

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

GUILHERME BRUM RODRIGUES DA COSTA

RELIGIÃO E BIOÉTICA:  
TESTEMUNHAS DE JEOVÁ E A QUESTÃO DA TRANSFUSÃO DE SANGUE

PPGCR  
Faculdade Unida de Vitória

GUILHERME BRUM RODRIGUES DA COSTA

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória – 29/06/2020.



RELIGIÃO E BIOÉTICA:  
TESTEMUNHAS DE JEOVÁ E A QUESTÃO DA TRANSFUSÃO DE SANGUE

Trabalho Final de  
Mestrado Profissional  
Para obtenção do grau de  
Mestre em Ciências das Religiões  
Faculdade Unida de Vitória  
Programa de Pós-Graduação  
Linha de pesquisa: Religião e Espaço Público

Orientador: Dr. José Adriano Filho

Vitória – ES

2020

Costa, Guilherme Brum Rodrigues da

Religião e bioética / Testemunhas de Jeová e a questão da transfusão de sangue/ Guilherme Brum Rodrigues da Costa-- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2020.

x, 83 f. ; 31 cm.

Orientador: José Adriano Filho

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2020.

Referências bibliográficas: f. 76-83

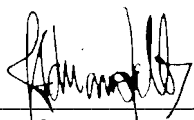
1. Ciência da religião. 2. Religião e espaço público. 3. Testemunhas de Jeová. 4. Hemotransfusão. 5. Bioética. 6. Princípio da Autonomia. - Tese.

I. Guilherme Brum Rodrigues da Costa. II. Faculdade Unida de Vitória, 2020. III. Título.

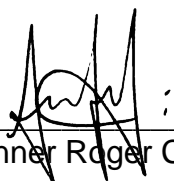
GUILHERME BRUM RODRIGUES DA COSTA

RELIGIÃO E BIOÉTICA: TESTEMUNHAS DE JEOVÁ E A QUESTÃO DA  
TRANSFUSÃO DE SANGUE

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões no Programa de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória.



Doutor José Adriano Filho – UNIDA (presidente)



Doutor Kenner Roger Cazotto Terra – UNIDA



Doutora Léia Damasceno de Aguiar Brotto – UFES



Dedico este trabalho a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente nas horas de angústia.

## AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos por Deus, já que colocou pessoas especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta.

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor José Adriano, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho. Muito obrigado por ter me corrigido quando necessário, sem nunca me desmotivar.

À todos os meus familiares, em especial meus pais e meu irmão, que sempre se orgulharam de mim e confiaram em meu trabalho. Obrigado pela confiança.

À minha querida avó e ao meu avô, que mesmo lá do céu, se encontra presente em minha vida. Vocês são importantes, sempre ao meu lado me pondo pra cima e me fazendo acreditar que posso mais do que imagino. Devido a esse companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pode ser concretizado.

A meus amigos de mestrado, pelos momentos divididos juntos, especialmente à Jéssica, Anny, André, Ana Alice, Jaira e Lucia, que se tornaram verdadeiros amigos e tornaram mais leve esse trabalho. Vocês merecem meu eterno agradecimento.



*Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da  
morte, não temeria mal algum, porque tu estás  
comigo.*

*Salmos 23:4*

## LISTA DE SIGLAS

CCP	Concentrados de Complexo de Protrombina
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
HNA	Hemodiluição Normovolêmica Aguda
ONU	Organização das Nações Unidas
TJ	Testemunhas de Jeová





## RESUMO

Este estudo dissertativo se propôs a analisar, sob um enfoque religioso e bioético, a recusa de hemotransfusão por parte das Testemunhas de Jeová. O desenvolvimento teórico abordou a religião e sua relação com o Estado e a saúde, apresentando um breve panorama das liberdades religiosas ao longo do tempo e descrevendo os aspectos legais que a asseguram no país. Também foi apresentada a história das Testemunhas de Jeová, desde sua fundação e a sua expansão por quase todos os países, suas características e preceitos, além das justificativas da Sociedade Torre de Vigília para a proibição da hemotransfusão, através de trechos da Bíblia, interpretados como contrários a esse tratamento. Também se desenvolveu uma reflexão sobre a religião e a bioética, conceituando os termos ética, moral e bioética. Em seguida, os princípios bioéticos da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça foram discutidos, a fim de proporcionar um maior entendimento sobre o tema, bem como a terapia transfusional e sua relação com o princípio bioético da autonomia. Por fim, o estudo apresentou a relação, por vezes conflitante, entre os princípios religiosos e a questão médica, analisando o direito de escolha do paciente, posteriormente, discutindo a relação médico-paciente Testemunha de Jeová e os conflitos éticos por parte deste profissional em caso de necessidade de hemotransfusão. Para concluir, foram apresentados os tratamentos alternativos existentes para esses pacientes. É provável e espera-se que, com o tempo, uma alternativa não sanguínea seja desenvolvida com a capacidade de substituir a terapia transfusional completamente, ou talvez a pressão pode forçar a Sociedade Torre de Vigília a retornar à sua posição original e, mais uma vez, permitir transfusões de sangue como aceitáveis.

Palavras-chave: Testemunhas de Jeová. Hemotransfusão. Bioética. Princípio da Autonomia.

## ABSTRACT

This dissertation study aimed to analyze, from a religious and bioethical point of view, the refusal of blood transfusion by Jehovah's Witnesses. Theoretical development addressed religion and its relationship with the State and health, presenting a brief overview of religious freedoms over time and describing the legal aspects that ensure it in the country. The history of Jehovah's Witnesses, since its foundation and expansion in almost all countries, its characteristics and precepts, as well as the Watