o povo de Deus do que ter o usufruto temporário do pecado. . . Assim, pois, visto que temos a rodear-nos uma tão grande nuvem de *testemunhas*, ponhamos também de lado todo peso e o pecado que facilmente nos enlaça, e corramos com perseverança a carreira que se nos apresenta.

Visto que sua fé está baseada no sacrifício resgatador (Jesus Cristo morre em remissão dos pecados da humanidade), apontam Jesus Cristo, como uma das principais Testemunhas de Jeová, seu Pai, relato esse descrito na Bíblia, que diz:

“Estas coisas diz o Amém, *a testemunha fiel e verdadeira*, o princípio da criação de Deus.” De quem era ele testemunha? Ele próprio disse ter manifestado o nome de seu Pai. Ele foi a principal testemunha de Jeová. (Rev. 3:14; João 17:6).

Parte dos judeus questionou se a atividade de Jesus Cristo representava “um novo ensino” (Mar. 1:27). Mais tarde, alguns gregos pensaram também que o apóstolo Paulo estava

---

<sup>15</sup>Todas as citações bíblicas são da Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas (1986), tradução da versão inglesa de 1984, mediante consulta ao antigo texto hebraico, aramaico e grego, salvo outra referência.

introduzindo um “novo ensino” (Atos 17:19, 20). Era novo para os que ouviam esse ensino, estando eles em harmonia com a Palavra de Deus.

Em Pentecostes de 33 EC<sup>16</sup>, apresenta-se a ocasião em que ocorreu o “derramamento do Espírito Santo” sobre 120 discípulos de Cristo, e esses começaram a evangelizar em línguas diferentes. Aponta-se esse o momento de fundação da congregação cristã do primeiro século (igreja primitiva). Naquele dia foram batizados cerca de três mil novos discípulos (Atos, capítulo 2), aumentando o número das congregações em diversas localidades, ao passo que os apóstolos e outros continuavam a divulgar a Palavra de Deus.

A pregação se espalhou pela região do Mediterrâneo, desde Babilônia e a África setentrional até Roma (Romanos 15:18-29; Colossenses 1:23; 1 Pedro 5:13). Onde quer que as pessoas se tornassem discípulas, formavam-se congregações, homens qualificados e maduros eram designados para ser anciãos ou superintendentes, a fim de manter nas congregações o mesmo padrão de ensino e de conduta. Isso não os tornava uma classe clerical, eram ministros e colaboradores em prol do Reino de Deus.

Os primitivos discípulos de Cristo eram identificados como cristãos, mas portavam ensinamentos que os diferenciavam dos demais (João 17:17; Atos 2:42; 11:26; Romanos 6:17; 1 Timóteo 4:6; 6:1, 3; 2 Timóteo 1:13; 2 Pedro 2:2; 2 João 1, 4, 9), sendo acolhidos por conrentes nos seus lares quando viajavam.

Entretanto, no segundo e no terceiro séculos, desenvolveu-se uma grande apostasia, resultando na formação de sistemas eclesiásticos, que não mantiveram os preceitos da primitiva congregação cristã no que se refere ao ensino, conduta, organização e posição com relação à sociedade existente. A *The New Encyclopedia Britannica* (apud TESTEMUNHAS DE JEOVÁ, 1993, p. 37) explica: “A partir de meados do 2.º século AD, os cristãos que tinham conhecimentos de filosofia grega passaram a sentir a necessidade de expressar a sua fé em termos dessa, tanto para sua própria satisfação intelectual como para converter pagãos instruídos”. A apostasia foi amplamente difundida e as denominações religiosas seguiram tradições e costumes pagãos. As expectativas quanto à volta de Cristo, em geral, eram relegadas a segundo plano.

Em meados do segundo século, os cristãos defendiam sua crença contra os perseguidores romanos e contra hereges. Muitos foram os debates religiosos a respeito da “divindade” de Jesus, bem como sobre a natureza e as operações do “Espírito Santo”, causando discórdias. As divisões referentes à doutrina “cristã” também estavam presentes na

---

<sup>16</sup> Era Comum ou Era de Cristo.

política e na cultura, às vezes provocando distúrbios, rebeliões, lutas civis e até guerra (A SENTINELA, 2001). Johnson (2001, p.17) escreveu:

O cristianismo [apóstata] iniciou em confusão, controvérsia e cisma, e assim continuou [...] No primeiro e no segundo séculos a.D., o Mediterrâneo central e oriental fervilhou com uma infinita multidão de idéias religiosas, lutando para se propagarem. [...] Portanto, desde o começo houve numerosas variedades de cristianismo que tinham pouco em comum.

Escritores e pensadores interpretavam os ensinamentos “cristãos” utilizando termos filosóficos. Como forma de homenagear alguns pagãos instruídos, recém-convertidos para o “cristianismo”, esses escritores religiosos baseavam-se na literatura grega e judaica.

Como resultante dessa tendência, surgem os escritos de Orígenes (c. 185-254), autor grego de Alexandria, cujo tratado *De Principiis* constitui o primeiro esforço sistemático de explicar as principais doutrinas da teologia “cristã” nos termos da filosofia grega. Por sua vez, o Concílio de Niceia (325 EC) procurou explicar e estabelecer a “divindade” de Cristo, fomentando a interpretação do dogma “cristão”. Tal concílio demarcou o começo de um tempo no qual concílios gerais da Igreja procuravam definir dogma com cada vez mais precisão. Sobre o concílio de Niceia, o professor Rubeinstein (apud A SENTINELA, 15/01/2012, p. 6) escreveu:

Constantino os tinha favorecido e enriquecido [os bispos] bem mais do que poderiam imaginar nos seus sonhos mais loucos. Em menos de um ano, o novo imperador tinha devolvido e reconstruído praticamente todas as igrejas, restaurados seus cargos e as honrarias que lhes tinham sido tomados [...] Tinha concedido certos privilégios dos sacerdotes pagãos”. Com isso, “Constantino [...] se encontrava numa posição em que poderia influenciar – e até ditar – o curso dos eventos de Niceia”.

Freeman (apud A SENTINELA, 15/1/2012, p. 6) confirmou o poder do Imperador Romano: “Estava assim estabelecido o precedente de que o imperador podia interferir tanto para fortalecer a Igreja como para influenciar em assuntos doutrinários”. No século 12 surgiram estudiosos bíblicos tais como Pedro de Bruys e Henrique de Lausanne. Bruys que renunciou ao sacerdócio por não conseguir conciliar as Escrituras com os ensinamentos católicos do batismo de bebês, da transubstanciação, das orações pelos mortos e da adoração da cruz, teve sua vida tirada em virtude de suas crenças. Já Lausanne, um monge, que por denunciar a corrupção na Igreja e os aspectos não bíblicos da liturgia, foi preso em 1148 e passou o resto da vida na prisão (A Sentinela 15/1/ 2012).

Recentemente, o metropolitano grego ortodoxo Methodius da Pisídia escreveu o livro *The Hellenic Pedestal of Christianity*<sup>17</sup> para mostrar que a cultura e a filosofia grega influenciaram o moderno pensamento “cristão”. Nesse livro, ele admite sem hesitação:

Quase todos os proeminentes Pais da Igreja consideravam os elementos gregos muito úteis e tiraram-nos da antiguidade clássica, grega, usando-os como meio para compreender e expressar corretamente as verdades cristãs (A SENTINELA, 2001, p.6).

No catolicismo, o dogma, diferente de uma simples crença, é uma verdade solenemente formulada, quer por um Concílio Ecumênico, quer pelo “magistério infalível” do Papa (A SENTINELA, 15/02/1994). Entre as doutrinas definidas desse modo pela Igreja Católica, a mais conhecida é a doutrina da Trindade, onde a Bíblia chama Jesus Cristo de o Filho de Deus e os amantes da filosofia grega insistiam em que ele é Deus e a mais recente é a Assunção de Maria, tida como uma das principais solenidades da Igreja, como destaca o historiador Douglas (1994, p. 26).

Definido como doutrina, o dogma constitui um conjunto de princípios que servem de base a um sistema religioso, político, filosófico, militar, pedagógico, entre outros, ou ainda como tudo o que é objeto de ensino e de disciplina (A SENTINELA, 15/2/1994). As Testemunhas de Jeová valorizam a Bíblia não como palavras de homens, mas como a Palavra de Deus escrita por homens inspirados pelo Espírito Santo.

### **1.3 A história moderna das Testemunhas de Jeová**

No começo da década de 1870, iniciou-se um relativamente pequeno grupo de estudo bíblico em Allegheny, Pensilvânia, EUA,<sup>18</sup> sob a liderança de Charles Taze Russel. Iniciaram um rigoroso estudo não sectário da Bíblia acerca da volta de Cristo. Advogavam o Reino de Deus e não um sistema político, econômico ou social de alguma nação do velho mundo.

Esse grupo passou a entender que a doutrina da Trindade não é bíblica, mas que somente Jeová é o Deus Criador Todo Poderoso, que Jesus Cristo é Sua primeira criação e Seu filho unigênito, que o Espírito Santo não é uma pessoa, mas uma força ativa, invisível de Deus. Para esse grupo a alma é mortal, a esperança dos mortos está na ressurreição e a

---

<sup>17</sup> O Fundamento Helênico do Cristianismo.

<sup>18</sup> Atualmente parte de Pittsburgh.

punição pela iniquidade impenitente não é o tormento eterno, mas o aniquilamento. Para eles, o ensino básico da Bíblia consiste na ação de Jesus, que deu a sua vida em resgate pela humanidade.

Para Russel, a presença de Cristo era invisível, em espírito. Até o advento das Testemunhas de Jeová em 1914, predominou os tempos dos Gentios, durante os quais a soberania de Deus não estava sendo estabelecida. As Testemunhas de Jeová acreditam que esse restabelecimento pode ser visto nas suas atividades mundiais, cerca de 1.900 anos depois da profecia de Jesus. Os estudantes da Bíblia se reuniam em classes, como na época chamavam as suas congregações. Congregavam-se até três vezes por semana, para discursos, estudo bíblico e reuniões de testemunho. Elegiam regularmente homens de responsabilidades como anciãos, para supervisionar as atividades espirituais de cada classe.

Em 1879, publicou-se em inglês o primeiro número da revista “A Torre de Vigia de Sião e Arauto da Presença de Cristo”, hoje conhecido em português como A Sentinela. Por volta de 1880, já haviam se instituído inúmeras congregações, nos estados vizinhos da Pensilvânia, a partir daquele pequeno grupo de estudo bíblico. Em 1881, formou-se nos Estados Unidos a Sociedade Torre de Vigia de Sião<sup>19</sup>, estatuída em 1884, com Russel como presidente. Cinquenta pessoas davam testemunho de casa em casa em 1888, oferecendo em tempo integral publicações bíblicas (TESTEMUNHAS, 2000). Hoje superam 895 mil pessoas e são denominadas por Pioneiros Regulares ou Pioneiros de Tempo Integral (Anuário das Testemunhas de Jeová, 2012).

Em 1909, a obra se internacionalizou e a sede da Sociedade foi transferida para seu local atual, em Brooklyn, Nova York. Publicavam-se sermões simultaneamente em diversos jornais e, por volta de 1913, estes saíam em quatro idiomas, em três mil jornais nos Estados Unidos, no Canadá e na Europa. O parque gráfico instalado na sua sede mundial permitiu a impressão e a expedição de publicações bíblicas (livros, folhetos e tratados) para diversos países e, atualmente, há outras sedes (TESTEMUNHAS, 2000).

Em 1912, teve início a preparação do “Fotodrama da Criação”. Por meio de diapositivos e de filmes conjugados com som, abrangendo o período desde a criação da Terra até o fim do Reinado Milenar de Cristo. As exposições começaram em 1914 e diariamente 35 mil pessoas as assistiam, constituindo pioneirismo no campo de filmes sonoros.

---

<sup>19</sup> O nome dessa Sociedade foi alterado para Watch Tower Bible and Tract Society (Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados).

No começo, as Testemunhas de Jeová eram conhecidas apenas como Estudantes da Bíblia, em 1931, adotou-se o nome Testemunhas de Jeová, tendo por base o relato bíblico contido em Isaías (43:10-12). Suas crenças e seus métodos constituem a restauração do cristianismo do primeiro século, de acordo com Raciocínios à Base das Escrituras (1985).

Esse tipo de conhecimento bíblico começou a ser divulgado no Brasil no final do século XIX. Sarah Bellona Ferguson, de São Paulo, recebeu em 1899 pela primeira vez dos Estados Unidos da América, por correio, algumas publicações da então Sociedade Torre de Vigia, hoje conhecida como Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados – ATVBT. Oito jovens marinheiros brasileiros, de licença do seu navio na cidade de Nova York, ficaram interessados nas reuniões dos Estudantes da Bíblia e obtiveram ali um exemplar da Bíblia em português, ao que foram também ajudados a entendê-la. Ao retornarem ao Brasil, em março de 1920, depois de terem se associado por alguns meses com os Estudantes da Bíblia em Nova York, continuaram a se reunir e a falar a outros sobre o que haviam aprendido. No começo, usavam as publicações da Torre de Vigia em espanhol como ajuda para o estudo, porque não havia nada disponível em português. No entanto, poucos anos depois, George Young foi enviado ao Brasil e providenciou-se a tradução para o português e a impressão das publicações.

Em 1923, foi aberta no Rio de Janeiro uma congênere da Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados americana a fim de promover a educação bíblica neste vasto país, conforme anuário das Testemunhas de Jeová (1997). Convidado por J. F. Rutherford, presidente da Sociedade Torre de Vigia, Alston Yuille transferiu-se para o Brasil em 1936 com a esposa, Maud, bem como Antônio Pires de Andrade, colaborador e intérprete. Três anos depois, Otto Estelmann e Erich Kattner foram enviados da Europa para servir como pioneiros, dedicando-se a visitar as casas das pessoas e, em 1945, chegaram dois missionários da primeira turma da Escola de Gileade: Charles D. Leathco e Harry Black (TESTEMUNHAS, 1993).

#### **1.4 As Testemunhas de Jeová e suas crenças**

As Testemunhas de Jeová consideram-se cristãs por praticarem os ensinamentos de Cristo Jesus. O teólogo suíço Hans Küng (On Being a Christian [Sobre ser Cristão] apud A Sentinela, 2006, p. 4) declarou: “O cristianismo apenas existe onde a lembrança de Jesus Cristo está viva na teoria e na prática”. Não somente aderem aos ensinamentos de Jesus, como

baseiam sua vida no resgate por ele propiciado e os praticam ensinando a Bíblia para 8.490.746 pessoas em quase todos os países (ANUÁRIO, 2012).

Um relatório do Conselho Nacional de Igrejas, nos Estados Unidos diz que, das 25 maiores religiões, as Testemunhas de Jeová estão entre as únicas quatro que tiveram aumento, conforme *Despertai* (2010, p.4). Sua obra mundial de pregação em busca de conversão de discípulos se justifica por não acreditarem que todos os caminhos levam a Deus. Acreditam que a Bíblia deixou um modelo de como Deus quer ser adorado e utilizam a evangelização como meio de sua propagação. Demonstram isso pela aplicação de trechos bíblicos como o descrito em Efésios 4:5 que diz:

[...] há “um só Senhor, uma só fé”. Jesus declarou: “Estreito é o portão e apertada a estrada que conduz à vida, e poucos são os que o acham. [...] Nem todo o que me disser: ‘Senhor, Senhor’, entrará no reino dos céus, senão aquele que fizer a vontade de meu Pai, que está nos céus.” — Mat. 7:13, 14, 21; “Exorto-vos agora, irmãos, por intermédio do nome de nosso Senhor Jesus Cristo, que todos falei de acordo, e que não haja entre vós divisões, mas que estejais aptamente unidos na mesma mente e na mesma maneira de pensar”. – 1 Coríntios 1:10; “Exorto-vos agora, irmãos, que fiquéis de olho nos que causam divisão e motivos para tropeço contra o ensino que aprendestes, e que os eviteis” – Romanos 16:17.

Pelo fato de basear na Bíblia todas as suas crenças, normas de conduta, procedimentos organizacionais e interpretá-la como a Palavra de Deus, têm a convicção de que se trata de uma religião verdadeira. Baseando-se em tal convicção, pregam o Reino de Deus e Seu Reino a todos os que estão dispostos a ouvir, seja de casa em casa, nas ruas, por telefone, cartas e suas páginas em *sites* oficiais.

As Testemunhas de Jeová não recorrem a argumentos filosóficos para se esquivarem às declarações contidas na Bíblia, nem para justificarem o modo de vida de pessoas que abandonaram as normas de moral ali presentes. É importante para essa pesquisa salientar que os profetas que escreveram partes da Bíblia não entendiam o significado de tudo, dado que se encontravam inspirados por Deus (Dan. 12:8, 9; 1 Ped. 1:10-12), mas, no futuro, com o aumento de conhecimento, no “tempo do fim” (Dan. 12:4), esse conhecimento seria importante. As Testemunhas de Jeová acreditam serem os dias atuais os de cumprimento das profecias bíblicas. Tal conhecimento requer ajustes no modo de pensar, ao que as Testemunhas de Jeová se dispõem humildemente em fazê-lo. Compartilham esse conhecimento como parte do cumprimento de uma ordem dada aos discípulos de Jesus, descrita no evangelho de Mateus (24:14; 28:19):

Estas boas novas do reino serão pregadas em toda a terra habitada, em testemunho a todas as nações; e então virá o fim.” Ele instruiu também o seguinte aos seus seguidores: “Ide [...] e fazei discípulos de pessoas de todas as nações.

A visitação dos lares praticada pelas Testemunhas de Jeová se inspira nos ensinamentos de Jesus ao orientar seus primitivos discípulos (Mat. 10:7, 11-13). O apóstolo Paulo disse com respeito ao seu ministério:

Não me refreei de vos falar coisa alguma que fosse proveitosa, nem de vos ensinar publicamente e *de casa em casa*. (Atos 20:20, 21).

E de cada dia, no templo e de casa em casa, continuavam sem cessar a ensinar e a declarar as boas novas a respeito do Cristo, Jesus (Atos 5:42).

As visitas são motivadas pelo amor – primeiro a Deus e também ao próximo. Uma conferência de líderes religiosos na Espanha observou o seguinte:

Talvez [as igrejas] sejam excessivamente negligentes naquilo que constitui precisamente a maior preocupação das Testemunhas – a visita aos lares, que cai dentro da metodologia apostólica da primitiva igreja. Enquanto que as igrejas, não em poucas ocasiões, se limitam a construir seus templos, a tocar os sinos para chamar as pessoas e a pregar dentro de seus locais de adoração, [as Testemunhas] seguem a tática apostólica de ir de casa em casa e de aproveitar toda ocasião para testemunhar (EL CATOLICISMO, 1975, p. 14).

A obra de pregação mencionada acima é o fator identificador das Testemunhas de Jeová. Elas não impõem a sua mensagem a outros e sua obra mundial de evangelização leva conhecimento bíblico a todas as nações, etnias, povos, tribos e línguas. Não são dogmáticas e procuram argumentar, induzir o raciocínio, estimular a análise imparcial, apresentar pontos para reflexão posterior e deixar as portas abertas para futuras conversas.

Encaram a sua religião como um modo de vida, sendo que todos os outros interesses giram em torno da adoração exclusiva que prestam a Jeová, seu Deus, sendo Ele o Criador dos céus e da Terra. A partir do momento que se dedicam a Deus em oração e se batizam em água por imersão, consideram que suas vidas não mais lhes pertencem e sim a seu Deus Jeová. Todas as ações a partir de então serão influenciadas pela decisão que fizeram de servir incondicionalmente a Jeová, estando dispostos por ele a viver ou a morrer.

Creem que Jesus Cristo não é parte de uma Trindade, mas sim o Filho de Deus, o primeiro das criações de Deus com existência pré-humana, tendo sua vida transferida dos céus para o ventre de uma virgem, Maria. Sua morte como humano perfeito, oferecida em sacrifício, tornou possível a salvação de todos os humanos que nele exercerem fé com a perspectiva de vida eterna. Acreditam que Cristo já reina nos céus desde 1914, detendo

autoridade divinamente concedida e que tal Reino se estenderá sobre a terra no final dos últimos dias.

Acreditam que o Reino de Deus é a única esperança para a humanidade e que este em breve substituirá os governos atuais humanos, incapazes de solucionar os problemas da humanidade e produzirá um novo sistema em que prevalecerá a justiça.

Para esses religiosos, o propósito original de Deus para com a Terra será restabelecido e essa será habitada por adoradores de Jeová, que poderão usufruir de vida eterna.

A relação com a morte constitui importante fator nessa crença, visto que há a esperança na vida futura, por meio da ressurreição dos mortos. Os mortos existem apenas na memória de Deus, não estão conscientes, não sentem dor ou prazer.

Qualquer pessoa pode se tornar uma Testemunha de Jeová por meio do batismo, independentemente de sua formação, origem ou ações passadas. Depois de batizada, deixa de ser um membro da Associação Cristã das Testemunhas de Jeová – ACTJ e é impossibilitado de manter convívio com os denominados irmãos, quando comete uma falta, ou seja, um pecado sem arrependimento.

O batismo ocorre por meio da imersão em água (Mateus 3:13, 16; 28:19), desde que a pessoa expresse o desejo de servir ao Deus Jeová como Sua testemunha, depois de obter conhecimento da Bíblia (Hebreus 12:1).

Sujeitam-se às autoridades governamentais, em harmonia à ordem bíblica descrita em Mateus (22:21) que diz na íntegra: “Disseram: De ‘César’. Então lhes disse ele: “Portanto, pagai de volta a César as coisas de César, mas a Deus as coisas de Deus”.

Elas obedecem e se sujeitam às Leis do país em que vivem desde que estas não entrem em conflito com as leis de Deus, como por exemplo não servirem as forças armadas, pois não pegam em armas uma vez que pregam a paz. Ainda que paguem todos os seus impostos, não se misturam na política nem se elegendo para cargos ou menos dando seus votos para que isso ocorra. Estudam a Bíblia e esforçam-se em seguir seu conselho em todos os aspectos da vida. Em matéria de cuidados médicos, reconhecem a Jeová Deus como a fonte da vida, considerando-o, portanto, como uma dádiva divina.

Por orientação bíblica, as Testemunhas de Jeová não fumam, não usam drogas ilícitas, não fazem uso excessivo do álcool, não praticam aborto ou qualquer espécie de cura pela fé. Procuram tratamento médico sempre que dele necessitam, tendo como única restrição a utilização, em seu corpo, de sangue e de seus derivados, especialmente considerados os principais elementos que o compõe, como informa a publicação jurídica “Por que respeitar a escolha de tratamento médico sem sangue (1999)”.

Tal publicação orienta as Testemunhas de Jeová acerca do comportamento a adotar com respeito à questão do sangue, visto à má interpretação predominante sobre esse assunto. A recusa de transfusão de sangue não significa a reivindicação do “direito de morrer”, sequer a pretensão de transformar-se em “mártir”, como acreditam alguns. Trata-se de convicção fundamental para esse grupo que, quando respeitada, honra-se um valor moral, ético e pessoal por eles profundamente prezado.

O DVD intitulado “Alternativas à Transfusão” (2004), produzido pela ATVBTV observa que no passado os médicos, às vezes, achavam difícil respeitar as necessidades de tratamento desse grupo religioso visto a não aceitação da transfusão de sangue. No referido documentário<sup>20</sup>, os professores norte-americanos Hetzer, Pollard, Baron e Keyserlingk apontam argumentos para a superação do estigma com relação aos pacientes Testemunhas de Jeová. Hetzer<sup>21</sup> diz: *“Sem dúvida, houve época no passado em que as Testemunhas de Jeová eram encaradas de modo negativo pelos médicos especialmente pelos cirurgiões”*. Pollard<sup>22</sup> destaca: *“Antes de eu conhecer uma testemunha de Jeová eu tinha o preconceito de que elas deveriam ser fanáticos religiosos”*.

Por sua vez, Baron<sup>23</sup> pontua o aspecto preconceituoso por parte dos médicos: *“Parte disso é preconceito contra um grupo religioso sobre qual o médico ou o Juiz ou o advogado talvez não saiba quase nada [...] Do ponto de vista de quem não é da religião, isso parece um ato irracional”*.

Desses depoimentos transparece a revisão da postura médica, com relação a esses pacientes, como destaca o Professor Keyserlingk<sup>24</sup>: *“Para algumas pessoas parece contrário à medicina. Parece colocar o paciente em perigo”*.

Analisado pelo ângulo das afirmações acima, forçar o paciente a receber uma transfusão de sangue resultaria, eventualmente, em resultados positivos para a saúde física, mas do ponto de vista emocional e espiritual constitui um trauma. Surge, portanto, em muitas situações, o conflito entre o dever ético do médico de curar ou diminuir o sofrimento de seu paciente pela utilização de técnicas por ele conhecidas e a recusa do paciente Testemunha de Jeová de consentir em receber a transfusão de sangue, em virtude de sua posição religiosa.

---

<sup>20</sup> Todas as citações retiradas de depoimentos em entrevistas ou materiais videográficos foram identificadas apenas com o nome dos autores e destacado em itálico, por se tratar de uma fala onde não há como precisar número de página.

<sup>21</sup> *Chief of Cardiothoracic and Vascular Surgery, German Heart Institute, Berlin, Germany.*

<sup>22</sup> *Charge Nurse, Trauma Resuscitation – Jackson Memorial Hospital, Florida, U.S.A.*

<sup>23</sup> *Professor of Law, Boston College Law School, Massachusetts, E.U.A.*

<sup>24</sup> *Director of Biomedical Ethics Unit McGill University, Quebec, Canada.*

## 1.5 As Testemunhas de Jeová e a questão do sangue

O livro Raciocínios à base das Escrituras (1985, p. 343) define sangue:

Um fluido verdadeiramente maravilhoso que circula no sistema vascular dos humanos e da maioria dos animais multicelulares, fluido este que supre nutrientes e oxigênio, drena os produtos residuais e desempenha um importante papel em proteger o organismo contra infecção. O sangue está tão estreitamente relacionado com os processos da vida que a Bíblia diz que “a alma da carne está no sangue” (Lev. 17:11) Jeová, qual Fonte da vida, forneceu instruções definidas quanto ao uso que se pode fazer do sangue.

As Testemunhas de Jeová entendem que Deus ordenou a toda a humanidade a abstenção do uso do sangue, cuja ordem expressa foi dada a Noé quando lhe foi autorizado o consumo de carne animal. “Todo animal movente que está vivo pode servir-vos de alimento. Como no caso da vegetação verde, deveras vos dou tudo. Somente a carne com a sua alma – seu sangue – não deveis comer” (GÊNESIS, 9: 3-4).

Às Testemunhas de Jeová também é vedado o consumo do sangue na alimentação, em decorrência do sangue significar vida ou alma. O Pontifício Instituto Bíblico de Roma traduz o mesmo versículo 4 da seguinte maneira: “Somente não comereis da carne ainda com sua vida, isto é, o sangue”.

O texto supracitado refere-se ao sangue animal, porém, os versículos seguintes fazem referência ao sangue humano com a mesma intensidade: “Além disso, exigirei de volta vosso sangue das vossas almas. [...] Quem derramar o sangue do homem, pelo homem será derramado o seu próprio sangue, pois à imagem de Deus fez ele o homem” (GÊNESIS 9: 5,6).

Em diversas ocasiões, em ordens expressas na lei dada por Deus à nação de Israel, essa instrução foi confirmada, como pode ser identificado em Levítico:

7:26,27 E não deveis comer nenhum sangue em qualquer dos lugares em que morardes, quer seja de ave quer de animal. Toda alma que comer qualquer sangue, esta alma terá de ser decepada do seu povo.

17:10 Quanto a qualquer homem da casa de Israel ou algum residente forasteiro que reside no vosso meio, que comer qualquer espécie de sangue, eu certamente porei minha face contra a alma que comer o sangue, e deveras o deceparei dentre seu povo.

7:14 Pois a alma de todo tipo de carne é seu sangue pela alma nele. Por conseguinte eu disse aos filhos de Israel: “Não deveis comer o sangue de qualquer tipo de carne, porque a alma de todo tipo de carne é seu sangue. Quem o comer será decepado [da vida].”

Posteriormente, essa mesma ordem foi dirigida aos primitivos cristãos e registrada em Atos (15: 28, 29):

Pois pareceu bem ao Espírito Santo e a nós mesmos não vos acrescentar nenhum fardo adicional, exceto as seguintes coisas necessárias: de persistirdes em abster-vos de coisas sacrificadas a ídolos, e de sangue, e de coisas estranguladas, e de fornicação. Se vos guardardes cuidadosamente dessas coisas, prosperareis. Boa saúde para vós!

Nos primórdios do cristianismo, os cristãos receberam a ordem divina de “abster-se” de sangue. Proibição fundamentada na santidade do sangue, argumentaram, todavia, que essa restrição se aplicava a comer sangue.

Por razões religiosas baseadas na Bíblia, as Testemunhas de Jeová não aceitam transfusões de sangue halogênico, ou seja, proveniente de outra pessoa. Em vez disso, requerem tratamentos sem sangue. Aceitam grande parte dos tratamentos médicos, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, dispositivos e técnicas, assim como agentes hemostáticos e terapêuticos que não contenham sangue como, por exemplo, os expansores do volume do plasma sem sangue (*dextran*, solução salina, *pentastarch*) entre outras técnicas isentas de sangue.

As transfusões de sangue se tornaram comuns após a Segunda Guerra Mundial e as Testemunhas de Jeová entenderam que isso era contrário à lei de Deus. Sabem que a maioria dessas transfusões não é de sangue total, mas de um de seus componentes: (1) glóbulos vermelhos; (2) glóbulos brancos; (3) plaquetas; (4) plasma, que é a parte líquida. Dependendo do quadro clínico do paciente, apenas um dos componentes pode ser prescrito pelo médico. As Testemunhas de Jeová defendem a opinião de que aceitar o sangue total ou qualquer dessas partes viola a lei de Deus. Visto que o sangue pode ser processado além dos componentes primários, algumas questões são levantadas quanto à utilização das frações delas derivadas (A SENTINELA, 15/6/2000). A Bíblia não fornece detalhes a respeito da aceitação ou não de frações, por isso cabe ao paciente Testemunha de Jeová tomar sua própria decisão, de acordo com sua consciência.

Alguns aceitam autotransfusão intra e pós-operatória, *by-pass* coronariano, hemodiálise e hemodiluição<sup>25</sup>, quando o equipamento encontra-se ligado ao sistema circulatório do paciente sem que ocorra o armazenamento do sangue, bem como quando nas bombas, são usados líquidos não sanguíneos como volume de escorva, frações do plasma

---

<sup>25</sup> “Processo pelo qual parte do sangue do paciente pode ser desviado do corpo. O sangue que continua no corpo é diluído. Algum tempo depois, aquele sangue que se encontra no circuito externo é reinfundido, fazendo com que a contagem de células sanguíneas fique mais próxima do normal” (A SENTINELA, 2000, p. 31).

(albumina, imunoglobinas, preparados para hemofílicos) e de outros componentes primários do sangue, assim como transplantes de órgãos.

Firmes na sua posição de absterem-se do sangue, evidenciam plena confiança em seu Deus, confiam que com os crescentes avanços na Medicina, a questão da transfusão de sangue será superada e enfrentam os possíveis conflitos que possam surgir fundamentados na fé.

O homem, no decorrer da história, tem sido o objeto comum da Medicina e do Direito e nota-se que o vínculo mais intenso entre essas duas ciências encontra-se na denominada relação médico-paciente. Tal relação tem enfrentado diversos desafios, podendo ser aqui citado um deles, que é a consciência sobre a autonomia da vontade do paciente. Atualmente, o paciente é sujeito do direito, independentemente de seu estado clínico, e não apenas objeto de cuidados médicos. Isso tem se revelado um grande desafio, porque alguns médicos ainda tratam os pacientes como “propriedades”, o que revela a necessidade de mudança qualitativa na relação médico-paciente, visto que o paciente é agente autônomo, capaz de tomar suas próprias decisões e fazer suas escolhas<sup>26</sup>, com base em seus valores e crenças pessoais, conceitos defendidos pela Dra. Raquel de Souza em um Simpósio sobre tratamentos alternativos à transfusão de sangue (2006).

Por outro lado, nota-se que a Medicina tem aprimorado seus conhecimentos nos últimos anos a respeito das propriedades do sangue e do valor “salvador” atribuído a ele. Atualmente são conhecidos muitos complicadores relacionados às transfusões de sangue, que, por vezes, em lugar de produzir a cura do paciente, podem ser considerados nocivos.

A esse respeito Godbout (1997), que aborda o dom na doação de sangue, chama a atenção aos riscos envolvidos. Ele afirma:

A doação de sangue é o dom unilateral por excelência, Por motivos óbvios, é-se tentado a acrescentar, pois esse dom é perigoso. Ele transmite doenças. O dom-veneno está eminentemente presente nesse gesto. A princípio, era frequente contrair uma hepatite B na sequência de uma transfusão sanguínea. Hoje, é a sida que assusta cada vez mais, Nos Estados Unidos, o número de

---

<sup>26</sup> A Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, garante no parágrafo único. “É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: I – identificação pelo nome e sobrenome civil, [...] não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas; II – identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção; d) aos seus valores éticos, culturais e religiosos; IX – a informação de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha; XI – o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto” (TEMPORÃO, 2009, p. 4).

indivíduos que “se dão” o seu próprio sangue, posto em reserva num banco de sangue personalizado, aumenta constantemente.

As incertezas que se têm produzido a respeito dessa terapia levaram muitos profissionais respeitáveis da área médica a reduzir significativamente o uso do sangue, ou mesmo a evitá-lo por completo.

Conviver com a possibilidade da morte não é um fator único e exclusivo das Testemunhas de Jeová, porém sustentam sua convicção religiosa com base na esperança da ressurreição. Não tratam a morte de maneira frívola e banal, sofrem e choram como todos os demais humanos dotados de sentimentos e apoiam-se na Bíblia nessa decisão, como já destacado.

Baseados em sua fé, acreditam que ainda que faleçam nesse sistema atual, encontrar-se-ão na memória de Deus para voltar à vida. Isso não significa que querem morrer, mas sim que a morte se apresenta no dia a dia de todos os seres humanos, valem-se de tal esperança, em todas as situações de suas vidas, incluindo os casos clínicos e cirúrgicos, sendo esses emergenciais ou não.

Ariès (1977, p. 330) acrescenta que nada acontece no quarto do moribundo. Tudo, pelo contrario, é distribuído pelo tempo da vida e em cada dia desta vida. Mas que vida? Não importa qual. Uma vida dominada pelo pensamento da morte, e uma morte que não é o horror físico ou moral da agonia, mas a antívida, o vazio da vida, incitando a razão a não se lhe apegar: eis porque existe uma relação estreita entre bem viver e bem morrer. Ele acrescenta: *Pour mourir bienheureux, à vivre il faut apprendre. Pour vivre bienheureux, à mourir faut apprendre.*<sup>27</sup>

Ariès (1977, p. 330) comenta a frase mencionada acima, de Duplessis-Mornay, aquele que confiou em Deus durante toda a vida está pronto a morrer e não tem necessidade de outra preparação. Duplessis-Mornay (apud ARIÈS, 1977, p.330) ainda acrescenta:

*Celuy qui s'est toujours Dieu fié  
Il vit en Foy si uny en l'avie  
Que mort le rend sans mort déifié.*<sup>28</sup>

As Testemunhas de Jeová dedicam suas vidas a Jeová e fazem de suas vidas uma contínua sucessão de atos submissos a Ele e, em situações onde suas vidas correm risco,

<sup>27</sup> “Para morrer feliz, é preciso aprender a viver. Para viver feliz, é preciso aprender a morrer” (DUPLESSIS-MORNAY apud ARIÈS, 1977, p. 330 – tradução livre).

<sup>28</sup> “Aquele que sempre confiou em Deus, Vive na fé tão unido na vida, Que a morte o torna sem morte endeusado” (DUPLESSIS-MORNAY apud ARIÈS, 1977, p. 330 – tradução livre).

confiam plenamente no poder de Deus. Os habilita a perseverar não importa que provas, dificuldades e problemas enfrentem, basicamente, é o amor baseado em princípios. Esse amor os motiva a ser íntegros e até mesmo a perder a vida por causa de Cristo. “Realmente, de que proveito é para um homem ganhar o mundo inteiro, mas perder-se a si próprio ou sofrer prejuízo?” (LUCAS, 9:25).

Esse foi o proceder fiel de Testemunhas de Jeová que sofreram em campos de concentração, campos de trabalho forçado e prisões durante e após a Segunda Guerra Mundial. Wilhelm, um jovem alemão, exemplifica bem isso. Em vez de transigir, ele permaneceu leal ao enfrentar a morte por meio de um pelotão de fuzilamento nazista. Em uma carta de despedida à sua família, ele escreveu: “Devemos amar a Deus acima de tudo, assim como nosso Líder Jesus Cristo ordenou. Se tomarmos nossa posição ao lado dele, ele nos recompensará” (A SENTINELA, 15/12/2009).

Como este, outros depoimentos podem ser encontrados na exposição permanente na ATVB, Sede Brasil – Triângulos Roxos – As vítimas esquecidas do Nazismo, bem como no vídeo intitulado As Testemunhas de Jeová Resistem ao Ataque Nazista (1996).

Nesses documentários, as Testemunhas de Jeová fazem referência ao termo “resistência”. Afirmam que em tempo de guerra, o termo resistência geralmente é associado à revolta armada. Mas com relação à era nazista, resistência passou a significar qualquer tentativa consciente de resistir a esse regime. Assim, os historiadores identificam muitas formas de resistência desarmada ao nazismo. Alguns introduziam clandestinamente alimentos ou mensagens. Outros imprimiam secretamente folhetos que expunham os crimes nazistas e havia os que arriscavam a própria vida para ajudar os fugitivos a escapar ou a esconder-se.

“Resistência espiritual” durante a era nazista incluía desafiar as normas por continuar as práticas religiosas e culturais. Alguns mantinham diários secretos e outros documentos, escolas funcionavam às ocultas. Em face do terror e da brutalidade, o mero fato de continuar vivo já constituía um ato de resistência.

Ao se estudar sobre a resistência ao nazismo é importante reconhecer que pequena minoria resistiu se comparada aos que se omitiram e colaboraram, sobretudo os que praticaram tamanha atrocidade. Faz-se então necessário lembrar, considerar e estudar o papel dos que resistiram em nossa sociedade atual, pois conforme alerta o Dr. Littell (1997, p.20):

Precisamos das histórias dos heróis e dos mártires, para que nunca nos esqueçamos de que havia alguns que, embora cercados por uma escuridão

muito mais intensa do que a maioria de nós consegue conceber – sustentaram a dignidade, a integridade e a liberdade da pessoa humana.

O nazismo demarca um tempo onde os limites em relação à dignidade da pessoa humana e seus direitos fundamentais foram indiscriminadamente desrespeitados. Em cada época em que se vive há a necessidade de refletir e repensar sobre a arbitrariedade, as Testemunhas de Jeová, enquanto cidadãos de direito, também estão abertos às discussões de tais relações pessoais.

### **1.6 A Comissão de Ligação com os Hospitais (COLIH)**

A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) garante o direito à liberdade de consciência e crença, e a privacidade, conforme o artigo 5º, incisos II, VI e X. Essas garantias constitucionais conferem aos pacientes adultos o direito de determinar o que farão ou não com o seu corpo.

A história revela que o Estado às vezes exerceu, além do poder temporal, o poder espiritual, obrigando o cidadão comum a praticar a religião oficial. Àqueles que discordavam dessa ingerência estatal e praticavam religião diversa da oficial eram perseguidos, presos e até mesmo mortos. Nos dias atuais, a situação mudou e a maioria das constituições traz em sua estrutura a liberdade religiosa. Embora sejam raros os casos de perseguição religiosa no Brasil, ainda subsiste de forma subjetiva.

No caso das Testemunhas de Jeová, o direito à liberdade religiosa não fica restrito à adoração da divindade escolhida em particular ou em templos religiosos, mas inclui todas as expressões que tal religião propõe e o Estado, por permitir tal liberdade, tem como necessidade e dever fornecer condições para que tais expressões sejam não apenas realizadas, como também respeitadas. Tais condições precisam isentar-se de “pré-conceitos”, no que diz respeito a se fazer ou a se abster de fazer coisas que a pessoa julga ser certa ou errada, segundo sua consciência religiosa, evitando assim atitudes e decisões preconceituosas.

Para Ferreira Filho (1994, p. 12), observador do posicionamento de não utilização do sangue como tratamento terapêutico por parte das Testemunhas de Jeová, a liberdade religiosa

[...] consiste num feixe de direitos públicos subjetivos, consagrados pela tradição, pelo direito comparado, e pelo direito constitucional positivo brasileiro como fundamentais. Essencialmente, é ela o direito de cada ser

humano ter sua religião, por escolha livre, segui-la livremente nos seus mandamentos, prestar, segundo estes, o seu culto à divindade, sem ingerência.

Diante do exposto, a liberdade de religião, como consequência da liberdade de consciência, é pauta de discussão entre médicos, hospitais bem como do judiciário, quando se deparam com pacientes Testemunha de Jeová que exigem tratamento médico sem sangue. Isso se dá porque, para esse paciente “abster-se de sangue” é de vital importância, por estar relacionado com a sua crença de que a vida eterna depende da obediência aos mandamentos impostos pela lei de Deus.

Esse grupo religioso está disposto a não desobedecer, em hipótese alguma, os preceitos de sua religião, não importando o que os outros pensem a respeito. Isso não quer dizer que as Testemunhas de Jeová são contra os tratamentos médicos, ao contrário, utilizam-se das muitas especialidades médicas para assisti-las nos seus problemas de saúde.

Chehaibar (2010) apresenta um artigo intitulado *Bioethics of the refusal of blood by Jehovah's Witnesses* (MURAMOTO, 1998) subdividido em três partes e um segundo intitulado *Bioethical aspects of the recent changes in the policy of refusal of blood by Jehovah's Witnesses* (MURAMOTO, 2001). Na produção de Muramoto, a questão da liberdade de escolha individual é colocada como sendo cerceada e plena de pressões, sejam elas de ordem moral, psicológica ou espiritual por parte dos familiares, amigos e membros da comunidade religiosa.

A pesquisadora Chehaibar se apoia em tais documentos relacionados acima para chegar à conclusão de que os membros da comunidade não agem de acordo com suas vontades próprias quanto à liberdade de tomar suas próprias decisões. Em entrevista com a Colih, observa-se que esses são chamados diretamente pelo membro que deseja que alguém interceda por ele. O membro solicita ao ancião responsável de sua congregação, que por sua vez, contata um membro da comissão responsável pelo local. Pode ocorrer que a comissão contatada não atue no caso, pelo fato de o paciente estar em algum hospital pertencente a outra comissão. A Colih somente irá interceder pelo paciente Testemunha de Jeová se esse, de livre e espontânea vontade, expressar desejo de ser auxiliado. Em hipótese alguma a Colih interfere na vontade do paciente.

Não se trata de “recusa” de tratamento médico, mas sim de uma “escolha esclarecida”, com o auxílio médico<sup>29</sup>. Ao médico compete esclarecer o paciente com suficientes

---

<sup>29</sup> A Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, garante no artigo 5º - “Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os

informações técnicas a ponto de que o paciente seja capaz de tomar suas próprias decisões. Tais informações não devem ser impregnadas por valores pessoais ou limitações técnicas e sim claras e imparciais, independentemente do âmbito especializado profissional que ocupa.

Chehaibar (2010) aponta em seu estudo três tipos de médicos e dois tipos de pacientes: Médicos: Pragmático, Autonomista e Deliberador; Pacientes: Ortodoxo e Liberal. Foi possível classificar o aposentado entrevistado nesse trabalho como o paciente ortodoxo retratado por Chehaibar (2010). Chehaibar (2010, p. 101) retrata como aqueles que “priorizam sua fé acima de tudo. Com isso, já têm estabelecidas suas escolhas e o tipo de tratamento que aceitam receber. Não tem medo da morte e, se necessário, abrem mão do tratamento proposto quando percebem que podem não ser respeitados em suas escolhas”.

A referência supracitada se faz importante para retratar o papel dos membros da Colih e sua intenção em ajudar os membros da comunidade, ajuda essa que pode ser interpretada como pressão e cerceamento de liberdade de escolha. O aposentado, quando internado e com 3 g/hb, se recusava terminantemente a aceitar quaisquer tipos de tratamentos, mesmo os indicados pela Colih. O paciente teve então uma visita de um membro do GVP (grupo de visitas a pacientes), que após uma longa conversa, este mudou de opinião, alterou o cartão de diretrizes para a comunidade médica, aceitou o tratamento proposto e teve êxito. O paciente relata a conversa:

*O irmão muito simpático. Novinho sabe! Ele me trouxe várias revistas. Me perguntou o que eu queria. Eu disse que queria ser tratado, mas não queria desobedecer a Lei do meu Deus Jeová. Então ele me contou sobre o soro antiofídico. Ele disse que o soro antiofídico é retirado do veneno da cobra. Esse soro é injetado na pessoa pra salvá-la. O soro é feito do veneno da cobra, mas não significa que estão injetando o veneno no paciente. O mesmo é o sangue. Algumas medicações são feitas da mesma forma, o que não quer dizer que estão injetando o sangue. Aí ele me disse: “O que Jeová exige do irmão é o não uso do sangue, nada além disso. O que o irmão não quer aceitar é por exigência do próprio irmão. O irmão tem todo o direito de não aceitar esses outros tratamentos propostos pelos médicos. Analise em oração se o irmão conseguiria viver em paz com a tua consciência após o uso dessas medicações”. Aí eu vi que se eu não aceitasse, eu estaria amarrando as mãos dos médicos. Então eu resolvi aceitar (Edson Batista, 64).*

Observa-se no relato acima que o papel da Colih e GVP pode estar aliado ao trabalho médico, quando estes buscam formas e soluções que muitos médicos não teriam. Os

---

serviços de saúde, garantindo-lhe: V – o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais” (TEMPORÃO, 2009, p. 6).

argumentos provenientes de quem compartilha a mesma fé podem, sem dúvida, ter peso, para o lado positivo ou para o lado negativo.

Em relação à postura médica, Chehaibar (2010), o médico pragmático é classificado como o que busca respaldo para suas decisões, nas de Leis, Pareceres, Protocolos e Normas que amparam a relação com o paciente; o autonomista, que valoriza a vontade do paciente acima de tudo, percebendo que a vontade do paciente sempre precisa ser preservada, independentemente das consequências; o deliberador, caracterizado por analisar cada caso em sua especificidade.

Dentre os grupos apresentados acima, o último deles, segundo Chehaibar (2010), procuram tomar decisões sempre considerando os riscos envolvidos e aceitáveis, sendo mais tolerantes aos protocolos e limites impostos na Medicina padrão. Observa-se, porém, nesta pesquisa de dissertação que em todos os casos relatados pelos entrevistados, não houve a facilitação de liberação para outro centro médico que pudesse atender às necessidades reais do paciente de acordo com sua vontade ou até mesmo o interesse em se buscar indicação de outros profissionais que o pudessem fazer. A interferência da Colih em prol do paciente muitas vezes é vista como invasiva, quando o médico não tem condições de tratar o paciente sob sua responsabilidade, dificultando sua transferência para outra instituição.

Em meio a esse cenário, em 1991, surge no Brasil, a Comissão de Ligação com os Hospitais (COLIH), composta por Testemunhas de Jeová, em sua totalidade, voluntários, para promover a cooperação entre a comunidade médica e o paciente Testemunha de Jeová. Formada por profissionais experientes de diversas áreas, seus integrantes são preparados e instruídos pela Associação Cristã das Testemunhas de Jeová – ACTJ, para obterem informações a respeito de opções terapêuticas isentas de sangue, como forma de proteção aos direitos dos pacientes, conversar com os médicos e confortar os pacientes e seus familiares. Os seus serviços são programados para resolver também os problemas decorrentes da prescrição do tratamento com sangue ministrado pelos médicos. O objetivo primeiro é informar os profissionais da área da saúde para que conheçam, aceitem e respeitem, de forma amigável, a liberdade de escolha das Testemunhas de Jeová em não fazer uso da transfusão sanguínea, seja qual for a sua situação clínica, segundo o presidente da COLIH em São Paulo, em entrevista concedida para a realização desta dissertação.

Existem atualmente mais de 1.600 COLIHs em todo o mundo e somente no Brasil estão presentes 124 delas, com um total de 1.542 membros. Cada Comissão tem como estrutura principal um presidente, um secretário, um responsável pela pesquisa e outro responsável pelo Grupo de Visitas a Pacientes (GVP). O GVP apoia a COLIH no que diz

respeito ao cuidado e o conforto do paciente, salienta-se, todavia, que não realiza a interface paciente – médico, e sim paciente – COLIH, principalmente em momentos de emergências médicas.

Na cidade de São Paulo, o GVP é composto por 2.183 membros, para cuidar das necessidades físicas, espirituais e muitas vezes materiais do paciente internado. Suas visitas objetivam o conforto espiritual, auxílio com o traslado dentro da cidade, inclusive quando pacientes são oriundos de outras regiões do Estado de São Paulo e necessitam de transporte entre aeroporto, rodoviária e o centro médico para o tratamento. Às vezes encarregam-se da hospedagem e traslado de parentes dos pacientes ao hospital e, até mesmo, providência de alimentação, quando necessário. Esse grupo cuida diretamente de todo o suporte vital ao dia a dia desses pacientes quando hospitalizados.

A COLIH contempla também um setor de pesquisa, dotado de informações atualizadas a respeito de novos tratamentos médicos, divulgados por meio de folhetos informativos e encaminhados às equipes médicas. A pasta intitulada Alternativas Médicas à Transfusão de Sangue – Medicina e Cirurgia Sem Sangue<sup>30</sup> é fornecida para equipes médicas dispostas a conhecer tais tratamentos clínicos e cirúrgicos.

Folhetos como Estratégias Clínicas para Controlar Hemorragias Gastrointestinais Agudas e Anemia Sem Transfusão de Sangue<sup>31</sup>, Estratégias Clínicas para Controlar Hemorragias e Anemia Sem Transfusão de Sangue em Pacientes Criticamente Enfermos, Estratégias Clínicas para Evitar e Controlar Hemorragias e Anemia sem Transfusão de Sangue em Pacientes Cirúrgicos, Estratégias Clínicas para Evitar e Controlar a Hemorragia e Anemia sem Transfusão de Sangue em Obstetrícia e Ginecologia integram o material disponibilizado aos médicos. Tais práticas são colocadas pela COLIH como eficazes e seguras. Complementa o material duas matérias reimpressas da revista A Sentinela (2000, p.29-31), que tratam sobre como as Testemunhas de Jeová encaram os procedimentos médicos que utilizam o sangue do próprio paciente e acerca da aceitação de produto médico derivado de sangue. Também acompanha o material um instrumento de pesquisa que objetiva conhecer a postura dos médicos em face do exposto.

---

<sup>30</sup> Distribuído pelos serviços de informações sobre hospitais para as Testemunhas de Jeová mediante envio de e-mail ao endereço his@atv.org.br

<sup>31</sup> “Estas informações são destinadas aos gastroenterologistas, médicos que fazem o primeiro atendimento, cirurgiões, anesthesiologistas, hematologistas e outros especialistas como um documento útil e de referência acessível. **Talvez nem todas as estratégias alistadas sejam apropriadas para todos os pacientes**” (ESTRATÉGIAS, 2002/03, p. 1 – grifo do autor).

A presente dissertação não detém dados oriundos desses formulários distribuídos às equipes médicas e, portanto, desconhece o seu resultado final. Nota-se, entretanto, que apesar do pouco tempo de funcionamento, a COLIH tem conseguido bons resultados. Existem no Estado de São Paulo aproximadamente 4 mil médicos dispostos a cooperar com pacientes Testemunhas de Jeová, segundo Nicoletti<sup>32</sup> (2011).

A estrutura da COLIH contempla um setor jurídico, que visa aproximar advogados e pacientes Testemunhas de Jeová na defesa de seus direitos em terem suas escolhas de tratamentos respeitadas. Esse setor faz a interface entre pacientes que necessitam de defesa e advogados, conhecidos como cooperadores, interessados em defendê-los na questão de saúde.

A COLIH objetiva atender às necessidades das Testemunhas de Jeová em decorrência dos possíveis conflitos gerados pelas limitações resultantes da não utilização de sangue em tratamentos terapêuticos e tudo o que transborda dessa situação. Muitos profissionais da área da saúde não estão a par dos conceitos religiosos das Testemunhas de Jeová e se respaldam em diretrizes institucionais e clínicas, que evidenciam o sangue como um procedimento médico correto, segundo Chehaibar (2010). Trata-se de uma comissão que pensa e discute os direitos das Testemunhas de Jeová dedicadas e batizadas.

No depoimento de uma das entrevistadas, é possível perceber a importância que a COLIH exerce nos membros dessa comunidade religiosa que já utilizaram seus serviços. Ela relata:

*Em primeiro lugar eu me senti assim amparada. Senti que Jeová estava cuidando de mim e da minha mãe. Da gente. Era como se Jeová estivesse segurando na minha mão por meio desse irmão. Em segundo lugar, ele conversou com os médicos de uma maneira clara e respeitosa. Ele tinha tanto conhecimento que o médico o chamou de Doutor. E ele é marceneiro. Os irmãos impõem respeito, porque infelizmente tem certos profissionais que são arrogantes. Não querem saber. Direito do paciente, o que é isso? Eles se colocam como deuses, nem todos né! Então aquele que não sabe o que falar, seja paciente ou familiar, eles tratam como ignorantes. Eles ditam: Se quiser vai ser assim, senão [...]. Eu realmente me senti protegida, amparada, que eu não estava ali sozinha, foi isso que eu senti (Eliana, 54).*

Esse tipo de atendimento se estende a todas as Testemunhas de Jeová. Observa-se, porém, uma dificuldade de alguns membros em entender o fluxograma da Colih, mesmo palestras anuais sendo preparadas para as congregações. Verificou-se que em todos os casos pesquisados, os pacientes tiveram ciência de como exatamente funcionava a Colih quando se

---

<sup>32</sup> Entrevista realizada em 21 de novembro de 2011.

fez necessária a intervenção desses. As palestras sempre orientam os membros da comunidade religiosa a procurar a Colih sempre que houver a menor possibilidade de intervenção cirúrgica, para que esses possam orientar os membros a como proceder e a quem recorrer. Ocorre um distanciamento da teoria e da prática quando os pacientes Testemunhas de Jeová dão sequência aos tratamentos em seus meios próprios, recorrendo a Colih muitas vezes em casos emergenciais.

Existe também uma grande dificuldade em localizar médicos que atendam na rede pública, o que pode afetar a decisão de alguns a não utilizar os serviços oferecidos aos membros religiosos. As experiências vivenciadas por cada membro religioso desse grupo pode ser explicitado de forma diferenciada uma vez que os membros da Colih recebem o mesmo treinamento, porém a prática difere de voluntário para voluntário.

Quando questionado sobre a atenção que essa comissão disporia quando solicitada por alguém de fora da comunidade religiosa, ou até mesmo por um membro desassociado<sup>33</sup>, Nicoletti se expressa da seguinte forma:

*A COLIH tem uma função basicamente humanitária e como uma questão humanitária, nós não podemos nos furtar àqueles que nos pedem ajuda. Cada caso é analisado dentro de sua real necessidade e atuado mediante tal necessidade.*

O intuito da COLIH não é o de aumentar o número de adeptos para sua religião por pregar suas doutrinas. A preocupação maior, nas cidades onde atua, é a de buscar pesquisas, estudos, bem como métodos utilizados em outros países com satisfatórios resultados, do que resulta o domínio de amplas informações a respeito de alternativas disponíveis para a terapia transfusional. Reúnem e disponibilizam artigos atualizados sobre estratégias de tratamento sem sangue, tirados de literatura médica respeitada e possuem uma lista de médicos colaboradores dos seus respectivos países.

Na maioria das congêneres e filiais da ATVBVT ao redor do mundo, há pessoas designadas para cuidar de emergências médicas. Cada congênere ou filial encontra-se ligada em rede com outras congêneres e filiais para ampliar o quadro de médicos colaboradores, onde necessário.

As Testemunhas de Jeová são instruídas a se identificarem desde o primeiro momento e são incentivadas pela COLIH a manter a comunicação aberta e contínua entre paciente e

---

<sup>33</sup> Trata-se de cristão que cometeu um pecado grave e não aceitou a disciplina e repreensão bíblica por meio do arrependimento e persiste em violar a lei de Deus. No caso de um cristão resolver aceitar a transfusão de sangue, a desassociação não é automática (CONHECIMENTO, 1995).

médico. Em caso cirúrgico, a COLIH orienta o paciente a conhecer e se dar a conhecer à equipe médica, ou seja, informar toda a equipe acerca de suas convicções religiosas. Como sinal identificador de sua vontade, portam um documento legal conhecido como “Diretrizes sobre Tratamento de Saúde e Isenção para a Equipe Médica”, uma espécie de requerimento de tratamento médico isento de sangue. Tal documento apresenta três versões: uma para maiores capazes batizados, outra para menores incapazes batizados e a terceira para menores incapazes não batizados.

Como forma de instruir as famílias pertencentes à comunidade religiosa, foi desenvolvido um manual intitulado Cuidados com a Família e Tratamento Médico para as Testemunhas de Jeová (1995). Consta desse manual informações sobre a postura dos pais Testemunhas de Jeová referentes ao tratamento de saúde de seus filhos, familiarizando-os com os profissionais relacionados ao tratamento de saúde, tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros, e esclarecendo-os sobre os tratamentos médicos e procedimentos cirúrgicos sem sangue disponíveis.

O serviço de informações sobre hospitais nos Estados Unidos da América (*Hospital Information Services – HIS*), que se encontra na sede internacional das Testemunhas de Jeová em Brooklyn, Nova Iorque, coordena o trabalho das Comissões de Ligação com Hospitais e das congêneres e filiais no atendimento de emergências médicas. Pesquisa regularmente um amplo banco de dados médicos com a finalidade de fornecer às COLIHs, bem como aos médicos colaboradores, *risk managers* (profissionais que avaliam tratamentos médicos de risco), hospitais, associações médicas e a outros, informações atualizadas sobre riscos transfusionais, novas técnicas cirúrgicas e medicamentos que ajudam a manter um hematócrito adequado e controle de hemorragias (CUIDADOS COM A FAMÍLIA, 1995).

Em situações emergenciais, esse departamento utiliza um amplo banco de dados com artigos sobre alternativas para os hemoderivados e presta serviço internacional às comissões, aos médicos, hospitais e assistentes sociais, para que os pacientes Testemunhas de Jeová recebam tratamento sem sangue (CUIDADOS COM A FAMÍLIA, 1995).

A atuação da COLIH pôde ser observada em um caso registrado pela MS TV 1ª edição – Campo Grande (MT), veiculado em 22/10/2011. Trata-se da divulgação de procedimento médico, por meio do uso de um aparelho que funciona como um filtro do sangue, como alternativa para cirurgias em que se faz necessária a transfusão de sangue. Uma paciente de 55 anos que sofrera um acidente vascular cerebral (AVC) fora operada e recebera o próprio sangue. No depoimento cedido pelo advogado Fábio Coutinho Vasco, filho da paciente, destacou que além das Testemunhas de Jeová não aceitarem o sangue de outra pessoa por

interpretação bíblica e motivação religiosa (fé), existe também a questão científica. Disse acreditar que a transfusão de sangue possa trazer algum malefício posterior.

Estudos mostram que o excesso de transfusões aumenta o risco de infecções por bactérias e vírus e são esperados três casos de reações indesejadas a cada mil transfusões realizadas. Uma pesquisa desenvolvida com 512 pacientes do Instituto do Coração em São Paulo comparou pacientes graves que receberam sangue e pacientes que não passaram pelo procedimento. O resultado mostrou que a transfusão aumentou em 20% a taxa de mortalidade e de complicações a cada bolsa de sangue recebida, dados também veiculados na referida matéria (MS TV, 2011).

A cirurgia foi realizada com sucesso sem a transfusão de sangue e Fabio Coutinho Vasco comemorou o resultado. O procedimento somente foi possível em virtude da utilização da máquina que funciona como filtro: o sangue é aspirado do paciente e é processado para retirar as suas impurezas, comuns em qualquer cirurgia. Depois desse procedimento, o sangue volta para o paciente. A biomédica Paula Cristina Frutuoso acrescentou informações acerca do procedimento técnico empreendido:

*Eu vou centrifugar esse sangue, separar o sangue por diferenças de peso molecular, ficando somente com o concentrado de hemácias, que é a célula de maior interesse, a célula que vai levar o oxigênio para todo o organismo. Vou lavar esse concentrado de hemácias e em seguida devolver para o paciente. Então eu tenho um sangue fresco e imediato ali no centro-cirúrgico (MS TV, 2011).*

Essa técnica descrita acima foi utilizada pela primeira vez na cirurgia dessa dona de casa, comandada pelo neurocirurgião Dr. Elias Paulo Fernandes, que a reconhece para procedimentos que requerem uma reposição pequena de sangue, mas salientou também a reposição de grande volume, o que requer procedimentos adicionais e específicos para cada caso. Ele ainda acrescenta que “ou se vai para uma cirurgia com um volume de bolsas já em estoque ou você tem que ter na cirurgia uma máquina dessas, para repor o volume sanguíneo”.

A viabilização dessa máquina, segundo o MS TV (2011), foi iniciativa da COLIH. Jorge Caldas Feitosa Filho, presidente da COLIH no Mato Grosso do Sul, declara em sua entrevista nesse programa:

*Nós pesquisamos assuntos relacionados a técnicas de conservação e gerenciamento do sangue. A gente não fala da Bíblia com os médicos, nós falamos de assuntos científicos, levamos literatura médica pra eles, do que há de melhor hoje no avanço da Medicina em cirurgia sem sangue (MS TV, 2011).*

Apesar de o procedimento relatado na matéria veiculada pelo MS TV (2011) ter sido intermediado por membros de uma religião, a máquina pode ser utilizada por qualquer pessoa, independentemente de sua crença. Como o Sistema Único de Saúde (SUS) não cobre o gasto com o procedimento, o paciente que optar por essa forma, sendo ele Testemunha de Jeová ou não, tem que custear o “kit de equipamento”, o equivalente a duas bolsas de sangue, em torno de R\$ 1.500,00<sup>34</sup>. Essa forma alternativa ajuda a evitar uma possível rejeição ao tratamento pelo paciente, conforme estudo já apontado acima. Fernandes (MS TV, 2011) ainda acrescenta:

*Existe uma possibilidade de reação cruzada, onde o organismo receptor não aceita a doação, então nos sangues raros, onde você tem uma tipagem rara ou não está disponível, a máquina por ser o sangue do próprio paciente, ela possibilita a recuperação do sangue sem nenhuma dessas possíveis complicações. É uma grande opção para as situações onde você não pode fazer a hemotransfusão, quero dizer, a reposição de sangue de outra pessoa.*

Casos como esses apontam a necessidade de um olhar crítico e de reflexões sobre a relação existente entre as partes envolvidas (médico e paciente) e os possíveis conflitos que possam surgir. Visando amenizar conflitos, a COLIH sugere Protocolos para o Tratamento das Testemunhas de Jeová:

RESTRINJA-SE a tratamentos médicos alternativos sem sangue, e trate o paciente sem usar sangue alogênio;

CONSULTE outros médicos, no hospital, com experiência em procedimentos sem sangue, e trate sem usar sangue alogênio;

TRANSFIRA o paciente, se necessário, para outro médico ou hospital cooperador ANTES que piore o quadro clínico do paciente;

EM RARAS SITUAÇÕES, pode acontecer que depois de se seguir sem sucesso todos os passos acima descritos, ache-se necessário recorrer às autoridades. Nesses casos, o paciente, os pais ou o tutor devem ser notificados dessa intenção o mais breve possível (REDE DE COMISSÕES, 1999, p. 4 – grifo nosso).

---

<sup>34</sup> A Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, garante no Art. 2º que “Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde § 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade. § 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

Fica claro que tanto a equipe médica quanto os pacientes Testemunhas de Jeová estão interessados, em comum acordo, a evitar conflitos em função de divergências acerca dos tratamentos prescritos.

O Globo Repórter, em 2004, apresentou uma matéria sobre o impacto na Medicina em relação ao tratamento exigido pelas Testemunhas de Jeová. O repórter que apresenta a matéria afirma que pretendiam mostrar no programa o caso das Testemunhas de Jeová que não aceitam a transfusão de sangue como um exemplo de fé que atrapalha o tratamento de saúde. Descobriram que tanto nos EUA como no Brasil, muitos médicos têm uma visão diferente, aceitando os limites impostos pela religião e buscando técnicas alternativas para evitar transfusões.

A reportagem apresenta o caso da pequena Gabriela que nasceu com um sério problema no coração, sendo necessárias duas cirurgias, uma delas antes de completar um ano de idade. O fato de a mãe Ruth de Camargo ser Testemunha de Jeová dificultava a situação clínica de sua filha, ao que o repórter indagou se ela não ficara em dúvida em mudar de opinião quando o primeiro médico disse que somente faria a cirurgia com sangue. A mãe comentou: “Não. De jeito nenhum. Eu tinha certeza que eu encontraria uma equipe disposta a operar a Gabriela. Eu tinha certeza”.

Seguiu-se a apresentação do Doutor Valter Gomes, professor da Universidade Federal de São Paulo, que utiliza outras técnicas que possibilitam cirurgias delicadas sem transfusão, e que começou a utilizá-las a pedido dos religiosos. Ele afirmou:

O tratamento dos pacientes Testemunhas de Jeová ajudou a beneficiar outros pacientes, porque com essas experiências estamos evitando a transfusão sanguínea em outros pacientes e conseqüentemente minimizando riscos (GLOBO REPÓRTER, 2004).

Nessa matéria apresentou-se a técnica utilizada com o uso de bisturi elétrico que cauteriza ao mesmo tempo em que corta, evitando sangramentos desnecessários. Confirmou os protocolos sugeridos pela COLIH, ao apontar a segunda técnica utilizada: o uso de um hormônio que estimula a produção de glóbulos vermelhos dado ao paciente antes da cirurgia como forma de combater a anemia. Doutor Valter Gomes acrescentou: “Mesmo em caso de perda de sangue, o paciente vai para a cirurgia preparado para isso. O paciente vai para a cirurgia com uma quantidade maior de sangue fabricado por ele mesmo” (GLOBO REPÓRTER, 2004).

Seguindo a mesma linha, a Doutora Luciana da Fonseca, cirurgiã cardíaca, comandou a cirurgia da pequena Gabriela, que utilizou uma máquina que permite reaproveitar o sangue do próprio paciente, um recurso a mais à disposição das Testemunhas de Jeová. A matéria revelou que quando se encontra o equilíbrio entre Medicina e fé quem ganha é o paciente. A Doutora Fonseca se posiciona ao dizer: “É uma satisfação muito grande, porque na verdade eu cumpri o meu objetivo que foi agradar e respeitar os direitos do paciente” (GLOBO REPÓRTER, 2004).

A presente pesquisa restringe-se ao campo das teorias e discussões pertinentes à relação médico-paciente. A COLIH revela-se um importante instrumento ao estimular que a equipe médica conheça e respeite o paciente, bem como ao instruir as Testemunhas de Jeová a respeitarem a postura da equipe médica. Quando todos os envolvidos estão dispostos a conhecer as necessidades, habilidades e dificuldades individuais uns dos outros, com um olhar livre de valores pessoais e “pré-conceitos”, a relação dar-receber-retribuir flui por intermédio dos relacionamentos que podem surgir, pois:

A menos que ‘nos tornemos a mudança que desejamos ver acontecer no mundo’ (como diria meu avô), nenhuma mudança jamais acontecerá. [...] Se mudarmos a nós mesmos, poderemos mudar o mundo. Essa mudança começará por nossa linguagem e nossos métodos de comunicação (GANDHI apud ROSENBER, 2003, p.1)

A COLIH se dispõe diariamente a conversar com os que estão dispostos a conhecer as Testemunhas de Jeová, bem como os tratamentos a elas dispensados por meio de visitas aos consultórios, a médicos indicados por pacientes, participação em seminários e congressos científicos da área, bem como pela colaboração nos trabalhos científicos.

## **CAPÍTULO 2 – HUMANIZAÇÃO NOS TRATAMENTOS DENTRO DOS HOSPITAIS**

Uma ética que nos obrigue somente a preocupar-nos com os homens e a sociedade, não pode ter essa significação. Somente aquela que é universal e nos obriga a cuidar de todos os seres humanos nos põe de verdade em contato com o Universo e a vontade nele manifestada.

Albert Schweitzer

O presente capítulo tem por finalidade retratar na linha do tempo o ambiente onde as relações médico-paciente comumente ocorrem, os hospitais. De caráter bibliográfico, os autores ressaltam a origem dos hospitais e sua principal função dentro de sua temporalidade; caracterizar os tratamentos de saúde bem como sua finalidade; como os pacientes, denominados doentes, eram vistos pelos médicos dentro dos ambientes hospitalares ao que se ressalta a linguagem médica utilizada e a autonomia dos envolvidos.

Outro fator importante delineador desse capítulo é a transfusão de sangue como fator implicador da modalidade de relação existente entre as Testemunhas de Jeová e seus respectivos médicos. Para tanto, a pesquisa bibliográfica acerca da transfusão de sangue e a constituição dos bancos de sangue foi de grande importância para se entender a visão controversa que existe sobre tal terapêutica. Cidadãos munidos de direitos e deveres estabelecem situações conflituosas na relação médico-paciente, quando o direito ao tratamento de saúde sem sangue é ameaçado, relação que passou a ser discutida e questionada desde que a prescrição do sangue passou a estar presente no dia a dia da Medicina.

### **2.1 A medicalização da sociedade**

A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social. Portanto, tratar o fenômeno saúde-doença unicamente com os instrumentos anatomo-fisiológicos da medicina ou apenas com as medidas quantitativas de a epidemiologia clássica constitui uma miopia frente ao social e uma falha no recorte da realidade a ser estudada.

Maria Cecília de Souza Minayo

O sangue na sociedade moderna é tido pela academia de Medicina como um tratamento terapêutico válido e eficaz, sendo amplamente difundido e propagado nas faculdades de Medicina, uma vez que é considerado um progresso médico.

Outro fator delineador é o fato de a morte ter deixado de ser encarada como um fato natural, do qual todos os seres humanos estão propensos, para ser encarada como fracasso profissional conforme salienta Ariès (1977). A partir do momento em que a causa da morte é verificada e identificada, ocorre a vulnerabilidade profissional que justifica todos os meios possíveis utilizados para evitá-la. O sangue amplamente difundido como um meio certo de cura, visto que por experimentação científica baseada em evidências demonstra resultados físicos positivos, passa a ser utilizado como uma das formas a se evitar a morte, independentemente da vontade do paciente. Surgem então questões referentes ao direito do paciente e a dignidade da pessoa humana em recusar tratamentos que sua consciência não permite aceitar, seja ela por qualquer convicção pessoal e individual.

A sociedade sofre um processo, chamado por Antunes (1998), de “medicalização da sociedade”. O referido autor discorre sua pesquisa sobre o pensamento médico no Brasil no período compreendido entre 1870-1930 em busca de definições a tal expressão mencionada. Um ponto alto de sua pesquisa, que reflete o conflito estudado nessa pesquisa é o que afirma ao dizer: “A sociedade modela a Medicina e não vice-versa, ainda que se reconheça a interferência mútua das influências recíprocas” (ANTUNES, 1985, p. 275). Portanto, faz-se necessária uma profunda reflexão científica, ou seja, verificações teóricas mediante confirmação empírica sobre três itens preponderantes: a transfusão de sangue vista como progresso médico; a morte vista como fracasso profissional; a sociedade vista como molde para necessidades atuais.

Seguindo a corrente de pensamento francês, da qual também será evocado o conceito de hospitalidade, autores como Le Goff (1985) e Guillaume (2011) foram selecionados para tratar dos hospitais desde a Idade Média, passando pelos séculos XVIII e XIX na França. Ambos expõem os significados dos hospitais em suas respectivas épocas pesquisadas, nas sociedades selecionadas, demonstram suas funções, finalidades, funcionalidade dos profissionais que nele atuavam e suas relações diretas e indiretas com os doentes.

Por intermédio de consultas aos estatutos e regulamentos dos estabelecimentos e, sobretudo, minuciosa averiguação em suas contabilidades, foi possível que Le Goff (1985, p. 205) conhecesse o cotidiano de um estabelecimento hospitalar que o levou a definir o

hospital medieval<sup>35</sup> como uma “simples casa de acolhimento, um espaço para morrer, ou um verdadeiro estabelecimento de cuidados, representando na cidade, um papel sanitário e profilático”.

A sociedade existente em tal época não tinha os hospitais como um lugar para tratamento e cura de suas doenças. Essa função somente vai existir a partir do início do século XX, quando, segundo Guillaume (2011), é promulgada na França a lei de 21 de dezembro de 1941, na qual os hospitais não mais têm suas portas abertas somente para indigentes, beneficiando assim toda a população. Desse momento em diante o hospital passa a ser o espaço idealizado para tratamento de complexos problemas de saúde para todos os que necessitem de tal atenção, principalmente a partir das regulamentações de 1958, realizando-se exames sofisticados.

Tais mudanças foram influenciadas pelo professor Robert Anselme Debré (1882-1978)<sup>36</sup>, de origem judia, que ao integrar o *Comité Interministériel pour La reforme des études médicales* (1954-1958) criou os *Centres hospitaliers universitaires*, os CHU's e tornou-se membro de *l'Académie des Sciences* (1961). Vários foram os estudos publicados pelo referido médico que demonstram, segundo sua autobiografia *L'honneur de vivre* (1974), uma vida dedicada a servir o país tanto quanto o doente.<sup>37</sup> Debré e sua obra são citados nessa pesquisa pelo fato de ter dedicado sua vida tanto à Medicina quanto à defesa do pensamento e à linguagem da ciência. Esses dois quesitos se fizeram ferramentas importantes para analisar a postura da comunidade médica diante dos pacientes. Mais tarde seu filho Michel Debré teve como responsabilidade a organização do ensino da Medicina na França, seguindo os princípios estabelecidos por seu pai.

Le Goff (1985) aponta que já na Idade Média, as mulheres desempenhavam papel essencial dentro dos hospitais. Tratava-se, sobretudo, de “irmãs hospitaleiras”, encarregadas

---

<sup>35</sup> Cada grande centro urbano conta, pelo menos, com um hospital, geralmente gerido pelo cabido cônico nas cidades diocesanas, e um número mais ou menos importante de pequenos hospitais confiados a comunidades religiosas.

Os termos para designar estes estabelecimentos são em latim *hospitale* ou *domus Dei*, e os termos aparecem empregados conjuntamente, sem grande distinção, muitas vezes ligados pela conjunção *seu* ou *sive*. Em francês existe *hotel-Dieu*, *Maison-Dieu*, *hôpital* ou *hospice*, e também nestes casos os termos parecem equivalentes. Contudo, *hôtel-Dieu* ou *Maison-Dieu* possuem um sentido mais geral, sendo os termos *hospice* ou *hôpital* destinados a estabelecimentos com características específicas (hospício de Gante, hospital Condessa de Lille, hospital do Espírito Santo de Paris). [Em português a distinção entre *hospício* e *hospital* é idêntica à francesa (N.do T.)]” (SAUNIER, 1985, p. 205).

<sup>36</sup> <http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/RobDebre.html>

<sup>37</sup> A autobiografia foi retirada de seus relatórios publicados secretamente em 1945 acerca da criação e organização de um Ministério da População na França, bem como de uma proposta de organização da profissão médica e da reforma de ensino da Medicina.

de dar assistência aos doentes, tanto moral quanto nos tratamentos diários, alimentação ou companhia. Tais jovens começavam a atuar bem cedo, por volta dos dezessete ou dezoito anos, recebendo no próprio hospital uma formação empírica por meio do contato com os doentes e com as irmãs hospitaleiras mais “antigas”. O que se ressalta dessas profissionais é a vocação de assistência denotada pela dura e até perigosa vida que levavam, em virtude da sujeira, promiscuidade e exposição às doenças contagiosas. Exercer tal trabalho não lhes oferecia vantagens sociais ou econômicas, senão a segurança de uma comunidade onde poderiam viver até a morte. Seu trabalho era encarado como um serviço a Deus, sendo ele demonstrado “pelo amor ao doente, pela humildade, caridade e pela pobreza” (SAUNIER, 1985, p. 207).

Segundo Guillaume (2011), eram as religiosas que distribuían os alimentos, roupas e remédios. Uma de suas maiores preocupações era a de fazer com que os doentes estivessem em dia com a igreja, fossem católicos ou não, fator que resultava em conflitos com o pastor ou rabino, ou seja, a minoria religiosa. Visto não possuírem qualquer formação médica, sua função inadequada fica evidente após a publicação do livro de Florence Nigthingale, que resultará no surgimento do modelo da enfermeira moderna, uma auxiliar qualificada para o médico.

Tais religiosas que exerciam funções de enfermeiras e auxiliares eram administradas pelos então conhecidos mestres e guias, ou seja, médicos, cirurgiões e parteiros<sup>38</sup> contratados pelos estabelecimentos hospitalares. A regra do hospital de São João de Jerusalém, promulgada por Roger de Molins em 15 de março de 1181, previa que:

[...] para os doentes do hospital de Jerusalém, sejam alugados<sup>39</sup> quatro médicos [sábios] que possam conhecer a qualidade das urinas e a diversidade

---

<sup>38</sup> “É no final do Século XIII que se institucionaliza a pouco e pouco, no seguimento de uma lenta evolução, a dissociação da arte de curar em dois ramos: a medicina e a cirurgia. O médico é um letrado e um sábio que vai buscar a sua ciência aos livros mais que a observação do doente. Quanto ao cirurgião, é um prático, que por prescrição do médico, faz sangrias, procede à incisão dos abscessos, faz pensos em feridas, reduz fraturas. A profissão de médico tem a ver com as “artes liberais”; a profissão de cirurgião, com as “artes mecânicas”, e os seus representantes são os artesãos, que na maior parte das cidades estão agrupados em comunidades profissionais onde se encontram colocados ao lado dos barbeiros” (LEBRUN, 1985, p.299).

<sup>39</sup> “Alugados, quer dizer, contratados e pagos, nem sempre esses médicos recebiam os seus honorários do hospital. Geralmente, quando surgem junto de um estabelecimento hospitalar, é de maneira bastante irregular e para intervenções relativas a mais ao pessoal do que aos doentes. A sua retribuição é então efetuada pelo ato, o que traduz um serviço excepcional e não quotidiano, como o cuidado de doentes parece exigir. Além do sistema de médicos do próprio hospital, existem dois outros modos de recrutamento, portanto de retribuição: os médicos contratados pela autoridade política, recrutado por recursos, e os médicos religiosos, que dependem da Igreja” (SAUNIER, 1985, p.207).

das doenças e possam também administrar os remédios da medicina (SAUNIER, 1985, p. 207).

Por meio da regra supracitada é possível afirmar que a prática médica era realizada mediante pagamento. Le Goff (1985) demonstra que no Hospital de Paris, entre 1221 e 1511, foi possível inventariar apenas vinte e seis práticos (três barbeiros, cinco médicos e dezoito cirurgiões), ao passo que de 1467 a 1500, verifica-se uma presença contínua de onze médicos e nove cirurgiões no hospital (SAUNIER, 1985).

A medicina medieval apoiava-se nos trabalhos dos grandes autores e sábios de língua árabe, inspirando-se igualmente em trabalhos mais recentes das escolas de Salerno e Montpellier, segundo Saunier (1985)<sup>40</sup>.

Na Idade Média o tipo de tratamento variava de acordo com as necessidades dos doentes, com diferenciação entre o proposto e o requerido pelos cidadãos de diferentes níveis sociais e econômicos, expresso da seguinte forma:

[...] se os ricos e os poderosos, de compleição frágil, exigem tratamentos lentos, frequentemente onerosos por causa dos produtos utilizados, os pobres, incapazes de assumir uma longa imobilização, exigem uma hospitalização breve e [...] esperam uma rápida melhoria do seu estado. Um desafio difícil de manter, porque é recomendado administrar-lhes produtos pouco dispendiosos (SAUNIER, 1985, p. 210).

Dado que os tratamentos eram onerosos, o doente hospitalizado, muitas vezes, não conseguia manter sua condição socioeconômica anterior. Os tratamentos médicos e cirúrgicos então propostos visavam à pronta recuperação do doente, identificando-se nesse momento a prática destacada por Saunier (1985), como médico hospitalar. Tal prática estabelecia uma relação entre saúde e doença a partir do momento em que era possível identificar as doenças.

O Livro da Vida Activa do Hospital de Paris, escrito por volta de 1483 pelo mestre Jean Henry, cônego de Notre-Dame, fala sobre o papel do médico do corpo. Em seu texto, ele apresenta um guia dos deveres médicos. Este deve:

[...] diligentemente conhecer e considerar as condições do doente em cinco matérias; é também necessário conhecer a duração da doença, a sua gravidade, a sua causa, o seu grau de adiantamento. Depois, tendo estabelecido o seu diagnóstico, o médico doseará a sua intervenção em função do caráter da doença e do estado do paciente, e utilizará prioritariamente, salvo absoluta necessidade, remédios ligeiros, agradáveis

---

<sup>40</sup> “A escola de Salerno, Itália, séculos XI-XII, é uma escola internacional, com grande reputação na Europa. A Faculdade de Montpellier foi fundada em 1230 (antes da Faculdade de Medicina de Paris). Rapidamente se transformara na rival da Escola de Salerno e a primeira escola médica da Europa” (SAUNIER, 1985, p. 209).

ao gosto, de que tomará uma pequena quantidade diante do paciente para que ele fique confiante (LE GOFF, 1985, p. 210).

A postura do médico que toma uma pequena quantidade do medicamento de gosto agradável na frente do paciente, para que este fique confiante, pode ser considerada como um aspecto da humanização da saúde, quando se pensa no doente como um indivíduo, visto que se trata de uma época em que o doente não era informado das regras dos hospitais, senão apenas informações básicas sobre as refeições servidas. A aproximação do médico ao paciente pode ser vista como um ato de desprendimento da forma técnica e mecânica apresentada até o momento. A referenciada obra acima ainda acrescenta:

Assim para o corpo. Resta a alma, pelo menos tão importante e que tem o seu próprio médico: o padre<sup>41</sup>, sempre presente. Para abreviar: a doença, acidente ou anormalidade na vida de homem é a consequência de um desregulamento do corpo [...] ou da alma? Não ha manutenção ou recuperação da saúde sem equilíbrio espiritual, tanto como material (SAUNIER, 1985, p. 211).

É digno de nota, já na Idade Média, a preocupação com o equilíbrio espiritual do doente, resultando em sua rápida recuperação. Fica claro que a personalização da relação entre o sábio e o doente apresenta resultados satisfatórios não somente do ponto de vista espiritual, mas também físico e material.

A preocupação com o lado espiritual também foi descrita no tratamento do ergotismo gangrenoso, também conhecido como fogo, fogo sagrado ou ainda “mal de Santo Antônio”. Tanto em sua forma necrosante quanto na convulsiva, esse envenenamento por ingestão do fungo do centeio podia ser curado, acreditava-se, graças à intervenção de Santo Antônio. O tratamento consistia na ingestão pelo doente de *saint-vinage*, maceração de vinho e o uso de relíquias do Santo para lavar os ferimentos. O tratamento previa uma melhor alimentação e curativos ou, às vezes, a ablação<sup>42</sup> de um membro atingido pela gangrena. Foi observado que no espírito dos doentes e dos que os tratavam, a intervenção do santo era um fator determinantemente (LE GOFF, 1985). A questão relevante desse tratamento é que inicialmente tinha aspecto religioso ou espiritual, assumindo na sequência preciso aspecto material. O relato diz:

---

<sup>41</sup> “No plano espiritual, é conveniente colocar a alma em harmonia com Deus e obter assim a remissão dos pecados, apanágio de uma paz interior apta a facilitar o restabelecimento. Não é cura pela fé (quer dizer por intervenção miraculosa de um santo, das suas relíquias, ou do próprio Deus), mas não se exige nada mais nada menos, antes de qualquer admissão, do que a confissão e a comunhão” (SAUNIER, 1985, p. 211).

<sup>42</sup> Amputação.

A higiene corporal, a preocupação com uma alimentação sã e adaptada às necessidades e aos desejos do doente contribuem fortemente para o progresso no sentido da saúde (LE GOFF, 1985, p. 212).

O conjunto de motivações – nos planos espiritual e físico – no tratamento de saúde encontram-se presentes nos hospitais desde então, como fator importante para a recuperação dos doentes.

Aos poucos se fizeram também necessários os estabelecimentos de cuidados ao povo dos campos, tanto quanto os das cidades. Cada vez mais estabelecimentos especializados, a partir da necessidade de atender uma maior quantidade de pessoas que pudessem pagar para isso, foram criados. Reestruturaram-se hospitais para atender a essa demanda, segregando-se os doentes. Segundo Le Goff (1985, p. 219), os tratamentos eram disponibilizados em ambientes separados para aqueles cujas condições econômicas permitiam usufruir:

[...] isolam os doentes dos não doentes e porque os cuidados dispensados asseguram, a partir de então, a cura a uma parte dos interessados. Cura ou saúde que as pessoas afortunadas podem obter ou assegurar fazendo apelo ao seu médico, mas que os desprotegidos privados de teto, de família e de recursos só podem esperar da caridade pública. Uma caridade pública que, na Idade Média, encarnava nas instituições hospitalares.

Destaca-se que os hospitais na Idade Média tinham por função, além de cuidar dos doentes nos espaços destinados à morte, a função social de privar a sociedade sã dos excluídos, por conta de sua condição física ou psíquica. Os hospitais e hospícios eram constituídos com a premissa de socializar ou de ressocializar, da mesma forma que os asilos de alienados, reorganizados nos termos da lei de 1838 pelo método do tratamento moral da loucura, deviam levar os “loucos” à compreensão e ao respeito das regras morais estipuladas pela Sociedade de então (MOREL; QUÉTEL apud LE GOFF, 1985).

## **2.2 O Hospital como lugar de hospitalidade**

“Há mais felicidade em dar do que há em receber”.

Atos (20:35)

Já no século XIX, hospitais e hospícios são considerados na França como lugares de hospitalidade, visto que constituem refúgios destinados aos indigentes, portanto, aos menos favorecidos, conforme observa Guillaume (2011). Tal autor se apropria do conceito de hospitalidade dada por Littré em 1878, que posteriormente foi retomada pelo Larrousse

Universal em 1922 (apud MONTANDON, 2011, p 583), que diz: “Liberalidade que se exerce ao alojar gratuitamente os estrangeiros”.

Esses estabelecimentos tidos como lugares de hospitalidade tinham, segundo Guillaume (2011), a função de recolhimento dos “indesejáveis sociais”, partindo do princípio que toda a sociedade deveria estar protegida desses. A sociedade da época se via como física e moralmente sã, como apontou Foucault em sua tese intitulada “História da loucura da Idade Clássica”.

Reportando-se às definições de hospitalidade, Baptista (2002, p. 157) a define como:

[...] um modo privilegiado de encontro interpessoal marcado pela atitude de acolhimento em relação ao outro, sublinhando a importância da dimensão ética desse encontro, na linha do que é advogado por Emmanuel Levinas.

Na obra de referência do também filósofo Levinas (apud BAPTISTA, 2002, p. 157), *Totalidade e Infinito*, a hospitalidade surge como:

[...] um dos traços fundamentais da subjetividade humana na medida em que representa a disponibilidade da consciência para acolher a realidade do fora de si.

Baptista (2002, p.157) prossegue dizendo que “na presença de outro ser humano, estamos face a um outro mundo interior, povoado de segredos, de memórias, de temores e de sonhos.” Cada indivíduo detém segredos que não podem ser identificados por outros, principalmente em se tratando de seres constituídos de formas religiosas, sociais, econômicas ou espirituais distintas. Indica que se deve tentar uma relação de aproximação com esse mistério, procurando criar “lugares de comunicação, de contato e de proximidade” (BAPTISTA, 2002, p.157). Segundo suas observações, somente é possível uma relação de proximidade a partir do momento em que se “abraça verdadeiramente a aventura da descoberta, da realização e de superação de nós mesmos” (BAPTISTA, 2002, p. 157). Como sugere Baptista (2002), a hospitalidade apresenta-se como experiência fundamental, devendo como tal ser potencializada em todas as suas modalidades e contextos de vida.

Até a reforma de 1941, a entrada nos hospitais franceses era restrita aos indigentes de acordo com as leis dos anos de 1796 e posteriormente de 1851. Nesse período, homens e mulheres eram separados entre febris e feridos, apenas a partir do século XIX a prática da sangria intensiva deixou de ser comumente prescrita como forma de tratamento, independentemente do problema de saúde, segundo Guillaume (2011).

Lebigre (1985, p. 289), uma das organizadoras da obra *As Doenças têm história*, retrata o momento do “sangrar e do purgar”, por meio da descrição da peça *O doente imaginário*:

O momento é solene. Os enfermeiros entram primeiro, antes dos boticários, que avançam dois a dois, carregados com os seus almofarizes. Seguem-se os cirurgiões e, fechando a marcha, os médicos. O paciente toma lugar numa cadeira. Diante dele, noutra cadeira— mais pequena, como deve ser, o candidato a entronização: Argan, o doente imaginário, vai ser aprovado como doutor em Medicina.

Mas, primeiro, é necessário que dê provas do seu saber. Um de cada vez, os seus futuros colegas interrogam-no em latim. Como tratar a hidropisia? Argan não hesita: *Clysterium donare, postea saignare, ensuita purgare. – Bene, bene, bene responderere!* E uma afecção pulmonar, ou asmática? *Clysterium donare, postea saignare, ensuita purgare.* Um caso prático, agora: um doente sofre de uma forte febre, com tendência para aumentar, tem violentas dores de cabeça, dores intensas nas costas, com grande dificuldade em respirar. Que fazer? O candidato reflete um segundo, depois: *Clysterium donare, postea saignare, ensuita purgare. – E se o mal persiste? Triunfante, Argan clama: Clysterium donare, postea saignare, ensuita purgare. Resaignare, repurgare et reclystisare!* Aplausos e coro dos médicos: *Dignus est intrare in nostro docto corpore.* Argan é digno de entrar na prestigiosa comunidade dos doutores em Medicina.<sup>43</sup>

O relato acima, ainda que integrante de uma peça teatral, retrata um tempo em que a Medicina não servia de grande ajuda, por ser limitada, visto que somente começa a fazer progressos a partir de 1880, sob os efeitos da revolução pasteuriana, segundo Lebrun (1985). Ainda que em latim, os dizeres deixam claro que os mesmos métodos eram aplicados a todos os pacientes, independentemente do problema de saúde que tinham. Na época de Molière, e muito tempo ainda depois dele, Lebigre (1985) aponta que ninguém escapava do bisturi do cirurgião. O mesmo tratamento era então aplicado desde o recém-nascido ao mais velho, pois acreditavam que o mal estava presente no sangue e o fato de “sangrar e purgar” libertariam o doente dos seus humores malignos.

A forma como os doentes eram tratados nos hospitais traz luz para essa pesquisa sobre a posição inferior a qual estavam submetidos, em relação aos médicos e estudiosos. Guillaume (2011) afirma que os cirurgiões se tornavam cada vez mais hábeis no que diz respeito às amputações de membros. O autor aponta que os doentes não tinham escolha e os que não eram acometidos por infecções, responsável pela morte de cerca de 50% dos

---

<sup>43</sup> Contexto da obra *Le Malade Imaginaire*, de Molière.

operados, sofriam no pós-cirúrgico, visto que a anestesia somente passou a ser experimentada em 1847 e a antissepsia e a assepsia depois de 1870.

Os hospitais se tornam, então, espaços para a morte ou uma etapa antes dela, pois não são capazes de curar seus doentes, bem como local onde sobrevivem os miseráveis ali admitidos. Nesses estabelecimentos a comida é farta, com exceção a que era destinada aos idosos e incuráveis, cuja morte se aproximava. Todos são alojados em grandes salas comuns, cujas dimensões são dadas em 1788, por Tenon, em sua grande investigação sobre os hospitais do reino, segundo Guillaume (2011). A quantidade de ar atribuído a cada doente é verificada, mas as correntes de ar frio nas salas passam despercebidas, o que ocasiona a morte por frio, visto que o aquecimento da sala ocorre apenas nos anos 1850, depois do aparecimento de salamandras (aquecedores) acrescentadas às lareiras.

Outro fator que transparece é o que caracteriza a degradante situação dos doentes dentro desses estabelecimentos hospitalares franceses, dada à acumulação de pessoas nas salas comuns, amontoadas em leitos muitas vezes espalhados pelos corredores, mesmo em casos de crise ou de epidemia. Dois ou três doentes, por vezes, dividiam o mesmo leito ou, no melhor dos casos, colchonetes eram colocados entre os leitos. Tais práticas somente deixaram de existir com a abertura do novo hospital em Bordeaux, em 1829.

Guillaume (2011) aponta ainda que tudo era feito nas salas comuns. Cuidados ou curativos de ferimentos, que exalavam fortes odores, eram realizados no mesmo local onde eram servidas as refeições, local também destinado para cirurgias, realizadas aos olhos de todos. Nos hospitais da Assistência Pública de Paris, a individualização da sala de operação, mesmo nos estabelecimentos mais recentes, só se tornou comum na segunda metade do século XIX.

Buscar refúgio nos hospitais era, portanto, um atestado de incapacidade social e não uma busca de tratamentos de saúde, retratado pela exposição acima, que evidencia sua péssima reputação. Faure e Guillaume (2000 apud Guillaume, 2011, p. 584) salientam:

Buscar refúgio no hospital ou no hospício era confessar o fracasso de uma vida, confessar que não se tinha conseguido obter os meios para conservar um lar, que não se tinha conseguido salvaguardar os vínculos familiares, únicos capazes de assegurar uma velhice e um fim dignos. Aceitar a reclusão era pois admitir sua decadência social. E, no entanto, as pessoas se apinhavam às portas, o que obrigava as comissões dos hospícios e autoridade de tutela a impor condições de acesso muito restritivas, o que fazia idosos e incuráveis esperar durante meses e até anos, em Lyon como em Bordeaux, o que esvazia tão depressa quanto possível os hospícios de crianças abandonadas, despachadas para a zona rural, frequentemente nas piores condições, para dar lugar aos recém-chegados que a famosa roda dos

expostos despejava sem parar. No entanto, era frequentemente também muito difícil devolver à rua os indigentes que tinham escapado dela por um tempo.

Outro fator relevante, que acrescenta Guillaume (2011, p.585) sobre hospitais na França, é que tão já os indivíduos adentrassem à porta do hospital, perdiam sua identidade, visto que eram “despojados de seus trapos, lavados, despiolhados e revestidos com um uniforme”. A partir desse momento são encarados como objetos de pesquisa, condição primária para sua admissão, disponíveis aos professores de Medicina, que faziam suas “clínicas” no hospital, ao que Guillaume (2011, p. 586) conclui serem ‘desapossados de seu próprio corpo’.

Nesse preciso momento, observa-se a diferença existente entre o doente e o médico em um espaço considerado como parte obrigatória da formação dos médicos e da pesquisa. Os ali internados são em sua grande maioria analfabetos, desprovidos de qualquer condição que lhes dê voz em relação a sua vontade e dignidade como seres humanos perante os médicos, que se encontram numa posição de superioridade, em virtude de sua erudição. O doente, nessa relação, somente pode se submeter ao que lhe é imposto, tanto pelos médicos como por seus estudantes, sem sequer tentar entender a conversa entre os instruídos, ao lado de seus leitos, segundo Guillaume (2011).

Não se fala até aquele momento em humanização do tratamento. Uma vez que o hospital é lugar de formação dos futuros médicos, como já exposto, o doente se torna ali um caso, considerado como mais ou menos interessante. Essa falta de personalização ainda que muito antiga é percebida nos dias atuais, quando em hospitais-escolas presentes na cidade de São Paulo, professores e alunos conversam ao lado do leito do paciente, sem que haja interatividade entre eles. Por meio do emprego dos “jargões técnicos”, cria-se um distanciamento entre pacientes e médicos. Tal uso faz com que o paciente, muitas vezes, não compreenda do que e como está sendo tratado.

O latim era usualmente utilizado na linguagem médica, como retratado anteriormente na obra de Molière. Burke e Porter (1993, p.41) recorrem à teoria sociolinguística para estabelecer a distinção não só entre as diferentes partes da Europa e os diferentes tipos de latim (clássico e não clássico, falado e escrito), mas também entre diferentes tipos de usuário (clerical e laico, homem e mulher, e assim por diante), definindo o latim como uma, dentre as línguas autoritárias existentes.

Pensando ainda na postura dos médicos, sobretudo na maneira de comunicar-se com os pacientes, Soares e Camargo Júnior (2007, p. 76) verificam que o médico passa a ser um

dos viabilizadores do tratamento de saúde, quando se posiciona a favor da democratização da informação. Os referidos autores abordam a temática da autonomia no processo terapêutico como valor para a saúde. Na presente pesquisa revela-se importante o:

[...] fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais; o reconhecimento de que as medicinas e as tecnologias médicas, assim como os médicos e demais profissionais envolvidos são apenas meio no processo terapêutico e a democratização das relações e dos saberes da saúde (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007, p. 76).

Os aspectos evidenciados demonstram que os hospitais até o século XIX inviabilizam direitos aos doentes pobres e falar de hospitalidade seria utopia. Dentro do contexto de que o anfitrião que recebe permanece o dono da casa e mede com seus critérios pessoais sua própria generosidade e sua tolerância para com o outro, do qual espera normalmente que ele respeite seus próprios usos, no caso dos hospitais, como já demonstrado, a hospitalidade não era praticada em sua essência para esses usuários. Como afirma Guillaume (2011, p. 587): “Na verdade eles *recolham*, não *acolham*, já que a acolhida supõe o respeito da pessoa”.

O ato de recolher doentes ou pobres que viviam à margem da sociedade sugere discussões sobre o acolhimento referido acima, levando a pensamentos que serão mais tarde reconhecidos como direitos do paciente.

Guillaume (2011, p. 587) aponta que na França e nos Estados Unidos houve a preocupação em codificar o que se considerava como os direitos do doente. Em novembro de 1974 foi promulgada uma “carta do doente hospitalizado” na qual se reconhece a necessidade do “respeito da dignidade e da personalidade”. Dar voz aos pacientes e muni-los de informações pertinentes a sua estada, tratamento, bem como conhecer a sua opinião de como foi tratado não condiz com a realidade retratada pelo autor, ao que argumenta acerca da carta:

Fundamentalmente uma declaração dos deveres do paciente tanto quanto de seus direitos, sendo seu dever a submissão a uma disciplina afirmada como indispensável à vida mesmo do ambiente hospitalar. O poder médico e o poder administrativo não abdicam em nada sua primazia, e a confiança feita ao doente é nitidamente limitada (GUILLAUME, 2011, p. 588).

Observa-se que mesmo com tentativas de fazer valer os direitos do paciente em relação à sua dignidade humana, esta ainda encontra-se impregnada de conceitos que favorecem tanto os médicos como os administradores hospitalares, sem levar em real consideração a condição individualizada do paciente. O poder mencionado acima está intimamente ligado ao que nos dias atuais é conhecido como autonomia do paciente. A certeza dessa autonomia parcial pôde ser observada em uma circular veiculada em 6 de maio

de 1995, por Simone Veil (apud GUILLAUME, 2011, p. 588), então Ministra da Previdência Social e da Saúde, como necessidade de se fazer lembrar de que “O paciente hospitalizado não é somente um enfermo. É antes de tudo uma pessoa com direitos e deveres (Jean)”. Tal lembrança somente foi necessária face à realidade “fora do esperado”, para o que já estava previsto na relação médico-paciente. É sabido que normas, regras e leis são criadas a partir de um fato ocorrido e não anteriormente. Em razão disso, a *American Hospital Association*, no início da década de 1980, publicou uma declaração sobre os direitos do doente. Em seus doze artigos, ela define os direitos do paciente a:

[...] procedimentos que o respeitem enquanto pessoa, passando esse respeito antes de tudo por uma informação tão ampla quando possível e dada em todas as etapas do tratamento que lhe é aplicado. Todo anonimato é descartado; o doente deve conhecer o médico responsável por sua sorte e deve ser assegurado da coerência do tratamento. **Deve ser informado sobre as alternativas possíveis e deve poder escolher.** Não pode ser objeto de tratamentos experimentais a não ser com seu acordo. Os direitos do doente são, portanto, os de verdadeiro diálogo com membros do corpo médico tidos como plenamente responsáveis por ele. O doente tem também direito a explicações sobre os custos assim como sobre os regulamentos próprios ao hospital (GUILLAUME 2011, p. 588 – grifo nosso).

Inúmeros conflitos de diversas ordens são encontrados diariamente nos estabelecimentos hospitalares. Médicos e pacientes ocupam hierarquicamente, no decorrer da história, posições por vezes antagônicas. Tais posições são ainda mais marcantes, quando se trata de um paciente pertencente a uma classe econômica e social desfavorecida. Sob esse aspecto, Scheller (apud GUILLAUME, 2011, p. 588) pontua na declaração dos direitos do paciente a submissão do poder do médico diante da valorização da dignidade do paciente nos hospitais:

Sem dúvida, é lembrado de que o hospital desempenha um papel maior na formação dos médicos e na pesquisa, mas esse papel deve ficar subordinado ao reconhecimento da dignidade do paciente como ser humano.

A referida declaração fundamenta o “direito do paciente, plenamente informado, escolher o tratamento que está pronto a aceitar, em lugar de ver esse tratamento lhe sendo imposto pelo médico ou, pior, por uma junta médica anônima” (GUILLAUME 2011, p. 588). Tal assertiva contraria as concepções tradicionais do poder e do segredo médico, e a convicção tão amplamente difundida no corpo médico, de que “o doente é incapaz de compreender a natureza de seu mal e a lógica dos tratamentos que lhe são aplicados” (GUILLAUME 2011, p. 588). Corrobora-se assim com a ideia de que médicos e pacientes, num âmbito hospitalar, pertencem a universos diferentes.

O ambiente hospitalar, diferente dos lugares onde está acostumado, pode causar estranheza ao paciente. Sentir-se fora de seu “habitat” é como uma quebra em sua rotina, em relação à modernidade agressiva que o hospital pode representar para ele, conforme salienta Guillaume (2011).

Surge então nesse contexto a importância de se pensar em maneiras de amenizar o estranhamento dos doentes dentro desses ambientes inóspitos, que segundo a filosofia de Schweitzer podem ser consideradas como rupturas fatais. O estabelecimento instituído por Albert Schweitzer<sup>44</sup> em Lambaréné, Gabão, África, recebeu o prêmio Nobel da Paz, por sua notável singularidade. Um de seus biógrafos, (COUSSINS apud GUILLAUME, 2011, p. 591 – grifo nosso) exprime a singularidade de Lambaréné:

A noção de hospital suscita espontaneamente a imagem de corredores imaculados, lençóis brancos, uma higiene perfeita. Essas imagens são violentamente sacudidas quando se vê o hospital de Lambaréné. Incontáveis cabras passeiam por todo lado como bem entendem. Mesmo quando não as vemos, sua presença é perceptível. Frangos em grande número tornam o chão úmido e escorregadio. Pensando no ar úmido há a fumaça de dezenas de fornos descobertos que servem os africanos para cozinhar [...] Os sanitários são reduzidos a sua expressão mais simples [...] Não há lençóis e os africanos trazem suas próprias cobertas. Quando um paciente vem ao hospital, é geralmente acompanhado de toda a família. A mãe cozinha *como se estivesse em casa*. As crianças são, normalmente deixadas por conta própria [...] A dificuldade está, evidentemente em aplicar o termo hospital à colônia criada por Schweitzer. O termo mais apropriado, como disse a Doutora Margaret, seria ‘clínica da selva’. O Dr. Schweitzer não tinha vindo para a África para construir um edifício-torre médico. Tinha vindo para encontrar os africanos em seu próprio terreno. O que ele tinha construído era uma aldeia africana que fazia o papel de uma clínica médica e cirúrgica. Os africanos *eram atraídos para lá pelo próprio homem Schweitzer, e porque era uma aldeia e um modo de vida familiar*, invés de um imóvel repulsivo no qual teriam ficado separados da família e assustados por um mundo totalmente branco, brancura das pessoas, das paredes das máquinas. *A medicina moderna já passou a admitir a segurança psicológica do paciente como um elemento vital da terapia*. O doutor Schweitzer sabia disso quase meio século antes, quando se pôs a serviço da África.

Evidencia-se na ação do Dr. Schweitzer uma noção de humanidade materializada na preocupação com o respeito pelo paciente. A filosofia de Schweitzer aproxima-se da obra

---

<sup>44</sup> Teólogo, músico, filósofo e então Doutor em Medicina, nascido na Alsacia durante o império alemão (atualmente, uma região administrativa francesa), considerado como um dos precursores da bioética (GOLDIM, 2007).

*Hôpital et humanisation*, de Henri Péquignot e Marie Gatard (apud GUILLAUME, 2011, 592), onde escrevem:

O hospital será sempre um estabelecimento aonde o doente vem procurar médicos e enfermeiras aos quais uma administração deve fornecer os meios de exercer sua missão, e não um estabelecimento de hospedagem com usuários servidos por um pessoal de hotelaria e onde o médico faz a visita... uma enfermeira faz os procedimentos...

Partindo das afirmações acima, Guillaume (2011, p.592) conclui que essa demanda de tratamento e essa esperança de cura frequentemente fundada justificam o sacrifício de hábitos cotidianos, o respeito das regras de vida em comunidade, como a aceitação dessa medicina técnica tão frequentemente denunciada como desumanizada.

Péquignot e Gatard (apud GUILLAUME, 2011, p. 592) escrevem ainda:

O interesse geral, como tantas vezes, não pode achar outro defensor senão o técnico, que quer aceitar assumir o risco da impopularidade e de ver brandir contra ele o conceito de “desumanização”, já que o humano, parece, deixa morrer sem cuidados um homem em seu quarto, e até no exterior, numa lista de espera, ou em *home-care*, desde que lhe enviem flores, e desumano tentar curá-lo num hospital lotado e barulhento.

Tais dizeres apontam a necessidade de discussão sobre o técnico e o humano, pois os dois, no que tange a tratamentos terapêuticos, estão intimamente ligados. Em meados da década de 1970, diversos foram os discursos de Ivan Illich<sup>45</sup> divulgados pela mídia retratando a expressão da exasperação suscitada no corpo médico hospitalar. Illich diz que “em meados do século XX, a figura do médico ter-se-ia interposto entre o paciente e a sua morte, implantando o ideal da “morte natural”, que deveria sobrevir em seres medicamente acompanhados, saudáveis e de idade avançada” (ANTUNES, 1998, p. 234). Uma de suas célebres frases contida em sua página oficial é:

Chegou a hora de tirar das mãos do médico a seringa, como se tirou a pena das dos escritores durante a Reforma. A maioria das doenças que temos hoje em dia podem ser diagnosticadas e tratadas por pessoas comuns. Para a maioria essa declaração é muito difícil ser aceita, porque a complexidade do ritual médico lhes ocultou a simplicidade de seus próprios instrumentos básicos...<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> Illich aborda “em seu polêmico livro de crítica à “hipertrofia” da atividade médica, a progressiva apropriação da luta contra a morte por parte da Medicina” (ANTUNES, 1998, p. 234).

<sup>46</sup> <http://www.ivanillich.org/>

Tal declaração leva a sociedade contemporânea a repensar seus valores no que diz respeito à forma como o conhecimento é absorvido e distribuído.

Guillaume (2001, p. 593) ainda aponta um importante dado na relação médico-paciente, quando afirma que o diálogo entre paciente e pessoal médico só pode ser harmonioso se encontrar também no hospital um clima de compreensão e de simpatia. Para tanto discorre também sobre a postura do doente quando hospitalizado:

Para ser bem recebido e bem tratado no hospital, o paciente deve portanto saber se conduzir ali com a correção que se espera de um hóspede, *o que evidentemente é lhe pedir muito quando ele está esmagado pelo sofrimento e pela angústia*. No entanto, sua atitude é determinante. É determinante para sua contribuição à sua própria cura. Foi possível acusar o hospital e o hospício de despersonalizar seus usuários, submetendo-os a regras comunitárias que tendem a negar sua identidade e infantilizá-los (GUILLAUME, 2001, p. 593).

A afirmação traz à tona inúmeras indagações sobre a atitude que o doente pode demonstrar, estando ele em condições desfavoráveis tanto físicas, como mental, emocional e espiritual. Pensar o doente em um estabelecimento que não condiz com sua realidade e seus anseios pode resultar em uma atitude inesperada pela equipe médica, principalmente quando cotejado ao que W.C.Cockerham (apud GUILLAUME, 2011, p. 594 – grifo nosso) escreve:

Este sentimento, evidentemente, é acentuado quando eles se percebem como casos médicos entregues a curiosidades e à reflexão dos estudantes que acompanham os professores em sua visita. *Insubstituíveis para a formação dos futuros médicos, os hospitais transformam por isso mesmo seus doentes em cobaias*. Eles são, no mínimo, aqueles com quem os futuros médicos se exercitam na prática, *são também, às vezes, consentindo ou não, aqueles em quem se testam os novos medicamentos ou técnicas cirúrgicas*.

Percebe-se uma relação desigual entre o corpo médico, incluindo os ainda em formação e os pacientes. Os médicos em busca do conhecimento e os doentes em busca da recuperação – essa relação que pode ser pensada dentro da tríade dar – receber – retribuir, precisa ser analisada muito claramente dentro dos objetivos dos envolvidos, principalmente quando os papéis não se encontram bem definidos, ou ainda, quando o diálogo entre as partes envolvidas não é claro o bastante.

Conflitos podem surgir das atitudes não positivas do paciente em relação à equipe médica e de enfermagem. O fato de serem enfermeiras ou médicos não garante características e atributos intrínsecos no que diz respeito a qualidades humanitárias relevantes, capazes de evitar conflitos. As diferenças presentes nesses ambientes criam novas possibilidades e

desafios, trazendo novas ideias e experiências. Conhecer o outro em sua totalidade é uma das formas de se evitar possíveis conflitos.

### 2.3 Trajetória da transfusão de sangue

“[...] Ninguém quer a morte, só saúde e sorte [...]”

Gonzaguinha

As Testemunhas de Jeová tiveram suas convicções religiosas expostas, no que diz respeito à sua postura em relação aos tratamentos médicos, a partir do surgimento das transfusões sanguíneas como forma de tratamento e cura de algumas doenças. Portanto, faz-se necessário para a presente pesquisa trazer como pano de fundo dados históricos referentes a tais métodos terapêuticos, bem como seus resultados obtidos na linha do tempo. Para tanto, utilizou-se a historiografia francesa para compor a estrutura desse item, sendo ela apoiada e atualizada por consistentes publicações da história da hemoterapia brasileira. Revela-se também importante demonstrar como tal terapêutica foi vista desde o início pela sociedade e como o é atualmente.

As transfusões de sangue podem ser divididas em dois momentos históricos, sendo um deles o empírico até meados de 1800 e outro científico, após 1880. A primeira transfusão sanguínea em seres humanos realizada na Inglaterra tem por data o ano de 1667, segundo Moulin (1985), dados por ela coletados no diário de Samuel Pepys, então secretário na administração da Marinha, membro da *The Royal Society*, existente até os dias atuais.

A *The Royal Society* que ora trabalhava em conjunto para a ciência e para o alívio das misérias humanas tinha como *slogan* – “A ciência deve produzir os seus frutos”. Era então um período em que a revolução científica, tanto na mecânica com na medicina, operava na Inglaterra. Moulin (1985, p. 276) ainda salienta que o pequeno grupo de sábios de Oxford ou de Cambridge estava resolvido a revelar os segredos da natureza e, em especial, os do corpo humano, elemento presente na afirmação de um deles: “A natureza é a América que nos resta por descobrir”.

Os segredos do corpo humano começaram a ser revelados quando se deu início os estudos da anatomia em cadáveres de condenados. Moulin (1985, p. 276) escreve que “a circulação de sangue foi a grande descoberta dos anos compreendidos entre 1620-1630”, por

meio dos enforcamentos realizados observavam a interrupção da circulação de sangue. A referida autora ainda acrescenta que esse conhecimento propiciou então a realização da primeira transfusão de sangue em 1667.

A circulação de sangue, segundo o médico de Oxford William Harvey (apud MOULIN, 1985, p. 276), “coordena o sistema arterial e o sistema venoso; permite uma concepção do conjunto do corpo e da sua nutrição”. Baseado nessas definições, homens curiosos, como Christopher Wren, iniciaram experiências em animais, injetando em suas veias leite, óleo, vinho ou ópio. Uma vez o líquido tendo sido injetado na corrente sanguínea, o fluxo circulatório levava as drogas (benéficas ou maléficas) a todo o corpo do animal, produzindo efeitos de estímulo ou dormência, acalmando ou o alimentando. A transfusão de sangue se transformou em um instrumento de experiência a partir do momento em que a circulação do sangue era de conhecimento da mentalidade científica da época (MOULIN, 1985).

Moulin (1985) aponta que os instrumentos de pesquisa eram construídos pelos próprios “sábios”, em suas próprias casas. Adaptavam plumas de pássaros ou cânulas eram fabricadas para a realização de experimentos em animais. Há registros, segundo Moulin (1985), que Lower conseguira realizar uma transfusão em um cão com o sangue de outro cão, em 1665, dois anos antes da realizada em seres humanos.

Nesse momento iniciou-se o interesse também pela composição química do sangue como forma de descobrir enigmas na relação saúde e doenças. Com as novas descobertas, surgem questões intrigantes condizentes à complexidade humana, como por exemplo, fazer atribuições à pessoa em relação ao sangue que possui. Questionam-se sobre o que ocorreria se fosse alterado o sangue de um doente pelo sangue de um de boa saúde, o de um velho pelo de um jovem ou ainda se um cavaleiro monárquico poderia ser transformado em um puritano após uma transfusão. Com tantas indagações, Moulin (1985) afirma que estando ávidos por respostas a tais intrigantes questionamentos, iniciaram procedimentos de transfusões sanguíneas.

As questões colocadas acima constituem o objetivo inicial dos experimentos. É certo, segundo Moulin (1985), que o objetivo, ao encarar o desafio das transfusões, era a cura das doenças, ainda que feitas de uma forma amadora, em virtude do conhecimento científico para a época.

Moulin (1985) aponta Arthur Coga, estudante de teologia, como o primeiro inglês a receber uma transfusão de sangue. De origem humilde, recebera vinte xelins para ser transfundido em caráter experimental, transfusão essa feita com sangue de cordeiro. Não

apresentando problemas físicos, o estudante se colocou à disposição para futuros “serviços”. O sangue comercializado apresenta dois focos de análise: O médico que busca “cobaias” para satisfazer suas pesquisas e a “cobaia” propriamente dita que se vale desse “serviço” como forma de “sobrevivência”. Nesse contexto, a conotação de comércio, distanciando-se da dádiva de doação de sangue, caracterizada pela gratuidade.

A transfusão descrita inicialmente não era uma novidade. A Inglaterra já a conhecia, porém não a realizara antes dos franceses por questões relativas à bioética. Oldenburg (apud MOULIN, 1985, p. 278), secretário-editor da Royal Society, comenta:

[...] o grande respeito que os ingleses têm pela vida humana. Há uma dezena de anos que toda uma geração de sábios ingleses pensa na transfusão; houve um tempo de pausa antes de passar do animal ao homem. O diretor do asilo de Bedlam (aliás, tristemente célebre) recusou-se a emprestar um dos pensionistas para uma experiência de resultados incertos, e é a este escrúpulo que os franceses devem o seu avanço na matéria.

A partir desse momento debates visam estabelecer prioridades e abordam como os doadores e os receptores serão vistos pela ciência. Segundo Moulin (1985), Jean-Baptiste Denis, de Montpellier, teve suas convicções sobre experiências com o uso do sangue reforçadas por meio do público e incentivo que encontrou no grupo dos amigos da ciência. Jean-Baptiste Denis diz:

É legítimo fazer a um homem uma transfusão de sangue alheio, se tiver em mente o exemplo da mãe e do feto: o sangue corre da mãe para o feto pelos valos umbilicais, numa contínua transfusão, e contudo está-se longe de mãe e filho serem uma única pessoa, porque a semente paterna pode de tal modo dominar que a criança se parece, por vezes, muito mais com o pai. A variedade das compleições do sangue é, conclui Jean-Baptiste Denis, talvez tão grande como a dos indivíduos (MOULIN, 1985, p. 280).

Trata-se de um período em que os primeiros indícios da civilização industrial tornavam possível a emancipação do indivíduo de suas responsabilidades religiosas e políticas tradicionais, conforme observa Moulin (1985).

Verifica-se em seu discurso a individualização do ser humano, porém em contrassenso, Denis concluiu que era preferível fazer ao homem transfusões de sangue de animal, devido as considerações morais, uma vez que o animal poderia ser controlado por sua dieta e comportamento e estava sempre disponível e ainda sujeito a experimentos. Esta escolha acarretou, em um curto prazo, complicações mortais nos pacientes de transfusão. Em junho de 1667, conforme aponta os registros de Moulin (1985), foi utilizado sangue de carneiro na transfusão. Primeiro num pobre jovem cuja febre era tratada com o método da

sangria, sentindo-se melhor depois da transfusão e depois num carregador, que voltou no dia seguinte para pedir mais, em decorrência da boa noite que passou por ter sido remunerado pelo serviço prestado.

Moulin (1985, p. 281) contrapõe o “sucesso” dessas duas transfusões mencionadas, implicada pela pouquíssima quantidade de sangue animal ter passado efetivamente pelas veias dos pacientes, com outras realizadas no Barão Bond, diplomata sueco, que morreu em virtude de uma perfuração intestinal, e no senhor de Saint-Amant, que manifestaram claramente aquilo a que se chama hoje de “uma reação de incompatibilidade”. O doente sentiu um grande calor no braço, uma opressão torácica e vômito. No dia seguinte as suas urinas ficaram negras e morreu.

No Brasil, Junqueira, Rosenblit e Hamerschlak (2005) que discorrem sobre a história da hemoterapia no Brasil, afirmam que relatos de 1879 discutiam se a melhor transfusão seria com sangue de animais para humanos ou entre seres humanos.

Após muitas mortes decorrentes de transfusões sanguíneas com sangue animal, muitos processos contra médicos ocorreram no reinado de Luiz XIV. Apesar de inocentado no julgamento interposto ao Dr. Denis, a transfusão sanguínea em seres humanos tornou-se proibida, a não ser com autorização expressa da Faculdade. A prática foi abandonada em todas as partes da Europa em que era empreendida, caindo no esquecimento, até ser retomada no início do século XIX (MOULIN, 1985).

Em 1828, o obstetra inglês Blundell redescobriu a transfusão, segundo Moulin (1985), a diferença então passou a ser na limitação do emprego de sangue humano. Inicialmente a transfusão fora proposta para as hemorragias decorrentes do parto. Blundell (apud MOULIN, 1985, p 282) a descreve:

Terminando o parto, o médico deixa o quarto, a mulher estende os braços para o marido e, de repente, eis que a morte ignóbil a toma, não lhe restando mais do que escassos minutos de vida! É aí que o obstetra-transfusor desenvolve todo o seu saber. Em poucos segundos prende ao espaldar de uma cadeira o seu material, que consiste numa espécie de recipiente com tubos; o marido já deu o braço e o sangue quente lança-se nos tubos.

Independentemente da quantidade de sangue utilizada a partir de então, a transfusão adentra o repertório das terapêuticas médicas, integrando o rol dos trinta remédios propostos pelo referido médico durante a epidemia de cólera de 1832. A transfusão de sangue corrobora com as convicções da comunidade médica em salvar vidas, a todo custo, e comemoram o fato de, nos casos “desesperados”, como salienta Moulin (1985), ela ser utilizada como forma de restabelecer o equilíbrio das forças a favor da vida.

Segundo Junqueira, Rosenblit e Hamerschlak (2005), no Brasil, Brandão Filho e Aquinaga foram os pioneiros dessa prática, mas o primeiro registro de transfusão de sangue ocorreu no início da década de 1900, em Salvador, Bahia, quando o professor de Clínica Médica, Garcez Fróez realizou a transfusão utilizando o aparelho de Agote improvisado por ele, transfundindo 129 ml de sangue do doador João Cassiano Saraiva, servente do hospital, em uma paciente operada por pólipos uterino com metrorragia importante. Em 1916, Isaura Leitão defendeu sua tese sobre “Transfusão Sanguínea”, relatando esse e outros três casos semelhantes.

A transfusão passa a ter um significado de “progresso médico”, ainda que seus resultados, mediante comprovações, sejam insignificantes. Moulin (1985) acrescenta que a partir de 1830, vários estudos sobre o sangue foram desenvolvidos na Europa com a intenção de se conhecer as diferenças de forma entre os glóbulos, os mecanismos de coagulação, a medida do volume e do débito sanguíneo. A tecnologia, a partir de 1850, reflete avanços nos aparelhos pertinentes à transfusão e químicos se dispõem a estudar metodicamente os efeitos de diferentes substâncias que poderiam desempenhar o papel de anticoagulantes, como por exemplo, os sais de cálcio.

A era pasteuriana demarca o período, no qual laboratório e medicina clínica buscam interpretações nos sinais da doença. A transfusão de sangue tem seu caráter inventivo acima da eficácia médica, levando em conta todos os riscos a que o doente é submetido. O laboratório consegue, então, por meio de diagnósticos cada vez mais precisos, trazer luz à Medicina (MOULIN, 1985).

A compatibilidade sanguínea se torna conhecida por intermédio de experiências *in vitro*, diminuindo dessa forma seus riscos, determinando então os atualmente conhecidos grupos sanguíneos, tanto do doador como do receptor.

Os médicos não se convencem de imediato dos riscos envolvidos na transfusão de sangue, mesmo com comprovações realizadas em laboratórios. Moulin (1985, p. 284) aponta que em Viena, no ano de 1900, Landsteiner descreveu: “reações de aglutinação que podiam produzir-se entre os sangues de indivíduos diferentes”. Em meio a tanta incredibilidade apenas dez anos mais tarde, os médicos do Hospital de Mount Sinai, de Nova Iorque, “se propõem a investigar esta reação antes de fazerem uma transfusão” (MOULIN 1985, p. 284).

Independentemente dos riscos envolvidos e das certezas ou fragilidades dessa terapêutica, as transfusões de sangue passam a desempenhar um papel importante e decisivo durante a Primeira Guerra Mundial. A aplicabilidade do sangue fica evidenciada pela urgência do tratamento, como pode ser observado no relato abaixo:

Quanto ao perigo de hemólise<sup>47</sup> [devido à incompatibilidade dos grupos sanguíneos], corremo-lo levemente face à alternativa de deixarmos morrer os feridos da hemorragia. Tendo apenas observado nessas condições um acidente hemolítico que não teve consequências graves, convencemo-nos de que, em matéria de transfusão, na guerra, é necessário ousar (GUILLOT; DEHELLY apud MOULIN, 1985, p. 285)

Ainda que fosse necessário ousar, como mencionado pelos referidos autores acima, surge uma necessidade de sistematização das transfusões de sangue realizadas em guerra. Em 1928 é fundada em Paris a Associação para a Transfusão de Urgência, responsável pela coordenação de listas de doadores e grupos sanguíneos. A guerra da Espanha demonstra a urgência de uma rede de armazenamento e de distribuição de sangue. Tal armazenamento é demonstrado como possível pelos soviéticos que utilizam sangue de cadáveres congelados. Surge então nos Estados Unidos os denominados bancos de sangue, sendo o primeiro o do Hospital de Cook Country, em Chicago, segundo Moulin (1985). A Segunda Guerra Mundial, por sua vez, demonstrou igual importância referente à logística dos serviços de transfusão.

Por volta de 1920, segundo Junqueira, Rosenblit e Hamerschlak (2005), surgiram no Brasil os primeiros serviços organizados. Na década de 1940, no Rio de Janeiro, destaca-se o Sistema de Transfusão de Sangue (STS), que tinha, além da conotação assistencial, atividades científicas. No final dessa década realizou-se o I Congresso Paulista de Hemoterapia, lançando base para a fundação da Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia em 1950. Na sequência é criada pelo Ministério da Saúde, em 1965, a Comissão Nacional de Hemoterapia, que visava normatizar a proteção dos doadores e receptores de sangue.

Os referidos autores supracitados afirmam que mesmo com toda essa estrutura idealizada, verifica-se em 1979 um “sistema desorganizado e desigual na qualidade dos serviços prestados” (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005, p. 201). Atribuem a essa desorganização o fato de serviços públicos e privados de alto nível técnico e científico estarem atrelados a outros de péssima qualidade, alguns com interesses puramente comerciais.

Inicialmente, a prática da doação de sangue era estimulada pelo uso de remuneração e, em alguns bancos de sangue de ética questionável, indivíduos em situação de vulnerabilidade social eram estimulados a doar sangue independentemente das condições físicas e nutricionais estipuladas para a doação.

Em razão dos dados apresentados, faz-se necessário refletir sobre a indicação sanguínea no tratamento de saúde atualmente no Brasil. Cristiane Segatto, repórter da Revista

---

Época, na matéria intitulada “A indústria do Sangue” (2011), discorre sobre a comercialização do sangue. Faz pesadas críticas a respeito do sangue doado, vendido por valores exorbitantes, superior ao do petróleo. Segundo ela, os administradores de bancos de sangue atribuem tais valores ao custo inerente da atividade (pagamentos de funcionários, testes para identificação de vírus, conservação das bolsas entre outras).

Segatto (2011) argumenta que sendo o sangue um artigo caríssimo e raro no mercado, “não faz sentido, portanto, que iniciativas capazes de reduzir a necessidade de transfusões em cirurgias sejam pouco conhecidas e difundidas”. Com essa preocupação em mente, a repórter entrevistou a Dr. Ludhmila Abrahão Hajjar, cardiologista coordenadora da UTI do InCor, UTI cardiológica do Sírio-Libanês e também da UTI do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Hajjar (2011 apud SEGATTO, 2011, p. 1) diz que:

Quando alguém precisa passar por uma cirurgia demorada (acima de três horas de duração), quase sempre recebe uma transfusão de sangue. O objetivo é compensar a perda sanguínea que ocorre durante o procedimento. As transfusões são muito comuns em cirurgias cardíacas como ponte de safena, troca de válvula e transplantes. Se a quantidade de hemoglobina (proteína responsável pelo transporte de oxigênio para os tecidos) cai a níveis inferiores a 10 gramas por decilitro de sangue, o cirurgião pede uma transfusão.

Como muitos médicos não se perguntavam de onde havia saído esse limite, Hajjar decidiu investigar o procedimento em seu doutorado, orientado pelo professor doutor José Otávio Auler Júnior, na Universidade de São Paulo. Descobriu que o limite indicativo para a transfusão se justifica pela tradição e não pelo embasamento científico. Em outra entrevista, também concedida e veiculada pela Revista Época, também em 2011, intitulada “Menos sangue, por favor”, Hajjar comenta suas descobertas. Afirma que em 1934, o norte-americano John Lundy criou na Clínica Mayo o primeiro banco de sangue do mundo<sup>48</sup>. Em 1942, foi por ele proposto o limite de 10 g/dL baseado na observação de seus pacientes. Essa recomendação tem sido propagada sem novas evidências baseadas em observações. Hajjar (2011, p. 1) é taxativa ao afirmar: “Não podemos continuar fazendo medicina em 2011 baseados num relato de 1942”.

A verificação e comprovação de sua teoria tornou-se possível, quando a recomendação de ser mais tolerante quanto aos níveis de hemoglobina estipulados em 1942 e utilizados até o presente momento foram colocados à prova. A pesquisa já mencionada com 512 pacientes no

---

<sup>48</sup> Há divergências nas fontes pesquisadas quanto ao primeiro banco de sangue do mundo. Moulin (1985) aponta o Hospital de Cook Country, em Chicago como sendo o primeiro.

InCor, sob sua coordenação, analisou metade do grupo que recebeu sangue quando o nível de hemoglobina caiu a 10 g/dL e a outra metade que só sofreu transfusão quando o índice ficou abaixo de 7 g/dL, comprovando que os pacientes que receberam menos sangue se recuperaram tão bem quanto aos que receberam mais sangue. Em uma segunda verificação entre os pacientes graves que receberam sangue e os que não receberam, por estarem com índices entre 7 g/dL e 10 g/dL, revelou-se que a taxa de mortalidade e de complicações clínicas aumentaram em 20 % a cada bolsa recebida.

Lawrence Tim Goodnough, da Universidade Stanford, comentou o trabalho publicado no *Journal of the American Medical Association* em outubro de 2011, ao dizer: “Esse estudo é uma adição notável às evidências anteriores. Elas sugerem que reduzir ou evitar as transfusões em pacientes cardíacos melhora o resultado do tratamento” (ÉPOCA, 2011, p. 1).

Moulin (1985, p. 287) conclui seu estudo sobre as batalhas da transfusão sanguínea destacando que:

[...] esta conquista da corporação médica permanece um processo complexo que não se poderia reduzir a uma mecânica simples, mesmo se o aperfeiçoamento dos mecanismos administrativos e técnicos a banalizam até certo ponto aos olhos do público. A sangria tão corrente ainda no século XIX era uma terapia privada: implicava apenas doente e médico. Pelo contrário, a transfusão é uma técnica médica que faz intervir o corpo social no seu conjunto e, por isso, comporta os riscos que lhe são inerentes.

Todas as reflexões possíveis se fazem necessárias para se repensar o motivo da aplicação de sangue em seres humanos, técnica repleta de incertezas e de fatores controversos.

## **2.4 A relação médico-paciente e as pesquisas na área**

Os profissionais da saúde [...] jamais podem colocar um paciente dentro de um texto teórico, e sim um texto dentro do paciente. Não enquadre excessivamente seus pacientes dentro dos muros de uma teoria, caso contrário reduzirá suas dimensões (CURY, 2008, p. 51).

O Comitê de Bioética do Hospital do Coração, representado pelo Dr. Antônio Cantero Gimenes, faz reflexões sobre conflitos entre ciência e religião. Gimenes (2010) aborda aspectos médicos e bioéticos, em função da autonomia do paciente, baseado no artigo n. 22 do Código de Ética Médica, Capítulo IV, onde declara que tal respeito à autonomia se manifesta

por intermédio de consentimento informado, assinado pelo paciente ou por seu representante legal, antes da execução de qualquer procedimento.

O estudo do Dr. Vitor M. C. Ferreira da Silva (2001) também trata a relação médico-paciente. Em seu artigo destaca:

Apesar da maior atenção que a comunidade médica vem dando aos aspectos emocionais e mentais como sendo extremamente importantes na gênese ou desencadeamento de inúmeras doenças, é ainda, por vezes, muito difícil ao médico estabelecer com o paciente uma boa relação, sem dúvida proveitosa para ambos (SILVA, 2001, p.1).

Silva (2001, p.1) identifica fatores relevantes para uma relação facilitada entre médico e paciente: segurança, validação, aceitação, confirmação da experiência pessoal, autodefinição, impacto sobre a outra pessoa e iniciativa.

Segurança: é a necessidade de se sentir seguro em relação ao outro. O paciente precisa ter certeza de que encontrará no médico alguém que possa dar proteção às suas necessidades, podendo, sem medo, expor-se física e psicologicamente.

Validação: é a afirmação da importância da pessoa dentro de um relacionamento. É importante, para o paciente, que suas necessidades sejam reconhecidas como verdadeiras e aceitas pelo médico. Aceitação: é a necessidade de o paciente sentir-se aceito por uma outra pessoa estável, confiável e protetora, presente na figura do médico.

Confirmação da experiência pessoal: é o desejo de estar à frente de alguém que é semelhante, que compreende, como se tivesse vivido situações parecidas.

Autodefinição: é a necessidade de reconhecimento e aceitação da própria identidade, percebendo, então, que o médico o reconhece como indivíduo e aceita a sua história.

Impacto sobre a outra pessoa: é a necessidade de que, na relação, a outra pessoa se sensibilize; é o paciente ver que o médico não está distante e insensível. Demonstrar compaixão se o paciente está triste, fornecer proteção e segurança se ele está assustado, levá-lo a sério se está com raiva, ou compartilhar se o mesmo está alegre.

Iniciativa: estar diante de alguém que toma iniciativas, indicando caminhos.

A Organização Mundial da Saúde (apud SAAD, 2010, p. 1) estabelece que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Segundo o referido autor, essa definição foi adotada durante a

fundação dessa entidade, em 1948, e não foi modificada desde então. Apropriando-se desse conceito de saúde para essa pesquisa, nota-se a importância dos elementos ressaltados acima, levantados por Silva (2001) no que diz respeito à relação médico-paciente.

O paciente se sente protegido no que diz respeito à sua dignidade e autonomia, quando se depara com um médico que conhece sua situação clínica, os riscos envolvidos, métodos terapêuticos bem como as ações e reações primárias e secundárias decorrentes deles e o informa, de maneira clara e inteligível, com o intuito de fazer valer tanto a vontade do paciente como a de sua missão como médico. Tais atitudes, tanto do médico em ver outras formas de se tratar o paciente, não somente a aplicada por meio de protocolos no decorrer de anos, como também do paciente, ao reconhecer as limitações do médico diante de técnicas ainda recentes ou por ele próprio não testadas, resultam, em certos casos, no desconforto do médico em exercê-las, ou até mesmo em uma série de conflitos.

Esse atrito pôde ser observado na vivência do aposentado internado no Hospital das Clínicas para uma intervenção cirúrgica na próstata, entrevistado nessa pesquisa. Durante sua internação apresentou um quadro de nível de hemoglobina muito baixo no pós-cirúrgico. Como se tratava inicialmente de um procedimento cirúrgico simples, onde aparentemente não havia a necessidade de transfusão de sangue, não foi previamente discutida a possibilidade da utilização de técnicas alternativas de tratamento, dada a “simplicidade” da intervenção cirúrgica, mesmo estando a equipe médica ciente de se tratar de um paciente Testemunha de Jeová. Em um primeiro momento os médicos que o acompanhavam não estavam dispostos a pôr em prática as técnicas alternativas então disponíveis. Algumas tentativas para que o paciente recebesse a transfusão de sangue foram feitas, não somente pelo médico responsável, como por outros membros da equipe, incluindo o médico responsável por eles. O paciente argumentou com o médico chefe da equipe:

*Receber sangue vai contra todos os meus princípios morais em virtude da minha fé. Violar a lei divina seria pra mim como um estupro (Edson Batista, 64).*

Em uma conversa franca com o médico responsável, a esposa do paciente, auxiliar de enfermagem, atuante por aproximadamente 30 anos na área da saúde, mencionou que passou muito tempo atendendo pessoas e tentando dar-lhes o conforto necessário e que agora havia chegado o momento em que ela poderia ser recompensada. Pediu para que o médico chefe reavaliasse as possibilidades e tentasse utilizar as técnicas apresentadas pela COLIH. Ela relata:

*O médico estava muito autoritário. Eu também consegui ganhar a confiança dele [lógico que eu fiz oração a noite toda], mas eu lembro que falei com ele que estava muito triste. Ele falou: Mas por que triste? Eu falei: Doutor, eu estou na área da saúde desde 1972 [72 ele não tinha nem nascido ainda, ele tinha uns 25, 26 anos] e lógico eu não tenho formação acadêmica, eu era simplesmente auxiliar de enfermagem. Ele me disse: Não! Não tem formação acadêmica, mas a experiência conta. – Aí ele olhou pra mim. Eu falei: Mas eu estou me sentindo como um lixo. Sabe um copo descartável que a gente toma água, amassa e joga no lixo? Ele: Não, Não, Não fica assim não. É exatamente assim que eu estou me sentindo. Mas sabe porque eu estou assim Doutor. É porque uma coisa é a gente estar do lado que o senhor está agora e outra coisa é estar do lado que eu estou agora. Tudo o que eu fiz pelos pacientes que eu cuidei eu fiz com muito amor, muito carinho e nunca me arrependi de nada. Mas agora eu vejo meu marido nessa situação. Ele disse: Não, nós vamos resolver. – Aí é que nós começamos a conversar (Ivaldete, 58).*

O médico, após consideração com a equipe, iniciou o tratamento e houve efeito positivo. Ao aceitar implementar tal tratamento afirmou: *“É muito bom que a confiança tenha sido restabelecida”*<sup>49</sup>.

Em um de seus artigos publicados sobre a importância do acolhimento espiritual em tratamentos terapêuticos, Dr. Marcelo Saad (2010), fisiatra, afirma que a espiritualidade se refere à nossa capacidade interior de encontrar significado, propósito e conectividade para os eventos da vida, integrando nossos componentes físico, emocional e intelectual. Ela atende às necessidades humanas relacionadas a encontrar razão e preenchimento na vida, esperança e vontade para viver, e interesse pelos outros e por si mesmo. Em outro artigo, aponta a espiritualidade como um conjunto de crenças capaz de trazer vitalidade e significado à vida (SAAD; MEDEIROS, 2008, p. 1). Aborda, ainda, as expressões possíveis da espiritualidade, dentre as demonstradas, o equilíbrio mental, empatia e compaixão.

É de extrema importância essa abordagem, por se tratar de pessoas que se encontram fisicamente debilitadas, em busca de “cura” para seu estado clínico e que precisam ter também a sua “saúde mental” tratada e preservada.

Saad (2010) aponta que diversas pesquisas bem conduzidas realizadas a partir de 1980 vem documentando a relação que a espiritualidade tem com a saúde, a doença e o processo de cura. Segundo ele, há evidências de que a espiritualidade esteja relacionada a melhor qualidade de vida, saúde mental, saúde física e menos necessidade de serviços de saúde. Conforme o mesmo autor, encontra-se documentado em inúmeras pesquisas científicas que pessoas espiritualistas são fisicamente mais saudáveis requerem menos assistência médica e,

---

<sup>49</sup> Informação fornecida em entrevista à esposa do paciente, uma vez que o médico não foi entrevistado.

mesmo quando adoecem, têm recuperação mais rápida e menor taxa de mortalidade. Vale ressaltar a importância de seus estudos, com suas próprias palavras: “Espiritualidade é um componente importante da qualidade de vida e bem-estar para a população geral e paciente em tratamento” (SAAD, 2010, p.1).

Ao concluir, destaca a importância do hospital centrado no paciente reconhecer o vasto leque de necessidades do paciente e de sua família. Sugere a implementação de programas especificamente direcionados a apoiar a mente, o corpo e o espírito.

Ao longo dos anos, muitas discussões e pensamentos a respeito de elementos vitais no relacionamento humano têm sido tratados por antropólogos, filósofos, sociólogos, dentre outros pensadores e, nesta dissertação, essa fundamentação recai no conceito da dádiva, elaborado por Mauss (1974, p. 72, apud ALVES, RAMOS, 2007, p. 42): “[...] a tríplice obrigação de dar, receber e retribuir constitui o universal socioantropológico sobre o qual foram construídas as sociedades antigas e tradicionais”.

O estudo de Mauss (1974) trata as sociedades arcaicas no ano de 1925, pensando o intercâmbio, a reciprocidade e o dom. Conceitos retomados por Caillé e Godbout (1999) ao refletir o paradigma da dádiva, a tríade dar-receber-retribuir no mundo contemporâneo. Esse processo se refere à forma pela qual ocorrem as relações sociais. Tais relações sociais são importantes nessa pesquisa porque a dádiva é capaz de estabelecer ligações ou vínculos conforme abordagem de Godbout e Caillé (1999, p.15): “é preciso pensar o dom não como uma série de atos unilaterais e descontínuos, mas como uma relação”. Caillé (2005, p.18) ainda afirma:

[...] é, sobretudo, a obrigação de provocar os outros a um desafio de generosidade, em poucas palavras, declarar-lhes guerra por meio do dom. Mas, esta guerra por meio da dádiva – que isso seja bem compreendido – é uma forma de transformar a guerra em paz, ou seja, de longe, a maneira mais eficaz inventada até hoje pela humanidade para conseguir tal objetivo. Sem dúvida, a única.

Para Martins (2006), a perspectiva das relações entre prestadores e usuários de serviços médicos, regida pelo modelo da circulação de dons desiguais de prestígio entre médicos e pacientes, permite entender o mútuo compartilhamento do valor da dádiva, das obrigações de dar, receber e retribuir.

Bastos, Bueno e Salles (2010), em seu estudo Hospitalidade: trajetória e possibilidades, abordam a temática dádiva e hospitalidade ressaltando a dádiva como tendo por função primordial promover vínculos sociais, rituais de apaziguamento e pactos de paz.

Martins (2005, p.4) ainda trata tais relações levantadas acima como reações provocadas por sentimentos humanos a que Mauss se refere como Universais.

A fé, motivadora da constituição de vínculos entre os fiéis, cria relações interpessoais e sociais entre eles e com todos os que com eles interagem. A reciprocidade contida na dádiva é destacada por Godbout (1999, p.118):

A dádiva não obedece a nenhuma imposição, nem autoritária, nem legal, nem mesmo racional, em função de cálculo. Ela obedece a um “movimento da alma”. É a condição essencial a qualquer dádiva que ela contenha um elemento de espontaneidade que a situe fora das normas e que faça com que ela não seja vivenciada como um fenômeno puramente voluntário. Na dádiva existe algo que arrebatava o oferente, que lhe escapa.

A percepção de reciprocidade pode ser identificada entre os membros dessa religião, tanto na criação das comissões, como em sua utilização pelos fiéis, estendendo benefícios por eles criados a outrem não pertencentes ao grupo. A circulação do dom ou dádiva, obtida por meio dessa tríade dar-receber-retribuir, somente é percebida na relação entre pessoas.

A dádiva é por natureza uma alternativa à guerra: “dois grupos de homens só podem ou se afastar ou – e, se manifestam uma desconfiança ou se lançam um desafio, combater-se – ou então negociar” (MAUSS, 1966, p.277).

Nota-se no relato mencionado acima que a experiência da esposa do aposentado na área da saúde facilitou o diálogo bem como a negociação com o médico, retomando-se a relação de confiança e a constituição do vínculo. A dádiva nesse momento, além da questão do vínculo, exerce plenamente a função de rituais de apaziguamento e pactos de paz.

O rompimento protocolar na instituição onde o aposentado se encontrava internado foi dificultado mesmo sob a vigência da Lei Covas (Lei n. 10.241 /99), que trata o paciente como um cidadão de direitos. Segundo observa Vera Lúcia Rodrigues Alves, psicóloga do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo – HCFMSP, fez-se necessária a criação de uma Lei, para que o paciente fosse encarado como humano preservando sua dignidade. Desde então uma série de discussões vem sendo desenvolvidas, como por exemplo, a da especificidade do paciente Testemunha de Jeová, que até então era tratado sob os mesmos protocolos existentes para todos os outros pacientes, entendendo-se protocolo em sentido restrito, ou seja, a padronização universal dos procedimentos.

Muitos têm sido os esforços em pensar os cuidados com a saúde humana. O cuidado em saúde é tema de tamanha importância que há uma associação internacional que se preocupa com essa temática, a *International Associations for Human Caring* (IAHC). No ano

de 2012, na Philadelphia, EUA, ocorrerá o 33º encontro, onde “será compartilhado entre enfermeiros e outros, conhecimento, experiência, pesquisa, prática clínica, estratégias educacionais, desafios e sucessos, viabilizando trabalhos conjuntos para explorar, investigar e divulgar os conhecimentos obtidos sobre a influência do ser humano cuidar da ciência sobre a solidariedade humana nos cuidados de saúde”<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> “The 33rd International Association for Human Caring welcomes nurses and other colleagues to share knowledge, expertise, research, clinical practice, educational strategies, challenges, and successes as all of us work together to explore, investigate, and disseminate knowledge gained concerning the influence of human caring science on human caring in health care” (IAHC, 2012 – Tradução livre).

### **CAPÍTULO 3 – AS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ E OS MÉDICOS: TENSÕES NOS TRATAMENTOS QUE UTILIZAM SANGUE**

*Não concordo com rir é o melhor remédio. A amizade claramente é o melhor remédio. É a coisa mais importante na vida. É nossa relação com quem amamos.*

Patch Adams

O presente capítulo objetiva apresentar conceitos sobre a humanização na área da saúde, autonomia e direitos do paciente mediante a exposição da Lei, bem como conceitos baseados em defesas jurídicas sempre correlacionados com a prática médica dentro dos hospitais, onde o vínculo da relação médico-paciente fica mais evidente.

Por meio de pesquisa bibliográfica em livros, artigos científicos publicados por renomados especialistas nos campos jurídicos e médicos, foram escolhidos artigos com alto nível de evidência para sustentar e identificar as possíveis causas dos conflitos existentes na necessidade específica da comunidade religiosa das Testemunhas de Jeová em não fazer uso do sangue em tratamentos de saúde.

A relação médico-paciente recebe interferência de vários atores e, para tanto, este capítulo revela-se importante para demonstrar a posição de cada parte envolvida no processo de tratamento, desde o momento da internação e indicação cirúrgica a um possível conflito mediante a negativa do tratamento proposto.

Essa pesquisa, porém, não visa colocar o médico que recusa aceitar ou indicar tratamentos com procedimentos isentos de sangue, em situação desfavorável. No campo das ideias e reflexões, objetiva-se levantar e problematizar o conflito da relação médico-paciente, no que tange opções terapêuticas isentas de sangue que o médico disponibiliza ao paciente.

O presente capítulo visa discutir a postura médica diante do novo, diante do desconhecido em relação aos procedimentos já adotados por anos e anos, que muitas vezes não representam a necessidade individualizada do paciente. É importante ressaltar que, muitas vezes, ao propor um tratamento com o auxílio de sangue autólogo, o médico não tem a intenção de prejudicar o paciente e sim o desejo genuíno de “salvar” a sua vida mediante as técnicas que eles têm como assertivas, seguindo a teoria da beneficência.

Munido de conhecimento a respeito dos preceitos religiosos, vontade e razões do paciente, o médico envolvido pode tomar decisões mais apropriadas e equilibradas em relação à vontade e à fé do paciente. O fato de essa pesquisa ter sido motivada pela dificuldade que os

familiares do aposentado tiveram em lidar com a equipe médica serve de base para a discussão aqui trazida à atenção. O fato de os familiares não serem da área da Medicina, toda e qualquer sugestão por eles dada aos médicos em questão era vista como invasiva a uma área que somente eles dominavam.

Como já destacado anteriormente, a COLIH instrui os pacientes e familiares sobre os procedimentos que podem ser adotados, quando não são recebidos pela respectiva equipe médica. O fluxo da comunicação entre médico, paciente e familiares, quando apoiados pelos membros da COLIH, pode sofrer sérias alterações no momento em que as informações são intermediadas ou interceptadas. O médico nem sempre se encontra disposto a dialogar sobre a fé do paciente. Por outro lado, quando o paciente solicita um tipo de tratamento, o médico está ciente de todos os fatores clínicos envolvidos e pode desconsiderar qualquer solicitação proveniente do paciente, por conhecer todo o panorama clínico e não somente por desconsiderar as orientações oriundas da COLIH trazidas pelo paciente.

Uma infinidade de médicos é digna de reconhecimento quando, mesmo em situações precárias de trabalho, conseguem dedicar um atendimento genuíno aos milhares de pacientes e suas histórias de vida, ávidos a serem ouvidos.

Dividido em cinco itens, são expostos nesse capítulo a estressante rotina médica e seus desafios; os mais relevantes estudos que abordam a necessidade de se repensar o uso do sangue; sobre as técnicas alternativas seguras e eficazes; a iniciativa de médicos que buscam conhecer os riscos cientificamente comprovados e muitos ainda desconhecidos decorrentes da transfusão de sangue; bem como o direito à recusa de tais tratamentos, sendo tal recusa baseada pelos direitos fundamentais do homem e direitos dos pacientes.

### **3.1 A comunidade médica diante de uma sociedade em constante mudança**

Em 1174, Maimônides foi nomeado médico da corte no Egito e passava a maior parte do tempo no palácio. Falando sobre a volta para casa todos os dias, ele escreveu: 'Faço uma refeição leve, a única em vinte e quatro horas. Daí vou atender meus pacientes, faço prescrições e oriento-os sobre como tratar a doença. Atendo um doente após outro até o anoitecer, e às vezes [...] fico tão cansado que mal consigo falar.'

DESPERTAI (2005, p. 3)

É nítido pela citação supracitada que desde há muito a abnegação e a empatia eram exigências básicas para ser médico. Percebe-se, porém, que a prática médica tem sofrido muitas alterações em decorrência do dinamismo da atual sociedade, provenientes de questionamentos e posicionamentos, promovendo adaptações às novas circunstâncias.

Por intermédio de estudos, matérias, pesquisas já publicadas e por instrumentos de observação em campo, é possível perceber que a postura médica é atualmente afetada por diversos fatores. O médico de família era presente em sociedades anteriores, tendo como ponto em comum o conceito variável que as pessoas tinham a respeito dessa classe. Eram respeitados por sua perícia, admirados por sua ética profissional, elevados a uma posição social prestigiada e privilegiada. No entanto, também foram criticados em razão dos honorários cobrados, por possíveis falhas e por sua aparente insensibilidade (DESPERTAI!, 2005).

Segundo a referida matéria, muitos médicos atendiam em domicílio, dormiam nas casas onde atendiam quando necessário e vez por outra não cobravam pelos trabalhos prestados quando se tratava de famílias com poucos recursos financeiros. Ainda há profissionais que preservam tais características mesmo não trabalhando de forma independente, pois geralmente estão vinculados a instituições públicas, privadas ou a planos de saúde onde nem sempre o mais importante é o bem-estar do paciente e sim os custos envolvidos. O resultado desse dado pode ser observado na quantidade de médicos diferentes que atendem um único paciente, o que não permite que se estabeleça uma duradoura relação com o paciente e seus familiares.

Em entrevista realizada com a Doutora Chehaibar, que desenvolveu no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo – HCFMSP um estudo sobre bioética e crença religiosa (2010), revelou que, muitas vezes, um único paciente passa por diversos médicos. “Nem todos os médicos se detêm a ler todo o prontuário do paciente” argumenta Chehaibar (2012). Muitos médicos são surpreendidos em momentos decisivos em caso de indicação cirúrgica, ao se tratar de pacientes Testemunhas de Jeová, que requerem uma individualização de tratamento. Por se tratar de um hospital escola, os pacientes estão sujeitos a uma rotatividade muito grande de alunos que fazem a clínica e levam as situações para seus professores orientadores. Pode acontecer inclusive de o paciente não ter acesso ao médico responsável por seu tratamento antes da cirurgia, quando esta se faz necessário.

Diversos médicos reconhecem que a interferência das instituições na relação médico-paciente nem sempre é positiva, pois algumas instituições adotam a postura de se atender mais pacientes no menor tempo possível. Isso pode ser percebido na fala de alguns médicos como é

o caso da Dra. Sheila Perkins, clínica geral na Grã-Bretanha (DESPERTAI, 2005) que diz: “Tenho de sete a dez minutos para atender um paciente, e uso a maior parte do tempo dando entrada no computador. Não sobra quase nada para estabelecer uma relação com o paciente. Isso causa muita frustração”.

Um cirurgião oftálmico da América do Sul relata:

Um casal jovem veio ao meu consultório cheio de esperança de que eu pudesse curar o seu filho recém-nascido. Ao examinar a criança, senti uma dor no coração, pois o quadro era irreversível. Só Deus sabe como me senti quando disse a eles que seu filho nunca enxergaria. Quando saíram do consultório, eu estava emocionalmente arrasado. Mas logo depois entrou o próximo paciente, esperando ser recebido com um sorriso. Essas coisas são muito estressantes (DESPERTAI, 2005, p.5).

A comunidade médica está sujeita a uma rotina estressante desde o momento decisivo de competir por uma disputada vaga na Faculdade de Medicina. Conseqüentemente, pode ser uma experiência traumática e também estressante o treinamento médico inicial, quando fazem suas primeiras visitas a uma sala de dissecação. Muitos estudantes nesse momento desenvolvem táticas de sobrevivência emocional ao ver corpos nus e enrugados em diferentes estágios de dissecação. Alguns dão nomes carinhosos aos cadáveres como estratégia para não pensar na identidade do cadáver. Essa atitude, quando vista por quem não é da área, pode ser qualificada como insensível e desrespeitosa.

Outro fator importante na geração de conflitos na relação médico-paciente deriva da postura de alguns pacientes ou de seus familiares. A revista *Desperta!* (2005) menciona o paciente que faz o médico perder tempo ao falar muito de assuntos não específicos ao seu problema. O depoimento da esposa do aposentado chama a atenção a um dado momento em sua carreira profissional, confirmando que a postura do paciente religioso ou de seu familiar pode afetar o comportamento dos profissionais da saúde. Ela comenta:

*Quando eu estava trabalhando lá na UTI, entrou uma menininha com meningite. Uma menina loirinha, mas estava toda roxa em estado gravíssimo. Lá a mãe podia acompanhar mesmo no isolamento. Eles pediram pra mãe não permanecer lá dentro por causa do risco que a menina e ela mesmo corriam. Então toda a hora a mãe estava lá. Aí a mãe orava. Eu sentava lá na minha mesa, eu só estava cuidando dela. Mas ela ia se exaltando, exaltando. Depois pediu pra entrar com o pastor que foi autorizado pela minha chefe. “Meu Deus! Eles fizeram uma bagunça, um espalhafato. Foi quando eu falei pra minha chefe que estava difícil trabalhar, porque era o dia todo e eles gritavam muito. Minha chefe viu e proibiu e a mãe percebeu que foi eu quem havia falado. Depois disso, ela*

*entrava sozinha e jogava indiretas pra mim na reza dela. Ela dizia: ‘mostra Senhor a tua força diante dos teus inimigos’ (Ivaldete, 58).*

A esposa do aposentado lembrou-se dessa situação ao se ver como acompanhante do marido, num quarto em que não era permitida a entrada de acompanhantes devido à idade do paciente. Ela relata:

*Quando eles perceberam a minha presença, eles me perguntaram: Que idade tem o Sr. Edson? 55. [...] Ah, se a Senhora ficou até agora [...] deixou eu ficar o resto. Eu já estava lá uma noite e um dia, já entrando pra outra noite. Bem quietinha sentada. De dia eu ficava sentada naquele banquinho de pôr o pé, bem lá no cantinho. Chegava alguém lá, eu ficava tão quietinha que eu acho que eles nem percebiam. Certos tipos de comportamentos incitam a raiva que alguns já têm de religiosos. E ainda mais eu como Testemunhas de Jeová. Toda hora fica falando “Ai, Jeová, Jeová” [...] (Ivaldete, 58).*

Há ainda os pacientes exigentes que ligam para o médico à noite ou fins de semana, mesmo não sendo situações emergenciais ou até mesmo quando insistem em receber tratamento não recomendado pelo médico. A referida matéria ainda trata do paciente desconfiado que pesquisa na *internet* assuntos relacionados à sua doença e a tratamentos indicados, podendo resultar na perda da confiança no médico. O estresse gerado por esse tipo de pacientes pode ocorrer quando o profissional da saúde não tem tempo suficiente para explicar os prós e os contras de “todos” os tratamentos pesquisados pelo paciente.

Um recente estudo desenvolvido pelo Ibope Inteligência em conjunto com a rede internacional de pesquisas Win revelou que cerca de 8 em cada 10 brasileiros confiam nos médicos. O sociólogo e colunista da Bandnews FM, Antônio Lavareda, comenta que esse “número é surpreendente, pois se vive em um tempo de muita automedicação e a maioria dos entrevistados afirma que segue corretamente a prescrição médica”. O mesmo estudo ainda afirma que 68% são atendidos na rede pública e apenas 28% têm um plano de saúde. O referido estudo indica ainda que o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos países com médicos mais bem avaliados com relação à comunicação, dentre os 39 países entrevistados.

A maioria das pessoas, incluindo os pacientes Testemunhas de Jeová, aprecia um médico atencioso, que compreende os sentimentos, as motivações, o estresse do paciente devido à enfermidade e demonstra confiança ao depositar sua vida nas mãos habilidosas de homens que dedicaram uma grande parte de sua vida na busca de conhecimentos em prol do bem-estar de outros.

Nota-se, porém, que na comunidade médica existem profissionais que adotam uma postura irredutível diante da necessidade imposta por alguns pacientes específicos. O presente estudo visa discutir a postura médica perante o novo e o desconhecido em relação aos procedimentos tradicionais. Fica claro nessa pesquisa que muitas são as vezes em que o médico, ao propor um tratamento com o auxílio de sangue autólogo, não tem a intenção de prejudicar o paciente e sim o desejo genuíno de “salvá-lo” mediante as técnicas tidas por eles como assertivas. Sobre tal atitude irredutível, o jurista Celso Ribeiro Bastos emite seu parecer sobre o “Direito de recusa de seus familiares ou dependentes, às transfusões de sangue, por razões científicas e convicções religiosas” ao dizer:

O que se tem presenciado é certa intransigência, inexperiência ou mesmo ignorância de alguns médicos que, por desconhecem tratamentos substitutos, insistem em aplicar um único método, que eles dominam e, pois, utilizam de modo bastante cômodo. Agindo deste modo, o médico estará, na verdade, a violar dispositivo de seu próprio Código de Ética Médica (Resolução do Conselho Federal de Medicina n.1.246/88) que reza: “o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente” (art. 5º) (BASTOS, 2000, p.26).

Observa-se, porém, a postura de médicos que ainda se detêm na demonstração da legítima genuinidade do tratamento, ao fazer valer o juramento médico, derivado dos manuscritos de Hipócrates, que estabelecem normas éticas de conduta como norteadoras de sua vida profissional. O juramento reza:

Eu solememente, **ju**ro consagrar minha vida a serviço da Humanidade. Darei como reconhecimento a meus mestres, meu respeito e minha gratidão. Praticarei a minha profissão com consciência e dignidade. A saúde dos meus pacientes será a minha primeira preocupação. Respeitarei os segredos a mim confiados. Mantereí, a todo custo, no máximo possível, a honra e tradição da profissão médica. Meus colegas serão meus irmãos. Não permitirei que concepções religiosas, nacionais, partidárias ou sociais intervenham entre meu dever e meus pacientes. Mantereí o mais alto respeito pela vida humana, desde sua concepção. Mesmo sob ameaça, não usarei meu conhecimento médico em princípios contrários às leis da natureza. Faço estas promessas, solene e livremente, pela minha própria honra (DECLARAÇÃO, 1948).

A consciência e dignidade da Medicina podem ser observadas na iniciativa de diversas instituições e médicos que buscam sempre inovações tecnológicas disponíveis para ajudar o maior número de pessoas. Instituições como o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em

pareceria com o cardiologista, Dr. Adib Jatene, dedicam-se ao ensino e pesquisa científica, buscando a viabilização do serviço de cirurgia e materiais de implantes, necessários para cirurgias cardíacas, conforme observado no depoimento concedido por Jatene à revista *Veja* São Paulo (13 de junho de 2012), na matéria intitulada “O dia em que enfartei”:

Quando surgiram no mundo as válvulas artificiais e nós não tínhamos condições de importá-las para o Brasil, eu só pensava em dar um jeito: ‘Como é que eu vou fazer isso aqui?’. E, em 1964 as montamos, com o material disponível no país. Em 1958, para fazer o coração-pulmão artificial do Hospital das Clínicas, fui a uma fábrica pedir para adaptarem um motor e depois comprei peças na Rua Santa Ifigênia, que na época já era um polo eletroeletrônico. Sou otimista (JATENE, 2012 apud VEJA 13/06/2012, p. 27).

O trabalho que deu início no ano de 1959 na renomada instituição Dante Pazzanese, segundo sua página oficial na *internet*, já apresenta frutos duradouros na área de bioengenharia, onde foram criados equipamentos tais como: máquinas de circulação extracorpórea, oxigenadores de sangue artificial, desfibriladores, instrumentais cirúrgicos para procedimentos de circulação extracorpórea, marcapassos internos e externos e válvulas cardíacas tipo bola implantáveis.

O objetivo principal da divisão de Bioengenharia da Fundação Adib Jatene (FAJ) é fomentar pesquisa e desenvolvimento de equipamentos médicos, experiências *in vitro* e *in vivo*, produção e comercialização de equipamentos acessórios para a área de cardiologia, consultoria, orientação de alunos, convênios com universidades, além de projetos de financiamento com entidades filantrópicas de fomento à pesquisa. Novos produtos estão em fase de pesquisa, como é o caso do coração auxiliar artificial e descartável *Spiral Pump*.

A cirurgia tradicional<sup>51</sup> realizada em 2004 no aposentado no Hospital Beneficência Portuguesa em São Paulo pode ser realizada atualmente de outras duas maneiras. O Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Dr. Robinson Poffo, desde 2008, realizam cirurgias minimamente invasivas<sup>52</sup> e robóticas<sup>53</sup> (cardíacas desde 2010)<sup>54</sup>. Cirurgias como essas não são

---

<sup>51</sup> Realizada através da abertura do osso do peito (esternotomia mediana), permite acesso direto ao coração, o que facilita a realização de diversos tipos de procedimentos. Requer um tempo de recuperação maior, pois há necessidade de cicatrização do osso do peito que foi serrado (DR. POFFO, ROBINSON, 2012). Disponível em < <http://www.cardiocirurgia.com/cirurgias> >.

<sup>52</sup> É uma abordagem realizada através de pequenas incisões no tórax com o auxílio de uma microcâmera de alta resolução que amplia a imagem, melhorando a precisão da cirurgia, o que torna desnecessária a abertura do osso do peito. Em geral, o tempo de internação é menor e há um retorno mais rápido às atividades diárias. (DR. POFFO, ROBINSON, 2012) Disponível em < <http://www.cardiocirurgia.com/cirurgias> >.

cobertas por planos de saúde e pelo SUS, pois a técnica ainda não se encontra regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Existem vários estudos e movimentos na ANS com a finalidade de regulamentar tais procedimentos para que seja possível a cobertura das operadoras, uma vez que relatórios da própria instituição HIAE atestam a eficácia, diminuição de riscos e danos aos pacientes bem como redução de custos em virtude do tempo de internação.<sup>55</sup>

Munir a classe médica com conhecimentos a respeito das crenças religiosas das Testemunhas de Jeová os auxiliam na tomada de decisões equilibradas no que diz respeito à fé do paciente e à indicação de procedimentos isentos de sangue. Os médicos que se dispõem a tratar pacientes Testemunhas de Jeová de acordo com suas necessidades especiais ainda representam uma pequena parcela perante a real necessidade da cidade de São Paulo e do País.

Uma série de conceitos, estudos e entrevistas foram reunidas neste capítulo com a finalidade de refletir a relação médico-paciente não sob o conceito de hospitalidade como sinônimo de hotelaria hospitalar amplamente divulgado em muitos hospitais, mas sim com o conceito fundamentado na dádiva que visa ao relacionamento humano, à constituição de vínculos, à doação e ao apaziguamento. Diferentemente da hotelaria hospitalar, a hospitalidade não segue a tendência de tratar os doentes e/ou pacientes como clientes, mas como sujeitos.

O fator motivador dessa pesquisa já mencionado na introdução desta dissertação foi justamente a dificuldade em lidar com a equipe médica quando o Sr. Edson Batista teve seus

---

<sup>53</sup> É uma evolução da cirurgia minimamente invasiva, na qual o cirurgião, com a utilização do sistema robótico, acessa o coração através de pequenas incisões. O cirurgião vê as imagens ampliadas em 10x e em 3D ampliando a destreza dos movimentos. O robô agrega precisão e segurança ao procedimento (DR. POFFO, ROBINSON, 2012). Disponível em < <http://www.cardiocirurgia.com/cirurgias>>.

<sup>54</sup> Adrenalectomia, Atriosseptoplastia, Cardioplastia esofágica, Cardioplastia hiatal, Cistoprostatectomia radical, Colecistectomia, Colectomia, Correção de retocele, Derivação biliodigestiva, Duodenectomia, Esplenectomia, Esofagectomia, Exerese de tumor de orofaringe, Exisão de mixoma atrial esquerdo, Gastrectomia subtotal, Gastrectomia total, Gastrectomia vertical, Gastroduodenopancreatectomia, Hemicolectomia, Hepatectomia, Hérnia de hiato, Herniorrafia Inguinal, Histerectomia, Implante de prótese válvula mitral, Salpingectomia, Laparoscopia exploradora para retirada de tumor duodenal, Laparotomia com biópsia de nódulo esofágico, Lise de aderência com cauterização de foco de endometrioses, Lise de aderência pélvica, Nefrectomia parcial, Miomectomia, Nefreuretorectomia, Ooforectomia, Ooforoplastia parcial, Pancreatectomia parcial, Pancreatectomia corpo caudal com preservação do baço, Pancreatectomia total, Pieloplastia, Prostatectomia radical, Ressecção de cisto mesentérico, Herniorrafia umbilical, Ressecção de cisto hepático, Ressecção de tumor de retroperitoneal, Ressecção de tumor de vias biliares, Retossigmoidectomia, Transplante de Fígado (anastomose de veia porta/artéria hepática/vias biliares), Ureterectomia, Ressecção de tumor de sulco glossoamigdalina parcial, Ureterostomia, Valvoplastia mitral (EINSTEIN, 2012).

<sup>55</sup> Quando realizado de forma particular, a cirurgia robótica apresenta custo a partir de R\$ 27.000,00, segundo o Departamento Comercial de Cirurgias Cardíacas do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, e a internação pode ser custeada pelo plano de saúde do paciente (EINSTEIN, 2012).

direitos impedidos. Houve dificuldade nas tratativas e no diálogo entre os familiares e a equipe médica, pois toda e qualquer sugestão dada era vista como invasiva a uma área a qual eles tinham total domínio do conhecimento. Observa-se a dificuldade no diálogo entre médicos e pacientes quando os pacientes expõem assuntos relacionados à sua fé, convicção nem sempre compartilhada pelo membro da equipe médica. Outro aspecto crítico se dá quando os pacientes tratam assuntos científicos superficialmente e alguns médicos os desconsideram por se tratar de conhecimento próprio à classe médica.

A falta de equilíbrio entre as partes pode ser um empecilho para o bom tratamento do paciente, bastante claro no depoimento da filha de uma paciente em tratamento no hospital Santa Marcelina na Zona Leste da cidade de São Paulo. Ela relata:

*Minha mãe em momento algum ficou inconsciente. Ela estava lá no quarto e eles (médicos) aproveitaram que eu estava sozinha. O irmão [representante da COLIH] já tinha ido embora, eu estava sozinha, então. Então foi quando eu falei pra eles que eu não iria assinar por ela, porque ela já tinha tomado a decisão e que eu a apoiava totalmente. Eles disseram então que não poderiam fazer mais nada. Ou eu aceitava a transfusão de sangue ou eles não poderiam fazer mais nada. Aí foi quando eu sugeri que eles usassem aquele medicamento que eles mesmos tinham falado, né, que eles continuassem. Foram eles mesmos, eu me lembro, que foi até uma médica. Ela estava assim bastante nervosa. Me perguntou quem eu era pra ditar o que eles deveriam dar ou não. Aí foi onde eu falei pra eles apenas o que eu tinha ouvido, que era exatamente deles, né! Eles não estavam dispostos a escutar, a me ouvir (Eliana, 54).*

No depoimento nota-se que não constitui tarefa fácil conceder um atendimento genuíno ao paciente, ao ter que lidar com diferentes histórias de vida. Mesmo em situações precárias de trabalho, onde instituições não fornecem condições básicas para o desenvolvimento de seu trabalho, alguns médicos conseguem tratar o paciente com dignidade por ouvi-los e se colocam à disposição de forma humana, disponibilizando seu conhecimento científico e vivência para o bem-estar de outros.

### **3.2 A humanização do hospital**

Cada doença pertence a um doente. Cada doente tem uma mente. Cada mente é um universo infinito.

O hospital contemporâneo é um espaço dedicado aos serviços de saúde, onde comumente a debilidade da saúde do paciente fica explicitada. Os pacientes por diversas vezes ao longo da vida se deparam com o sofrimento pessoal, causado por uma doença ou desequilíbrio na saúde que requerem intervenção médica.

Barros, Falcone e Pinho (2011) avaliam a empatia médica na percepção de médicos e pacientes, em contexto público e privado de saúde, afirmam que desde os primórdios da prática em saúde, a relação médico-paciente parece ter sido construída sobre um modelo hierárquico do médico em relação ao seu paciente. Em face dessa relação, repulsão ou vínculo entre pessoas de diferentes constituições sociais, econômicas, espirituais e religiosas ocorrem, com diferente grau de intensidade em um ambiente onde é prezado o respeito mútuo das diversidades.

Os autores supracitados utilizam o conceito de empatia de Larson e Yao (2005) ao defenderem a ideia de que ela pode ser considerada como o símbolo do cuidado do profissional de saúde em relação ao seu paciente. Larson e Yao (2005 apud BARROS, FALCONE, PINHO, 2011, p. 323) conceituam empatia como:

[...] a capacidade de compreender de forma acurada, bem como de compartilhar ou considerar sentimentos, necessidades e perspectivas de alguém, expressando esse entendimento de tal maneira que a outra pessoa se sinta compreendida e validada.

A empatia pode ser considerada uma eficaz “ferramenta” na constituição de vínculos, principalmente nas situações em que a confiança entre ambas as partes envolvidas são evocadas como, por exemplo, no momento em que o médico fornece ao paciente as informações técnicas e científicas sobre seu quadro clínico e respectivo tratamento. A empatia fará a diferença na comunicação que se estabelece e no “clima” que se estabelece entre ambos.

Ao passo que métodos científicos são elaborados com o intuito de aprimorar tratamentos clínicos, observa-se que elementos pertinentes à personalidade dos seres humanos, tais como crenças, valores, sentimentos, espiritualidade e emoções podem passar despercebidos, não compreendidos ou até simplesmente não observados. Em um importante artigo publicado em 2008, Maria Esther Fernandes faz uma série de reflexões sobre a relação médico-paciente e a desumanização da medicina. Ela observa que:

com o desenvolvimento tecnológico e a instrumentalização crescente da clínica, a relação médico-paciente cede lugar a uma relação entre a instituição médica e a doença. O Médico passa a ser instrumento de veiculação do conhecimento e de tecnologia e o paciente mero portador de uma patologia, restando espaço reduzido para a escuta do que este tem a dizer (FERNANDES, 2008, p. 37).

No referido artigo, Fernandes (2008, p. 37) apresenta a fala de Isaías Pessotti, publicada em um artigo em 1996 para comprovar seu argumento de que para “compreender a complexidade de aspectos existenciais do seu paciente, o médico precisa ir além da mera morfofisiologia”. Isso ocorre quando o médico esta pronto a:

ver e ouvir o homem que, vitimado pela doença, traz ao consultório seu corpo doente [...] Para a eficiência médica, já não basta entender o corpo, nem basta entender o “doente” [...] É a própria arte médica que depende, agora, de uma volta ao estudo do homem, para além do conhecimento da machine humaine (PESSOTTI, 1996, p.442 apud FERNANDES, 2008, p. 37).

Pensando nos vínculos que podem e precisam ser estabelecidos dentro dos hospitais, em 1975, foi proposto à Comissão Científica de um Congresso Hospitalar que incluísse em seu programa uma palestra sobre “A Humanização no Hospital” e tal sugestão foi recebida com uma gargalhada do Presidente, na ocasião, e ainda hoje, um destacado empresário hospitalar que, em seguida assim se manifestou: “Bem, como deverão estar presentes ao Congresso algumas freiras, não custa reservar uns minutos para este tema”. E assim pela primeira vez no Brasil, houve a oportunidade para se falar a respeito do tema, segundo João Catarin Mezomo.

Mezomo (2001) afirma que nestes últimos anos o hospital conheceu uma série de mudanças tecnológicas e ganhou também uma nova administração, com a formação dos primeiros “administradores hospitalares” profissionais. Afirma ainda que a sociedade conheceu também várias mudanças, infelizmente nem todas positivas, como é o caso do aumento descontrolado da violência em todas as suas dimensões: física, psicológica, moral, política e social. É importante ressaltar essas informações do autor, pois ele considera que tal situação fez com que a sociedade ainda mais violentada, buscasse mais por justiça e pela preservação de seus direitos fundamentais, dentre os quais se destaca a dignidade e o valor da pessoa humana.

Segundo Mezomo (2001), a humanidade tem se dado conta de que o respeito à pessoa é condição para sua própria. Trata-se de reconhecer sua posição como centro de referência do mundo que ela administra e das organizações que constrói, como é o caso dos hospitais, que têm na pessoa do enfermo sua própria razão de ser. O autor é contundente quando afirma que não se trata de imposição de valores morais e de princípios religiosos específicos de determinados grupos. Trata-se, porém, do respeito à dignidade intrínseca da pessoa humana e da garantia de seu Direito Fundamental à vida e à saúde.

Estão os profissionais relacionados à área da saúde, bem como os espaços destinados ao tratamento delas, de forma singular, em sintonia com o conceito de saúde da OMS anteriormente abordado?

A lacuna ainda não preenchida em sua totalidade, no tocante à forma que um ser humano trata o outro em seu estado debilitado de saúde é discutida por muitos estudiosos que buscam definições literárias para suprir tal espaço. Mezomo (2001) define humanização no hospital como tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e à salvaguarda de seus direitos fundamentais. Acrescenta que hospital “humanizado”, portanto, é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita a pessoa, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade.

Esses simples conceitos desencadeiam uma série de deduções e consequências, como destaca Mezomo (2001, p.276):

- 1 – O hospital encontra sua razão de ser e sua legitimidade social no atendimento, como segurança, das necessidades das pessoas que buscam seus serviços.
- 2 – A estrutura física do hospital deve privilegiar o paciente, considerando suas limitações e necessidade de estada, locomoção, repouso e conforto.
- 3 – A estrutura tecnológica deve garantir os meios e as técnicas necessárias para evitar que o paciente tenha aumentado os seus riscos.
- 4 – A estrutura humana deve fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e os objetivos próprios do hospital. Neste sentido, torna-se imprescindível que o trabalho da equipe de saúde seja, essencialmente, uma presença solidária! Ao executar tarefas de cuidado ao paciente, o profissional deve fazê-las com sentimento e emoção.
- 5 – A estrutura administrativa do hospital deve colocá-los em condições de garantir os direitos do paciente e, sobretudo, o direito de serem tratados como pessoas humanas.

Mezomo (2001) afirma que a humanização supõe uma política administrativa integrada e permanentemente centrada no atendimento personalizado do enfermo. Ela supõe

um perfeito entendimento pelos administradores das expectativas e necessidades dos pacientes que, para tanto, devem ser consultados por um sistema eficaz de comunicação. O referido autor descreve na prática a humanização, distanciando-se de um mero conceito ao dizer:

É uma filosofia de ação solidária. É uma presença! É a mão estendida! É o silêncio que comunica! É a lágrima enxugada! É o sorriso que apoia! É a dúvida desfeita! É a confiança restabelecida! É o conforto na despedida! (MEZOMO, 2001, p. 276).

Tal descrição está de acordo com o conceito de humanização de Maria Helena da Cruz, Coordenadora de Humanização no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), em entrevista cedida ao vídeo repórter Rodrigo Leitão do programa “A noite é uma criança” (2011), conduzido pelo apresentador Otávio Mesquita:

*Humanizar é encarar o paciente ou o usuário como um ser que tem a sua história, que tem as suas angústias e que precisa ser ouvido, precisa ser escutado e precisa ser visto de uma forma integral. A humanização é fundamental em tudo, mas principalmente em hospitais onde as altas tecnologias precisam ser concomitantemente aliadas à humanização. A forma de se atender, a forma de se manter essa relação com o usuário. O usuário não é apenas um consumidor e sim uma pessoa que precisa ser vista em toda sua dimensão, subjetiva, social, cultural. A humanização serve para aprimorar e aproximar não somente a relação entre médicos e pacientes e sim entre todos os profissionais da saúde e usuários (Maria Helena da Cruz).*

A transparência dos valores conceituais destacados por Cruz (2011) e Mezomo (2001) revela a importância de o paciente ser visto como um ser individual em toda a sua essência. A dádiva do acolher em toda a sua dimensão encontra-se descrita nessas singelas palavras de grande profundidade, estando ainda em harmonia com o pensamento de Telfer (1996, p.86 apud LASHLEY; MORISSON, 2004, p. 16) quando diz:

Ser um bom anfitrião pressupõe mais do que determinadas condutas, como garantir que há bebida suficiente e que os hóspedes têm o bastante para comer. Requer, além disso, um desejo genuíno de agradá-lo e deixá-lo satisfeito.

A congruência existente entre esses pensamentos são fatores que dentre as indagações propostas para essa pesquisa demonstram que o paciente, enquanto hóspede, seja notado

como um ser que possui necessidades físicas, mentais, sociais e espirituais e o médico, enquanto anfitrião, possua um conhecimento tanto das técnicas aplicadas quanto sobre a vontade do paciente, para que na relação médico-paciente, as decisões a serem tomadas possam ser equilibradas a favor, tanto do paciente, no quesito fê e do médico, no quesito ético profissional. O desejo genuíno de agradabilidade e de satisfação, tanto do paciente quanto do médico em querer resolver as questões que envolvem a vida são pressupostos para que ambos os lados obtenham resultados satisfatórios.

Mezomo (2001) salienta que já não se pode tratar o paciente como um cidadão de segunda classe, privado de roupas e dignidade, e fazê-lo esperar horas para ser visto pelo seu médico. Acrescenta que o paciente também não deseja uma enfermagem mecânica ou robótica e nem quer ser menos importante do que sua doença. Tais questões evidenciam que a aceitação do paciente em estar doente não significa a perda de identidade.

A robotização e a falta de sensibilidade no ambiente hospitalar foram apontadas em entrevista realizada com o Doutor Paulo Roncada (2012), quando questionado sobre a existência de humanização na área da saúde na prática. Ele diz:

*Esses dias eu estava em um hospital e vi uma senhora que aparentava ter uns 90 anos de idade sendo levada para o corredor em uma maca acompanhada de sua filha. A filha quando questionou algo sobre o que fariam ou algo em relação à situação de sua mãe, ao que a auxiliar de enfermagem disse: “Agora é só aguardar!” (Paulo Roncada).*

Roncada (2012) ficou espantado com a reação e a frieza da auxiliar de enfermagem, que não forneceu a mínima informação que pudesse amenizar a situação da paciente, bem como da familiar, virando-se para conversar com outra pessoa do setor, como se nada estivesse acontecendo.

É importante analisar a coesão da prática com a teoria, pois o distanciamento do proposto ou idealizado ocorre frequentemente, em diversos estabelecimentos hospitalares. Ainda quando se pensa que alguns estabelecimentos, sejam eles públicos ou privados, tratam determinados pacientes como cidadão de segunda classe, desrespeitando seus direitos fundamentais, a aplicação da teoria fica mais distante.

Outro fator que se faz importante analisar é a contínua e crescente especialização, que considera o paciente por idade, sexo, doença, entre outros, tornando frágil a visão global das necessidades e desequilíbrios do doente. A entrevistada Vera Lucia Rodrigues Alves, Doutora em Psicologia Social, diz:

*O médico tem o direito de fazer o que sabe fazer e recusar o novo. Ele tem o direito de recusar a fazer um tipo de tratamento em que não se sente à vontade. O que mais existe hoje são especialistas. Cada um sabe muito sobre um pouco. Inúmeras cirurgias hoje são feitas com dois ou três médicos especialistas, justamente para suprir uma necessidade das reações cruzadas, lembrando que não existe técnica alguma que garanta ao paciente 100 % de sucesso (Vera Lucia Rodrigues Alves).*

Pensando na necessidade e desequilíbrio do doente, Mezomo (2001) afirma que muitas vezes o cirurgião nem sequer vê o rosto do paciente que opera. Ainda destaca que o cirurgião se esquece do fato de que para o paciente ele é o primeiro e melhor remédio. Dado que se aproxima ao estudo referenciado de Le Goff (1985, p. 210), acerca da postura médica em relação ao paciente, ao usar o mesmo medicamento prescrito na frente do paciente, como sinal de confiança.

Mesmo em tempos tão distantes, as observações aqui acima relacionadas se harmonizam no quesito confiança entre médico e paciente. Mezomo (2001) ainda chama a atenção a outro fator importante. Os funcionários do hospital devem desenvolver o necessário grau de compreensão exigido para responder às necessidades, mesmo não expressas, daqueles por cujos cuidados são responsáveis. Essa compreensão exige qualidades humanas fundamentadas em diferentes formas de abordagem para cada paciente, de acordo com suas necessidades e expectativas.

O Grupo de Visita a Pacientes (GVP) é um trabalho voluntário de pessoas que auxiliam a COLIH, visitando pacientes Testemunhas de Jeová em hospitais, com o intuito de cuidar de suas necessidades físicas, emocionais e principalmente espirituais. São eles os que fortalecem a fé dos pacientes na questão do sangue e auxiliam a família do paciente com o que for necessário, providenciando inclusive alimentação, acomodações e até mesmo revezamento de acompanhantes para o paciente, se necessário.

Como já mencionado por Guillaume (2001), o hospital pode causar estranheza aos pacientes e, para tanto, Mezomo (2001) assume que os pacientes devem ser entendidos e respeitados como pessoa desde o seu ingresso no hospital até sua volta à família. Dentro da rotina de admissão necessária, ele não deve ser despersonalizado e nem constituir um ato mecânico, executado por pessoal burocrático e mal treinado.

Essa despersonalização foi retratada no estudo realizado pela Doutora Graziela Zlotnik Chehaibar (2010, p.76), sobre Bioética e crença religiosa: estudo da relação médico-paciente Testemunha de Jeová com potencial risco de transfusão de sangue. Durante a fase de coleta de dados identificou que não havia a religião Testemunhas de Jeová nos cadastros eletrônicos

dos pacientes, visto que no cadastro do InCor, instituição onde o referido estudo fora realizado, enquadravam tais pacientes como “evangélicos”. A relevância dessa informação, que em um primeiro momento limitou a pesquisadora, resultou, posteriormente, na inclusão da categoria Testemunha de Jeová no sistema de cadastro do InCor, tornando possível uma personalização do paciente desde sua entrada.

### 3.3 Lei Mário Covas

*Le principe fondamental de toute morale sur lequel j'ai raisonné dans tous mes écrits, est que l'homme est un être naturellement bon!*

Jean-Jacques Rousseau

Em 17 de março de 1999, ciente de seu diagnóstico e prognóstico ominoso, Mário Covas sancionou a Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (n. 10.241/99), conhecida hoje como Lei Mário Covas, que assegura em seu art. 2º: “são direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: XXIII – recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida” e XXIV – optar pelo local de morte”.

Em 6 de março de 2001, Mário Covas pôde usufruir de tal lei ao recusar-se a ir para UTI, e falecer em um quarto do Instituto do Coração (InCor). Tinha o diagnóstico de adenocarcinoma de bexiga, doença altamente relacionada ao hábito do tabagismo, na forma avançada e considerado fora de possibilidades terapêuticas, optou por ficar com os familiares, apesar de estar em uma condição clínica bastante deteriorada e sob efeito de medicações para dor (morfina e derivados) que alteram a capacidade de raciocinar (KARL, 2009).

Uma vez posicionado o lado do paciente, faz-se necessário também refletir a posição dos médicos envolvidos e sua relação com a comissão de ética e legislação vigente. Alguns médicos, com seus conhecimentos científicos e experiência, julgam a transfusão como uma e talvez a única forma de tratamento eficaz de salvar a vida, em casos emergenciais. Em alguns casos, respeitar a vontade do paciente Testemunha de Jeová em não transfundir sangue pode significar a sua morte.

Em 2004, a Comissão de Bioética (CoBi) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) emitiu o parecer “Orientação sobre Recusa de Transfusão de Sangue do Testemunha de Jeová” (n. 007/2004) que define políticas

internas e estratégias para o atendimento de pacientes Testemunhas de Jeová, como forma de amenizar conflitos entre a comunidade médica e o paciente. Além do próprio Hospital das Clínicas, o parecer 007 declara que a equipe médica repudia concordar em assistir o óbito de um paciente por carência de volume sanguíneo efetivo, no momento considerado como “imminente perigo à vida”.

Ao médico verifica-se o confronto: ficar sujeito às sanções legais, por ser imprudente ao aplicar a transfusão de sangue sem o consentimento do paciente ou ficar sujeito às sanções éticas da comunidade médica, por ser negligente em não aplicar a transfusão de sangue.

Ainda que todas as recomendações do parecer 007/2004 sejam respeitadas e implementadas, situações adversas podem ocorrer. Ariès (1977) aponta o tempo em que a responsabilidade sobre a vida ou a morte de um paciente era atribuída ao sábio taumaturgo, possuidor dos segredos da saúde e do sofrimento, que sabia melhor do que ninguém o que era preciso fazer e a quem cabia, por conseguinte, decidir com tal soberania.

Observou-se que:

O médico em casa é menos sigiloso e menos absoluto do que no hospital. É porque no hospital ele pertence a uma burocracia cujo poder reside em disciplina, organização, anonimato. Nessas condições, apareceu um novo modelo da morte medicalizada, a morte no hospital, um *style of dying*. A morte deixou de ser admitida como fenômeno natural, necessário. Ela é um fracasso, um *business lost* (ARIÈS, 1977, p. 640).

Reconhecer a morte como um fenômeno natural e não como um fracasso profissional pode ser um fator determinante na reflexão sobre a autonomia do paciente. A Revista Bioética (30/3/2005, p. 54) escreveu:

Observamos que a medicina está passando por uma mudança de paradigma. A legislação expressa apoia-se num determinado paradigma de medicina. Como este está mudando, esta transformação também influencia as mudanças de legislação. Em continuidade, apresentamos a opinião de alguns médicos brasileiros comentando que o processo do morrer em nossas instituições é ainda muito bruto e sofrido. Contudo, este cenário de sofrimento indigno pode mudar a partir de uma intervenção no aparelho formador dos futuros profissionais de saúde, especialmente os de medicina, para trabalhar o ser profissional de uma forma mais humana e ética, para além do endeusamento unilateral da excelência em termos de competência tecnocientífica. A crescente atenção que os programas de humanização das instituições de saúde, especialmente UTIs, vêm ganhando na área da saúde e o crescente interesse com os cuidados paliativos e alguns projetos pioneiros no país, de implementação desta filosofia de cuidado de pacientes terminais, constituem grande lance de esperança. Trata-se de uma alternativa saudável na direção de se criar uma nova cultura de respeito à dignidade do ser humano num momento crítico de sua existência: o enfrentar a própria morte.

Programas de humanização das instituições de saúde mencionados acima estão de acordo com o estudo de Leiria (2009), apresentado no campo do direito intitulado: Transfusões de sangue contra a vontade de paciente da religião Testemunhas de Jeová: uma gravíssima violação de direitos humanos. Dentre as vinte conclusões apresentadas nesse estudo, a que aporta dados relevantes para a discussão para a presente pesquisa é a seguinte:

Os estabelecimentos de ensino médico e de atendimento à saúde devem ministrar urgentemente ensinamento sobre os tratamentos alternativos substitutivos das transfusões, minimizando a possibilidade de contágio. Nos programas das disciplinas médicas – nos níveis de graduação e pós-graduação – torna-se imperioso incluírem-se disciplinas como ‘Tratamentos alternativos às transfusões de sangue’, ‘Sociologia da Medicina’, ‘Psicologia do paciente’ e, especialmente, Ética médica.

Leiria (2009), em seu artigo que pretende demonstrar que a recusa à transfusão de sangue tem apoio na Constituição Brasileira e também na legislação infraconstitucional, afirma que as técnicas alternativas experimentaram grande desenvolvimento nos últimos trinta anos, podendo presumir com boa dose de razoabilidade que em poucas décadas os progressos técnicos acabarão totalmente com a necessidade de transfundir sangue.

Ribeiro (2006) em estudo intitulado: Viver a própria vida e morrer a própria morte aborda mudanças ocorridas no Ocidente, inclusive no Brasil, em decorrência da substituição do princípio do paternalismo pelo consentimento livre e esclarecido nas relações biomédicas, com destaque para a integração da autonomia como princípio inerente à dignidade humana. O autor afirma que o respeito à autonomia, à autodeterminação pessoal é a base para a suspensão de esforço terapêutico dos usuários dos serviços de saúde com capacidade preservada.<sup>56</sup>

Autonomia, segundo o estudo de Ribeiro (2006), é derivada do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade ou lei), sendo utilizada, originariamente, para expressar o autogoverno das cidades estados independentes.

---

<sup>56</sup> “Por suspensão de esforço terapêutico compreende-se não iniciar ou suspender terapia iniciada, não ressuscitar nos casos de parada cardiorrespiratória, não submeter o doente à ventilação mecânica, alimentação e hidratação artificiais contra a sua vontade, que pode ser instantânea ou manifestada em diretivas antecipadas. Os médicos e demais profissionais de saúde têm o dever de respeitar a autonomia do usuário, inclusive para lhe dar alta "a pedido", deixando que a morte ocorra no local, no tempo e em companhia de quem o doente quiser. O usuário dos serviços de saúde tem o direito de estar só e de morrer só, de estar acompanhado e de morrer entre os seus (RIBEIRO, 2006, p. 1753)”.

Ribeiro (2006) demonstra em sua publicação que as relações de saúde, construídas sob o modelo paternalista, foram diretamente afetadas pelo “princípio da autonomia”. No Brasil, a mudança ainda não está consolidada, mas há sinais indicativos da substituição do paternalismo pelo consentimento livre e esclarecido.

Outro fator de extrema relevância apontado no referido estudo sobre a autonomia é que ela não dispensa a capacidade para expressá-la. Há situações em que o paciente se torna incapaz de decisões instantes, como nos estados de inconsciência em geral, justificando o surgimento dos “testamentos vitais” e das “diretivas antecipadas”, instrumentos de manifestação de vontade para o futuro, com a indicação negativa ou positiva de tratamentos e assistência médica.

Partindo do pressuposto de que as Testemunhas de Jeová possuem preceitos religiosos que fundamentam sua recusa do uso de sangue, tanto na alimentação como em tratamentos terapêuticos de saúde, torna-se necessário refletir como se relacionam com a comunidade médica que tem como conduta ética a utilização do sangue para evitar a morte de um paciente independentemente de suas crenças e valores, mesmo que tal aplicação seja indicada em iminente risco de morte.

Não é objetivo desta pesquisa aprofundar-se em conceitos e valores conhecidos do Direito bem como da Medicina, mas é de notável importância expor conceitos cabíveis às duas ciências, para refletir sobre a relação que tais ciências exercem sobre o ser humano na forma da relação médico-paciente.

O estudo do tema “direitos fundamentais” surge e toma corpo, segundo Lembo (2007), após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Na literatura jurídica, a expressão “direitos fundamentais” envolve uma série de direitos que objetivam a preservação da espécie humana e de seus atributos, ou de maneira retórica: “direitos rigorosamente indispensáveis à integridade do corpo e independência do espírito”. É justamente nesse período que as Testemunhas de Jeová se veem confrontadas em seus tratamentos de saúde, em face da ampla difusão do sangue em tratamentos terapêuticos de saúde.

Lembo (2007) ainda lembra que no decorrer da história, em conformidade com as diversas doutrinas filosóficas e as circunstâncias políticas, o tema “direitos fundamentais” foi contemplado com inúmeras denominações por escolas do Direito Constitucional. Os direitos fundamentais estão presentes na constituição brasileira, bem como na literatura jurídica e nos textos constitucionais de diversos povos.

Diversos são os estudos que envolvem direta ou indiretamente as Testemunhas de Jeová acerca dos aspectos da bioética, direitos humanos e iniciativas de pesquisa sobre tratamentos com procedimentos isentos de sangue.

Azevedo e Shander (2002) avaliam a utilização de sangue halogênico em procedimentos cirúrgicos em centros médicos norte-americanos. Evidências fisiológicas e fisiopatológicas na prática transfusional auxiliam tais autores a demonstrar que existem alternativas ao uso do sangue halogênico, que são seguras, efetivas e simples. Alternativas estas que, segundo eles, tornar-se-ão possivelmente a conduta padrão em centros médicos de excelência.

Por sua vez, Shander e Goodnough (2007) fornecem em seu estudo uma visão geral sobre princípios de gerenciamento do sangue por meio de uso apropriado tanto do sangue como de seus componentes visando minimizá-lo.

Silva e Macedo (2006) pesquisam sobre transplantes autólogos de células-tronco hematopoiéticas sem uso de hemocomponentes. Nesse estudo, os autores apontam que o uso de fatores de crescimento de leucócitos, plaquetas e eritropoetina, assim como a administração de antifibrinolíticos e pró-coagulantes tem propiciado a redução no uso de hemocomponentes em pacientes oncológicos e hematológicos, visto que, segundo eles, também não são isentos de complicações.

Os referidos autores supracitados que justificam sua pesquisa na exclusão de cerca de 1.600.000 pessoas no Brasil<sup>57</sup> às possibilidades de receber diversas terapias e tratamentos adequados, principalmente procedimentos cirúrgicos, por recusarem receber transfusão sanguínea por motivações religiosas, baseiam-se em autores como Ballen, Becker e Yeap (2004), Mazza, Prudenzano e Amurre (2003), que relataram casos de transplantes de medula óssea realizados sem o uso de hemocomponentes, com toxicidade relacionada ao tratamento semelhante ao descrito na literatura.

Silva e Macedo (2006) ainda apontam que durante um transplante de medula óssea autólogo normalmente são utilizadas de cinco a vinte transfusões de concentrados de glóbulos ou plaquetas, tendo por base Bernstein, Nademanee e Vose (1998). Fazem ainda referência aos centros médicos que vêm realizando protocolos especiais na tentativa de minimizar e/ou até deixar de utilizar hemocomponentes, com base nos estudos demonstrados por Zenz,

---

<sup>57</sup> Dados com referência ao Anuário de 2005, das Testemunhas de Jeová, páginas 31-33 e A Sentinela de 1º/2/2005, páginas 19-22, ambos publicados pela Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados.

Dohner e Bunjes (2003), Ruiz-Arguelles, Morales-Toquero e Lopez-Martinez (2005) e Wandt e Schaefer-Eckartk (2005).

Berend e Marcel (2009) pesquisam a gestão de pacientes adultos Testemunhas de Jeová com hemorragia grave. Justificam sua pesquisa no fato do rápido crescimento dessa comunidade religiosa impor aos médicos uma nova forma de lidar com eles. Salientam que um tratamento adequado a tais pacientes com hemorragia grave envolve a compreensão das questões legais e éticas, bem como a conduta médica com tratamento de choque hipovolêmico, intervenções hemostáticas locais, além de doses elevadas de eritropoetina, combinados com suplementos de ferro, com a intenção de aumentar a velocidade da síntese de hemoglobina.

Moraes e Pires (2005) abordam a questão da transfusão de sangue em pacientes Testemunhas de Jeová na perspectiva jurídico-penal, confrontando a proteção constitucional do direito à vida com os postulados de ordem ética e religiosa. Nesse estudo, apontam conteúdo normativo do direito à vida na interpretação constitucional, ética médica e religião, a conduta do médico em uma perspectiva penal constitucional, responsabilidade penal do médico, realização da transfusão: indiferença penal do constrangimento para salvar a vida do paciente e a não realização da transfusão: isenção penal da omissão dolosa em respeito à autodeterminação do paciente.

Após discorrerem sobre os temas acima, Moraes e Pires (2005, p. 96) concluem seus estudos no plano teórico com três vertentes:

(I) a vontade manifesta do paciente Testemunha de Jeová, no sentido da recusa da transfusão de sangue, encontra respaldo no disposto no art. 5º, II, VI, VIII e X, da CR/88, inserindo-se em sua esfera de liberdade, que abrange inclusive a disponibilidade do direito à vida; (II) esta mesma liberdade não tem o condão de aniquilar direito de igual envergadura e garantido a todo e qualquer cidadão que, amparado na dignidade da pessoa humana e no seu pressuposto (intangibilidade da vida), atua em favor de terceiros, ainda que contra suas próprias vontades; (III) em se tratando daqueles que possuem dever legal de agir (art. 13, §2º, CP), a intervenção em favor da vida não pode ser recusada sob pretexto algum, quando tal intervenção é a única capaz de impedir a ocorrência do evento danoso.

Quanto à terceira e última conclusão, os autores ressaltam a influência da tradição judaico-cristã que incorpora a ideia de que a vida é um bem sagrado ou intangível, que não comporta relativismo e subjetivismo. Os autores ainda afirmam o raciocínio jurídico exposto abaixo, em favor da vontade do paciente:

[...] vem impregnado de uma postura ‘relativamente autoritária’, no sentido de que se trata de uma opção pré-conceitual, que no caso brasileiro, é influenciado sobremaneira por uma visão de mundo que se sustenta em postulados filosóficos e éticos católicos, independentemente da religião que se professe ou até da própria opção religiosa formal. Sociologicamente, a postura ético religiosa que permeia o (in)consciente coletivo (com reflexos no discurso jurídico) e que conduz a uma prévia postura sobre o assunto deita raízes na forma como se processou nossa colonização (MORAIS, PIRES, 2005, p. 96).

As Testemunhas de Jeová, em razão de sua necessidade de tratamentos sem sangue, lançaram um desafio para a comunidade médica e para os juristas no que diz respeito a como usar seus direitos em face de seus preceitos religiosos. Ainda que exista muita pesquisa referente a não utilização do sangue não somente em pacientes Testemunhas de Jeová, mas em pessoas da sociedade em geral, no plano jurídico ainda muito se discute sobre a relação médico-paciente. Moraes e Pires (2005) apontam uma solução para o problema, quando afirmam: “o médico não responde por constrangimento ilegal se realizar a transfusão e também não responderia por omissão se, respeitando a convicção religiosa do paciente, ministrar tratamento alternativo, que não a transfusão”.

### **3.4 Pesquisas na área de gerenciamento do sangue e opções terapêuticas às transfusões sanguíneas**

Partindo do princípio de que as Testemunhas de Jeová recusam o sangue em tratamentos de saúde e considerando os inúmeros riscos envolvidos nas transfusões sanguíneas, a Medicina desenvolveu uma série de tratamentos e procedimentos isentos de sangue que podem produzir efeitos benéficos aos pacientes, mesmo que em estado grave e/ou iminente risco de morte.

Ainda que apenas 1/3 da população mundial tenha acesso à Biomedicina, conforme destacado no Ciclo de Conferências do Instituto Virtual de Fármacos, realizado em 30/5/2006, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com o tema: “A Propaganda e o uso racional dos medicamentos”, em todo o mundo médicos se dispõem a tratar as Testemunhas de Jeová sem o uso do sangue. Segundo a *Desperta!* (2000), o número de médicos superava os 90 mil, dos quais mais de 4 mil se encontram no Brasil, de acordo com os dados coletados em entrevista realizada com o representante da COLIH São Paulo.

Na referida publicação, encontra-se comentário de médicos que acreditam que ‘a cirurgia sem sangue não é apenas para Testemunhas de Jeová e que todos os médicos deveriam recorrer a esse recurso’<sup>58</sup>. Outro afirma que ‘embora as transfusões de sangue hoje sejam mais seguras, ainda há riscos de reações imunológicas e infecções’.<sup>59</sup> Um terceiro médico alerta que “a primeira reação de muitos médicos é indicar uma transfusão. ‘Eles simplesmente as prescrevem liberalmente e indiscriminadamente’” (DESPERTAI!, 2000, p. 3).<sup>60</sup>

O “Guia de Conduas Hemoterápicas” (2005) publicado pelo Hospital Sírio-Libanês afirma que a transfusão é um evento irreversível que acarreta benefícios e riscos em potencial ao seu receptor. A COLIH, por sua vez, apresenta uma série de procedimentos e tratamentos que podem ser adotados pela comunidade médica em pacientes que recusam a aplicação de sangue. Abaixo são listados alguns principais:

Recuperação Intraoperatória de Células – Reduz a perda de sangue. Durante a cirurgia, o sangue de ferimentos ou de uma cavidade do corpo é recuperado. Ele é “lavado”, filtrado e, após isso, é devolvido ao paciente, em um processo contínuo;

Hemodiluição – Reduz a perda de sangue. Trata-se de uma transfusão de soro, uma solução fisiológica que ajuda a expandir o volume do sangue. Então parte do sangue é retirado para ser repostado na cirurgia. O principal cuidado a ser tomado pela equipe médica nesse procedimento é manter a diluição no ponto certo, para evitar a queda na taxa de glóbulos vermelhos, que resultaria em anemia e perda de glóbulos vermelhos. Durante a cirurgia o sangue é desviado para bolsas e substituído por expansores de volume que não contêm sangue. Desse modo, o sangue que ainda resta no paciente é diluído, contendo menos glóbulos vermelhos. Durante a cirurgia ou no término dela, o sangue desviado é devolvido ao paciente;

Máquina coração pulmão – Mantém a circulação. O sangue é desviado para uma máquina coração pulmão artificial onde é oxigenado e devolvido ao paciente;

Diálise – Funciona como um órgão. É o processo físico químico pelo qual duas soluções (de concentração diferentes) são separadas por uma membrana para igualar as concentrações. Na hemodiálise, a transferência de massa ocorre entre o sangue e o líquido de diálise através de uma membrana semipermeável artificial (o filtro de hemodiálise ou capilar). Já na diálise peritoneal, a troca de solutos entre o sangue e a solução de diálise ocorre através do peritônio;

Plasmaférese – É a remoção e a recolocação de plasma de sangue. Empregada no tratamento de um grande número de patologias com o

---

<sup>58</sup> Dr. Joachim Boldt, professor de anesteologia, Ludwigshafen, Alemanha.

<sup>59</sup> Dr. Terrence J. Sacchi, professor assistente clínico de medicina.

<sup>60</sup> Dr. Alex Zapolanski, diretor de cirurgia cardíaca do Instituto do Coração, São Francisco, EUA.

objetivo de remover um elemento patogênico ou uma substância fisiológica presente em concentrações indesejáveis na circulação. Alguns médicos talvez usem o plasma de outra pessoa para substituir o do paciente. Quando este é o caso, essa opção é inaceitável para os cristãos;

Técnicas de marcação – Diagnostica e trata doenças. Parte do sangue é retirada, misturada aos medicamentos e devolvida ao paciente. O tempo que o sangue fica fora do paciente pode variar;

Gel de plaquetas autólogas (feito de seu próprio sangue) – Fecha ferimentos, reduz a hemorragia. O sangue é retirado e concentrado em uma solução rica em plaquetas e glóbulos brancos. Essa solução é aplicada nos locais de cirurgia ou ferimentos. Em algumas fórmulas usa-se um fator de coagulação do sangue de bovinos;

Solução de Ringer – É um tipo de soro, utilizado para reposição rápida de líquido no corpo, para controle de hemorragias;

Eritropoetina – É um fator de crescimento essencial para a produção de glóbulos vermelhos. O rim é sua principal fonte. A tecnologia do DNA recombinando permitiu a clonagem do gene da eritropoetina humana e sua introdução nas células ovarianas do hamster chinês, possibilitando-a como fonte de produção industrial de medicamentos, o Eprex. O medicamento é hoje utilizado em cerca de 3 milhões de pessoas em todo o mundo, substituindo, na maioria dos casos, o uso da transfusão de sangue. Além de sua indicação nos casos de insuficiência renal crônica, é também utilizada para pacientes com doenças oncológicas e hematológicas;

Hemostatos biológicos – tampões (pads) de colágeno e celulose não aplicados diretamente para estancar sangramentos. Colas e seladores de fibrina podem fechar ferimentos causados por instrumentos perfurantes ou cobrir áreas maiores de tecidos que sangram. Outros medicamentos reduzem bastante a perda de sangue à cirurgia (aprotinina antifibrinolíticos) ou ajudam a reduzir hemorragias agudas (desmopressina);

Apoio com oxigênio e terapia de oxigênio hiperbárico;

Manutenção do sistema intravascular;

Dextron ou Iferon;

Ácido fólico;

Vitamina B12 em alta dosagem;

Apoio nutricional.

Além dos procedimentos apontados pela COLIH, o monitoramento no pós-cirúrgico integra os protocolos dos tratamentos sem sangue, e os pacientes com hematócrito baixo, após a saída da UTI, podem ser submetidos ao mesmo regime de tratamento no pré-operatório para o tratamento de anemia. Uma série de outras informações pertinentes às opções terapêuticas à

transusão de sangue pode ser encontrada na página oficial da *SOCIETY FOR DE ADVANCEMENT OF BLOOD MANAGEMENT*<sup>61</sup>, incluindo um completo glossário que abrange termos e procedimentos técnicos.

Em setembro de 2004, o aposentado que deu entrada no Hospital Municipal de Jandira teve que ser transferido para o InCor em São Paulo, pois segundo argumenta o próprio paciente entrevistado:

*Tive que sair correndo do Hospital de Jandira. Tivemos que contratar ambulância pra sair de lá, porque eles não tinham. Além de não terem recursos, não queriam me liberar. Daí tive que ir pro InCor. Em Jandira eles não conseguiram nem baixar a minha pressão. Além de não baixar minha pressão, eles não tinham recursos. Não tem um automóvel, aparelho para fazer uma ressonância, pelo menos na época não tinha [...] E o meu quadro de saúde não estava melhorando, não estava evoluindo para o bem (Edson Batista, 64).*

Após sua transferência do Hospital Municipal de Jandira com ambulância UTI particular contratada, o paciente deu entrada no InCor com fortes dores no peito, recebendo alta médica quatro dias depois:

Sumário Clínico: Paciente internado no dia 6/9/2004 por dor torácica com diagnóstico de dissecação de aorta tipo A, com indicação cirúrgica, que foi recusado pelo paciente e família por este ser Testemunha de Jeová. Recusa transfusão de hemoderivado. Evoluiu com melhora da dor assintomática, com desmame do nitroprussiato, recebendo alta em 10/9/2004 de comum acordo entre cirurgia torácica, equipe clínica e o paciente estando ciente de seus próprios riscos. HAS/DLP ECO: hve com concêntrica moderada aneurisma de aorta ascendente com 5,3 de dissecação desde aorta ascendente até descendente.

A cirurgia de aneurisma de aorta dissecante do aposentado somente foi realizada em 27 de outubro de 2004 por indicação<sup>62</sup> da COLIH<sup>63</sup>, que por sua vez indicou a equipe do Dr. Sergio Almeida de Oliveira na instituição Beneficência Portuguesa. A cirurgia foi então realizada por ele e sua equipe, composta pelos Doutores Januário M. de Souza e Salomon O. Rojas, segundo o relatório médico emitido no pós-cirúrgico:

---

<sup>61</sup> Disponível em [http://www.sabm.org].

<sup>62</sup> A consulta é realizada de forma particular e a internação no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo é pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

<sup>63</sup> “Nem sempre a COLIH pode auxiliar os membros da comunidade religiosa com suas indicações, pois há médicos colaboradores que somente atendem em instituições particulares e a quantidade deles no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é bastante reduzida (NICOLETTI, 2012)”.

Diagnóstico: Aneurisma dissecante da aorta (tipo A) + insuficiência aórtica. Operação realizada: Correção cirúrgica com tubo de dacron valvato (St. Jude®) de 23 mm + tubo de dacron (hemashield®) de 26 mm na aorta distal. Descrição: Incisão ingnal esquerda, isolada a artéria femoral comum. Toracotomia mediana transesternal, abertura do pericárdio, ventrículo esquerdo aumentado e hipertrofiado ++ aneurisma dissecante da aorta (tipo A), aorta ascendente com 60 mm de diâmetro. Heparinização. Estabelecida circulação extracorpórea com artéria femoral esquerda e átrio direito. Hemodiluição e hipotermia de 23 ° C. Parada circulatória. Injeção de solução cardioplégica (nos ostios coronarianos). Ressecção do aneurisma da aorta ascendente desde o anal valvar aórtico até a origem do TABC. Isolados os ostios coronarianos, ressecção das válvulas da valva aórtica (insuficiência por dilatação do anel e retração das válvulas). A dissecação iniciava-se na aorta ascendente proximal. Anastomose de tubo de dacron (hemashield®) de 26 mm de diâmetro ao coto aórtico. Restabelecida a circulação extracorpórea por canulação do tubo de dacron que foi pinçado. Implantado tubo de dacron valvado (St. Jude®) de 23 mm de diâmetro no anel aórtico. Implantados os ostios coronarianos no tubo. Anastomose entre os dois tubos. Despinçado o tubo. Reaquecimento. Interrompida circulação extracorpórea. Drenagem. Fechamento. Tempo de circulação extracorpórea: 80 minutos. Tempo de pinçamento da aorta: 61 minutos. Tempo de parada circulatória: 10 minutos.

Muitas são as discussões pertinentes aos conflitos decorrentes da não aceitação de sangue em tratamentos de saúde em relação às iniciativas de pesquisas que visam à substituição desse fluido por outras opções. Existe grande carência na área que pesquisa técnicas de conservação, gerenciamento e substituição do sangue em tratamentos terapêuticos. A Dra. Hajjar (2011) ressaltou a necessidade de serem desenvolvidas técnicas capazes de suprir a aplicação do líquido “caro e raro”, o sangue.

O documentário intitulado “*primum non nocere – First Do No Harm*” (2012), frase em latim que significa ‘primeiro, não causar dano’, parte do princípio fundamental da não maleficência para questionar se o sangue realmente sempre salva vidas. Tal princípio é um dos principais preceitos da ética médica para serviços de emergência. Especialistas de renome mundial compartilham suas últimas evidências científicas ao demonstrar que milhões de pessoas estão em perigo, devido aos riscos anteriormente desconhecidos associados às transfusões sanguíneas, como por exemplo, os efeitos de DNA e as transferências de cromossomos.

O documentário aponta que mais de 80 milhões de transfusões ocorrem todos os anos. Com base nessa estatística lançam-se questões referentes às implicações em longo prazo da recepção de DNA de outras pessoas ou ao fato de se receber cromossomos do sexo oposto. O documentário que explora a história controversa das transfusões de sangue aborda ainda um

grande obstáculo em face da saúde global: o reflexo da rejeição de novos conhecimentos que contradizem paradigmas arraigados.

### 3.5 Atualização científica sobre os riscos em transfusões sanguíneas

O documentário já mencionado anteriormente traz novas informações a respeito dos efeitos do uso indiscriminado das transfusões de sangue, como o estudo realizado pelos pesquisadores Bennet-Guerreiro, Veldman, Doctor, Telen, Ortel, Reid, Mulherin, Zhu, Buck, Califf e McMahon (2007) sobre a evolução de mudanças adversas no armazenamento de hemácias. Nesse extenso estudo, os autores destacam que as transfusões de sangue nunca foram submetidas a uma análise formal que avalie os riscos/benefícios que seriam de praxe para uma nova terapia biológica.

Bruce Spiess que apresenta o documentário *First do no harm* (2012), baseado em vários estudos científicos com alto grau de evidência, diz não entender o porquê de até o presente momento não terem sido feitas pesquisas profundas sobre tratamentos com o uso do sangue para determinar quando os efeitos estão mais próximos de se fazer bem ou de se fazer mal aos usuários.

Alice Maniatis (2012 – tradução livre) também afirma no referido documentário que as transfusões alteram muita coisa no organismo humano e tem efeitos colaterais de longo prazo e acrescenta: “*Nós fornecemos uma bolsa de sangue. E dentro dessa bolsa de sangue contém vários tipos de coisas e nós ignoramos. Você os ignora.*”<sup>64</sup>.

Danny Kuison acrescenta que as transfusões podem aumentar de duas a três vezes a recorrência do câncer, baseado no estudo “*Patient blood management – the pragmatic solution for the problems with blood transfusions*” publicado em 2008 pela *American Society of Anesthesiologist, Inc.*<sup>65</sup>.

Existe nos Estados Unidos da América a *Food and Drug Administration* (FDA), agência do Departamento de Saúde e de Serviços Humanos, um dos departamentos executivos federais, responsável pela proteção e promoção da saúde pública por meio da regulamentação

---

<sup>64</sup> “You give a bag of blood, and the bag of blood has all sorts of things in it, and we ignore, you ignore them” (MANIATIS, 2012 - Tradução livre).

<sup>65</sup> “[...] the recurrence where there is everywhere from two to three times more, recurring constantly if you give blood, then if you don't give blood. And that's a very frightening situation for those who go for cancer surgery” KUISON, 2012).

e supervisão da segurança de alimentos, suplementos alimentares, prescrições e drogas farmacêuticas sem prescrição médica, vacinas, transfusões de sangue, dispositivos médicos, entre outros.

Spiess comenta que a transfusão de sangue nunca foi submetida a testes tão rigorosos aos quais os medicamentos são submetidos à aprovação da FDA. Aryeh Shander, autor já referenciado nessa dissertação, afirma no documentário *First do no harm* (2012) que muitos médicos pesquisadores consideram a transfusão de sangue como medicamento para tratamento de algumas condições específicas do paciente: “De fato, o sangue é um órgão. Um órgão em forma líquida. Na verdade é o único transplante de órgãos que não requer burocracia para ser realizado. Não é necessário nada mais do que apenas poucas palavras após o teu nome e uma caneta para assinar”.

Spiess acrescenta que alguns médicos conhecem os riscos e benefícios que provavelmente podem gerar/criar/causar no momento em que essa terapia é adotada. O documentário apresenta imagens de uma série de campanha pública publicitária promovida pela *American Red Cross* a que Spiess atribui a responsabilidade de influenciar médicos, considerando tais ações como uma lavagem cerebral.

No referido documentário, o professor Vitaly Slepshkin também afirma que tanto nos Estados Unidos como na Rússia existem médicos conservadores que são a favor de transfusões e têm pessoas progressivas que pensam em evitá-las, apesar de adotarem os mesmos critérios para ambos os procedimentos nos dois países. Slepshkin ainda comenta que tais critérios são derivados de provas baseadas em evidências na medicina.

O estudo sobre “Gestão do sangue do paciente”, publicado pela Sociedade Americana de Anestesiologia (*Patient Blood Management*, 2008), afirma que o acúmulo de evidências sobre os riscos para piores resultados das transfusões de sangue desafia o dogma médico, exigindo uma abordagem mais cautelosa. Esse estudo aponta que a decisão dos executivos do sistema público de saúde da Austrália Ocidental em apoiar a mudança de paradigma, baseado no comportamento prático da gestão de transfusão de sangue no paciente é baseada em uma série de razões. As principais foram agrupadas em cinco categorias que são elas: (1) ética; (2) Medicina baseada em evidências; (3) econômicas; (4) demográficas; (5) e aspectos legais.

Vale ressaltar duas das elencadas pelo referido estudo. Do ponto de vista ético, o estudo indica que o consentimento livre e esclarecido sobre o gerenciamento do sangue do paciente em conformidade com o princípio “*Primum Non Nocere*”, revela novas preferências de tratamento, não somente do ponto de vista do paciente, mas também dos médicos. Referente à Medicina, baseada em evidências, o estudo revela que o crescente conhecimento

das limitações das transfusões, bem como seus resultados adversos, exige a interrupção da prescrição de transfusões realizadas de maneira irrefletida e rotineira.

As evidências a respeito dos riscos que as transfusões sanguíneas trazem para a humanidade não alteram o conceito básico e primordial das Testemunhas de Jeová acerca de sua recusa a esse tipo de tratamento. Pacientes Testemunhas de Jeová, constituídos de todas as camadas sociais, econômicas e culturais, adotam híbridas atitudes, a serem analisadas individualmente.

Para as Testemunhas de Jeová, ser membro ativo dessa comunidade religiosa pode ser entendido como proteção. Bauman (2004, p. 68) afirma que para “pessoas inseguras, desorientadas, confusas e assustadas pela instabilidade e transitoriedade do mundo que habitam a ‘comunidade’ pode parecer um sonho agradável; uma visão de paraíso: de tranquilidade, segurança física e paz espiritual”.

Essa segurança física e espiritual pode resultar da atuação da COLIH para a comunidade religiosa das Testemunhas de Jeová e, indiretamente, para a sociedade, por meio de seus fomentos aos estudos e pesquisas científicas na área da saúde.

## CONCLUSÃO

O lema da vida é dar e receber! Cada um de nós deve ser um pouco de ambos: doador e receptor. Temos que saber dar e temos que saber receber. Caso contrário, seremos uma árvore estéril.

Martin Buber

Em análise dos dados já coletados, observa-se que não é possível estabelecer esquemas formatados para todos os casos, uma vez que os envolvidos possuem características envolvendo crenças, valores e espiritualidade próprios. Tanto a comunidade médica como os pacientes Testemunhas de Jeová e seus respectivos familiares, que compartilham a mesma fé, visam comumente ao restabelecimento do paciente em tratamento, ainda que se valendo de técnicas e tratamentos discordantes entre eles. Nota-se ainda um desprendimento da função principal da COLIH, ao sair do papel inicial de pesquisa e circulação de informações pertinentes acerca das técnicas com procedimentos isentos de sangue para a comunidade médica, para uma aproximação ao paciente, com o intuito de muni-lo com informações técnicas a respeito de seu tratamento de saúde, seus direitos enquanto paciente e do fortalecimento da fé. Para isso conta com a ajuda de um grupo específico, conhecido como Grupo de Visitas a Pacientes (GVP), cuja ação se destina somente para membros da Associação Cristã das Testemunhas de Jeová – ACTJ.

Como descrito no início dessa pesquisa, a pluralidade da sociedade humana atual revelou-se um verdadeiro desafio para a comunidade médica, em especial por ser responsável pelo bem-estar físico, emocional, psicológico e, conseqüentemente, espiritual dos seres humanos.

Pensar a Medicina voltada para uma personalização de tratamento dos mais de 7 bilhões de pessoas ao redor do mundo não é tarefa simples. A complexidade do homem determina limites a ele próprio. A busca de soluções para todas as questões que surgem diariamente por consequência da globalização se faz ainda mais presente, quando se pensa que todos os seres humanos têm suas histórias e individualidades que precisam ser vistas com um olhar microscópico, na intenção de fazer com que os valores e conceitos dos outros sejam preservados e respeitados.

A complexidade humana é sempre evocada quando a relação entre seres da mesma espécie se vê confrontada em situações que os diferem em virtude de suas crenças. As religiões em todo o mundo criam uma infinidade de comunidades, onde alguns preceitos

precisam ser analisados a partir de como tais comunidades se colocam perante a sociedade. Vários estudos no decorrer dos tempos buscam entender o homem em sua totalidade, mas o que mais se aproxima da realidade é a adaptação que se torna possível ao ver o outro como pessoa diferente.

Muitos são os esforços que a comunidade médica tem feito em prol de melhores atendimentos ao homem. Muitos desses esforços esbarram em questões éticas e religiosas impostas pela atual sociedade. Ainda que sejam claros os estudos que envolvem a não aplicação de sangue decorrente de riscos e incertezas ainda existentes, a postura médica ainda gera conflitos quando detém a autoridade em mãos para “salvar” vidas.

No caso das Testemunhas de Jeová, muitos médicos tentam convencê-las de que sua vida corre risco e que o uso de uma pequena quantidade de sangue pode “salvá-las”. Tal postura pode ser vista por vários ângulos na busca de entendimento da pressão que a equipe médica coloca sobre seus pacientes.

Seria possível avaliar na conduta médica se a indicação de transfusão de sangue em um paciente Testemunha de Jeová pode ser considerado como um ato isolado de demonstrar a autoridade sobre o paciente? Seria tal tentativa de convencimento do paciente em mudar de opinião, diante do risco de perder a vida, uma forma de satisfação pessoal decorrente de suas crenças e valores pessoais? Seria ainda possível analisar o fato do médico se negar a realizar os procedimentos isentos de sangue por orgulho de não reconhecer sua limitação científica e/ou limitar-se à zona de conforto perante o novo e o desconhecido?

Todas essas questões levam a outras como: Tem o médico o direito de coação ou coerção do paciente, colocando-o em uma situação de maior fragilidade emocional, quando o médico se vale do risco de morte e aponta que a única forma (por ele conhecida) do paciente sobreviver é pela utilização do sangue e, caso não seja aceito, o paciente poderá receber alta para “morrer em casa com seu Jeová”?

É certo que os médicos se colocam em uma situação vulnerável perante a academia, quando se expõem a executar “novos” procedimentos em relação aos tratamentos já conhecidos e testados cientificamente, em prol de um grupo de religiosos, que vez por outra são considerados fanáticos, que preferem morrer pela fé.

O documentário *First do no harm* (2012) aponta uma grande movimentação de estudiosos que se propõem a pesquisar novos tratamentos de saúde que atendam às necessidades dos seres humanos no século XXI em geral, pesquisas essas que beneficiam diretamente as Testemunhas de Jeová em seus tratamentos de saúde dentro das crenças religiosas que possuem. Esse documentário revela a opacidade nas pesquisas profundas em

relação aos efeitos do uso indiscriminado do sangue e descrevem tal uso sem profundo embasamento científico, como uma colagem de múltiplas inconsistências.

Tanto o documentário acima referido, como os demais estudos apresentados no capítulo 3 dessa dissertação, apontam difusão em maior escala das técnicas de conservação do sangue, em virtude do aumento de informações sobre as complicações derivadas do uso do sangue. A cada dia que passa, muitos médicos se predispõem a diminuir e indicar a diminuição ou até mesmo a exclusão do uso do sangue como procedimento habitual, independentemente do público-alvo.

Os desafios da Medicina que se concentram na pessoa do médico dependem, muitas vezes, de experiências realizadas e, para tanto, alguns pacientes Testemunhas de Jeová se colocam à disposição para que técnicas e procedimentos isentos de sangue sejam aplicados. A circulação da “dádiva” fica clara nessa disposição perante o desejo do paciente ter sua saúde restabelecida em conformidade com suas crenças e valores pessoais e individuais.

A sociedade precisa estar consciente de todo o processo que envolve os seres humanos, tendo em vista que, por várias vezes, experiências arbitrárias foram realizadas desrespeitando a dignidade da pessoa humana. Para tanto, estudos precisos estão sendo realizados cada vez mais, para analisar as complicações e implicações quanto à prática do uso do sangue com ou sem o consentimento esclarecido e informado ao paciente; novas tecnologias que dão apoio aos pacientes que recusam alguns tipos específicos de tratamentos; análise tanto financeira como da acessibilidade da matéria-prima.

Apesar de toda a sistematização existente nos dias atuais, no que se refere ao gerenciamento de sangue, estudos com alto grau de evidências revelam que ainda pouco se sabe sobre os reais impactos causados e relacionados à transfusão sanguínea. Estudos genéticos modernos têm apontado que os cromossomos e o próprio DNA são transmitidos nas transfusões e os estudos e pesquisas que avaliam esse impacto ainda são tímidos em relação à quantidade de transfusões realizadas habitualmente ao redor do mundo.

O conflito existente no momento em que o médico indica qualquer tipo de tratamento ao paciente pode estar vinculado a diversos fatores. A verificação da morte; a sistematização dos métodos e procedimentos que não contemplam fatores: emocionais, psicológicos, valorativos, credos e espirituais; a ética médica em deixar de aplicar um tratamento reconhecido pela academia, agravado pela morte do paciente; a vulnerabilidade profissional que justifica todos os meios possíveis para evitar a morte; a morte ser vista não como o fim da vida e sim como falha profissional passível de críticas e processos; a rotina médica estressante.

A situação da Medicina fica ainda mais desafiadora, pois se observa que a comunidade religiosa das Testemunhas de Jeová está em plena expansão e, conseqüentemente, o número de pacientes em potencial com necessidades cirúrgicas cresce vertiginosamente.

Verificou-se na pesquisa que um grande impasse pode ocorrer quando o paciente Testemunha de Jeová é identificado tardiamente. No hospital pesquisado entendeu-se que se fazia necessário a inserção da categoria religiosa no cadastro inicial. Essa informação pode facilitar os futuros tratamentos que serão sugeridos aos pacientes pela comunidade médica dentro de um tempo hábil.

O pouco tempo de vida das Comissões de Ligação com Hospitais – COLIH demonstra uma relativa fragilidade no modo em que se apresenta. Ainda há pouco conhecimento/aceitação por parte dos médicos; carência de informação aos usuários da comunidade em como obter as informações precisas em menor tempo; maior abrangência em instituições hospitalares públicas. No entanto, as Comissões de Ligação com Hospitais, desenvolvem o papel de algodão entre cristais baseado nos conhecimentos explanados nessa dissertação sobre hospitalidade.

## REFERÊNCIAS

### Entrevistas

Edson Batista. Entrevista realizada em 18 de julho de 2011 com duração de 100 minutos.

Edson Nicoletti. Entrevista realizada no dia 21 de novembro de 2011 com 120 minutos de duração.

Eliana Maria de Souza. Entrevista realizada no dia 28 de janeiro de 2012 com duração de 90 minutos.

Graziela Zlotnik Chehaibar. Entrevista realizada no dia 11 de julho de 2012 com duração de 64 minutos.

Ivaldete Batista. Entrevista realizada em 22 de outubro de 2011 com duração de 75 minutos.

Vera Lúcia Rodrigues Alves. Entrevista realizada no dia 12 de novembro de 2011, com 30 minutos de duração, 6/1/2009.

### Fontes

A NOITE É UMA CRIANÇA – *Conheça o trabalho de humanização Instituto do Câncer.* Disponível em

[<http://www.band.com.br/claquete/videos.asp?v=2c9f94b6332bbfdd0133669dfde435fb&pg=1>], duração de 10m45s, Quadro Claquete, Emissora Bandeirantes, Repórter Rodrigo Leitão, 3/11/2011.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *A Sentinela.* Cesário Lange – SP, 8/1/2000.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *A Sentinela.* Cesário Lange – SP, 1/3/2000.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *A Sentinela.* Cesário Lange – SP, 15/1/2012.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *A Sentinela.* Cesário Lange – SP, 15/8/2012.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *Alternativas à Transfusão.* DVD – Série de documentários. Cesário Lange – SP, 2004.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *Anuário das Testemunhas de Jeová*. Cesário Lange – SP, 2012.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *Anuário das Testemunhas de Jeová*. Cesário Lange – SP, 2005.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *As Testemunhas de Jeová Resistem ao Ataque Nazista*. DVD. Cesário Lange – SP, 1996.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *As Testemunhas de Jeová Resistem ao Ataque Nazista*. Guia de Estudo do documentário em Vídeo. Cesário Lange – SP, 1997.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *Conhecimento que Conduz à Vida Eterna*. Cesário Lange – SP, 1995.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *Desperta!*. Cesário Lange – SP, 22/1/2005.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *Raciocínios à base das escrituras*. Cesário Lange – SP, 1985.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *Testemunhas de Jeová – Proclamadores do Reino de Deus*. Cesário Lange – SP, 1993.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas*. Tradução da versão inglesa de 1984 mediante consulta constante ao antigo texto hebraico, grego e aramaico. Cesário Lange – SP. Revisão de 1986.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *Cuidados com a família – e Tratamento Médico para as Testemunhas de Jeová*. Tatuí – SP, 1995.

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIAS E TRATADOS. *DESPERTA! Sangue – Por que é tão valioso?* Cesário Lange – SP. Agosto de 2006.

HAIJAR, L. A. A indústria do sangue. Entrevista concedida a Cristiane Segatto. Revista Época. São Paulo – 17/6/2011.

HAIJAR, L. A. Menos Sangue, por favor. Entrevista concedida a Cristiane Segatto. Revista Época. São Paulo – 6/1/2011.

JPB 1º EDIÇÃO DE CAMPINA GRANDE – PB. *As Testemunhas de Jeová e o sangue*. Disponível em

[[http://www.youtube.com/watch?v=L75jL\\_C80ak&playnext=1&list=PLA90624BAC4EEB622](http://www.youtube.com/watch?v=L75jL_C80ak&playnext=1&list=PLA90624BAC4EEB622)], duração 7m13s, Repórter Marcos Vasconcelos, 7/4/2009.

MSTV – Aparelho que filtra sangue pode ser alternativa para cirurgias. Disponível em - [<http://www.band.com.br/claquete/videos.asp?v=2c9f94b6332bbfdd0133669dfde435fb&pg=1>], duração 4m27s, Repórter Rodrigo Grando, imagens Osni Miranda, 22/10/2011.

REDE GLOBO. *Testemunhas de Jeová – a fé inabalável que faz a Medicina procurar novos caminhos para a cura*. Disponível em – [<http://www.youtube.com/watch?v=QkvFQbDz0IA>], duração 5m26s, Repórter Sérgio Chapelin, 9/4/2004.

UNIVERSIDADE ABERTA DE DIREITOS HUMANOS – UNADH. *Tratamentos alternativos à transfusão de sangue*. Disponível em [<http://www.youtube.com/watch?v=F9SZjr-GkFA>], duração 3m50s, Raquel de Souza. Curitiba – PR, 2006.

VEJA SÃO PAULO. O dia em que enfartei. São Paulo – SP, 13/6/2012.

VIA LEGAL – Testemunhas de Jeová e o Tratamento Médico. Disponível em – [[http://wn.com/testemunha\\_de\\_jeova\\_e\\_o\\_tratamento\\_medico](http://wn.com/testemunha_de_jeova_e_o_tratamento_medico)], duração 8m52s, Porto Alegre – RS, Repórter Analice Bolzan.

### **Artigos, livros, dissertações e teses:**

ANTUNES, J. L. F. *Medicina, Leis e Moral – Pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*. São Paulo – SP. Ed. Fundação Editora da UNESP (FEU), 1998.

ARIÈS, P. *O Homem Diante da Morte*. Rio de Janeiro – RJ. Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1977.

BAPTISTA, I. Lugares de hospitalidade. In Dias, C. M. de M. (Ed.). *Hospitalidade: Reflexões e Perspectivas*. Barueri – SP. Manole Ltda., 2002.

BAUMAN, Z. *Identidade*. Rio de Janeiro – RJ. Ed. Zahar, 2004.

BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro – RJ. Ed. Zahar, 2001.

BAUMAN, Z. *Comunidade*. Rio de Janeiro – RJ. Ed. Zahar, 2003.

BAUMAN, Z. *O Mal-estar da Pós-modernidade*. Rio de Janeiro – RJ. Ed. Zahar, 1997.

BUENO, M.S.; SALLES, M. R. R.; BASTOS, S.R. Hospitalidade: trajetória e possibilidades. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, julio 2010.

BURKE, P.; PORTER, R. *Linguagem Indivíduo e Sociedade*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP (FEU), 1991.

BURKE, P.; PORTER, R. *Línguas e Jargões – Contribuições para uma história social da linguagem*. São Paulo – SP. Fundação Editora da UNESP (FEU), 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. *Código de Ética Médica*. Resolução CFM nº 1.246/88, de 1/1/1988. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro – RJ.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. *Código de Ética Médica*. Resolução CFM nº 1.931/2009, de 24/4/2009. Diário Oficial da União. 13 out. 2009, Seção I, p. 173.

CHEHAIBAR, G. Z. *Bioética e crença religiosa: estudo da relação médico-paciente Testemunha de Jeová com potencial risco de transfusão de sangue*. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, 2010.

COMISSÃO DE BIOÉTICA DO HCFMUSP – COBI. *Parecer CoBi n.º. 007/2004: Orientação Sobre Recusa de Transfusão de Sangue do Testemunha de Jeová*. São Paulo: CoBi, 2004.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. In: \_\_\_\_\_ . *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Um manual prático. 5 ed., Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BAUER, M. W. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Um manual prático. 5 ed., Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

CAMBUI FILHO, H.C. Uma escola com 7 milhões de alunos. *Revista Carioca*. Rio de Janeiro – RJ, 2011.

DEBRÉ, R. *Ce que je crois*. Paris – França. Ed. Bernard Grasset et Fasquelle, 1976.

DENCKER, A. F. M. *Pesquisa em Turismo – Planejamento, Métodos e Técnicas*. São Paulo – SP. Ed. Futura, 1998.

FERNANDES, M.E. Da arte do dom de curar: inquietações e buscas. In: BUENO, M.S. *Hospitalidade no jogo das relações sociais*. Ed. Vieira. São Paulo – SP, 2008.

GAYOTTO, M.L.C. *A relação médico-paciente: Relações Interpessoais*. ABC da Saude. [<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?609> ]. São Paulo – SP. Novembro de 2004.

GODBOUT, J. T.; CAILLÉ, A. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro – RJ: Ed. FGV, 1999.

GUILLAUME, P. Entre o Técnico e o Humano. In: MONTANDON, A. *O Livro da Hospitalidade – Acolhida do Estrangeiro na História e na Cultura*. São Paulo – SP. Ed. Senac, 2011.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. *Guia de condutas hemoterápicas*. São Paulo, 2005.

LASHLEY, C.; MORRISON, A. *Em busca da hospitalidade*. Perspectivas para um mundo globalizado. Barueri – SP. Ed. Manole Ltda., 2004.

LEBIGRE, A. Sangrar e purgar! In: LE GOFF, J. *As Doenças têm história*. Lisboa – Portugal. Ed. Terramar, 1985.

LEBRUN, F. Os cirurgiões-barbeiros. In: LE GOFF, J. *As Doenças têm história*. Lisboa – Portugal. Ed. Terramar, 1985.

LEMBO, C. *A Pessoa: Seus Direitos*. Barueri – SP. Ed. Manole Ltda., 2007.

MARTINS, P.H.; CAMPOS, R.B. C. *Polifonia do dom*. Recife – PE: Ed. Universitária – UFPE, 2006.

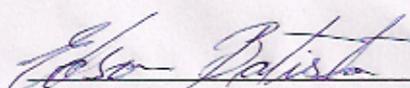
- MAUSS, Marcel. *Ensaio sobre a dádiva*. Lisboa – Portugal. Edições 70, 2001.
- MEZOMO, J. C. *Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios Básicos*. Barueri – SP. Ed. Manole Ltda., 2001.
- MONTANDON, A. *O Livro da Hospitalidade – Acolhida do Estrangeiro na História e na Cultura*. São Paulo – SP. Ed. Senac, 2011.
- MORAES, R. I. de; PIRES, R. E. S. Transfusão de Sangue em Pacientes Testemunhas de Jeová: Religião, Ética e Discurso Jurídico-Penal. *Revista Jurídica UNIJUS*, 2005.
- MOULIN, A.M. As batalhas da transfusão sanguínea. In: LE GOFF, J. *As Doenças têm história*. Lisboa – Portugal. Ed. Terramar, 1985.
- RIBEIRO, D. C. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro – RJ, 2006.
- ROSENBERG, M. B. *Comunicação não-violenta*. Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo – SP. Ed. Ágora, 2006.
- SAAD, M.; MEDEIROS, R. *Espiritualidade e saúde*. Einstein: Educ. Contin Saúde. 2008.
- SAAD, M. *O acolhimento espiritual no Câncer*. Inana [www.inana.com.br]. São Paulo – SP. 13 de dezembro de 2010.
- SAUNIER, A. A vida cotidiana nos hospitais da Idade Média. In: LE GOFF, J. *As Doenças têm história*. Lisboa – Portugal. Ed. Terramar, 1985.
- SILVA, R. L.; MACEDO, M.C. M. A. Transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas sem uso de hemocomponentes. *Revista Brasileira de Hemoterapia*, 2006.
- SILVA, V. M. C. F. da. *A relação médico-paciente*. Sociedade Antroposófico Brasil [www.sab.org.br]. São Paulo – SP. 30 de março de 2001.
- RAMPAZZO, L. *Metodologia científica para alunos do curso de graduação e pós-graduação*. São Paulo. Ed. Loyola, 2005.
- RICHARDSON, R. J. (et al). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ed. São Paulo. Ed. Atlas, 2007.
- SOARES, E. *Testemunhas de Jeová*. A inserção de suas crenças e praticas no texto da tradução do novo mundo. São Paulo – SP. Ed. Hagnos, 2008.
- THOMPSON, P. *A voz do passado – História Oral*. Rio de Janeiro – RJ. Ed. Paz e Terra, 1992.

**APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DE ENTREVISTA DE EDSON BATISTA**

Anexo I – Autorização de Entrevista Cedida

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, Edson Batista, portador do Registro Geral de nº 6.094.107-SSP-SP, autorizo o mestrando em hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, Hudson Batista, portador do Registro Geral de nº 27.232.402-4 a publicar e utilizar o meu depoimento em nível acadêmico.



Edson Batista

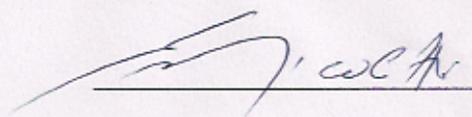
São Paulo, 10 de fevereiro de 2013

**APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DE ENTREVISTA DE EDSON NICOLETTI**

Anexo I – Autorização de Entrevista Cedida

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, EDSON NICOLETTI, portador do Registro Geral de nº 5.355.124, autorizo o mestrando em hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi Hudson Batista, portador do Registro Geral de nº 27.232.402-4 a publicar e utilizar o meu depoimento em nível acadêmico.



Edson Nicoletti

São Paulo, 10 de Fevereiro de 2013

**APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DE ENTREVISTA DE ELIANA MARIA DE SOUZA**

Anexo I – Autorização de Entrevista Cedida

AUTORIZAÇÃO

Eu, Eliana Maria de Souza, portador(a) do Registro Geral de nº 17044461, autorizo o mestrando em hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi Hudson Batista, portador do Registro Geral de nº 27.232.402-4 a publicar e utilizar o meu depoimento em nível acadêmico.

Eliana Maria de Souza

Eliana Maria de Souza

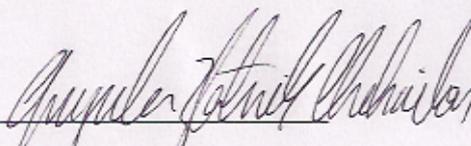
São Paulo, 10 de fevereiro de 2013

**APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DE ENTREVISTA DE GRAZIELA CHEHAIBAR**

Anexo I – Autorização de Entrevista Cedida

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, GRAZIELA Z. CHEHAIBAR, portador(a) do Registro Geral de nº 10860297, autorizo o mestrando em hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi Hudson Batista, portador do Registro Geral de nº 27.232.402-4 a publicar e utilizar o meu depoimento em nível acadêmico.

  
Graziela Chehaibar

São Paulo, 10 de fevereiro de 2013

**APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO DE ENTREVISTA DE IVALDETE BATISTA**

Anexo I – Autorização de Entrevista Cedida

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, Ivaldete Maria Silva Batista, portador(a) do Registro Geral de nº 7429.795 SP, autorizo o mestrando em hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi Hudson Batista, portador do Registro Geral de nº 27.232.402-4 a publicar e utilizar o meu depoimento em nível acadêmico.



Ivaldete Maria Silva Batista

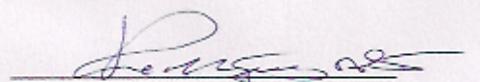
São Paulo, 10 de fevereiro de 2013

**APÊNDICE F – AUTORIZAÇÃO DE ENTREVISTA DE VERA LÚCIA RODRIGUES ALVES**

Anexo I – Autorização de Entrevista Cedida

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, VERA L. RODRIGUES ALVES portador(a) do Registro Geral de nº 6657803-6, autorizo o mestrando em hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi Hudson Batista, portador do Registro Geral de nº 27.232.402-4 a publicar e utilizar o meu depoimento em nível acadêmico.



Vera Lucia Rodrigues Alves

São Paulo, 10 de fevereiro de 2013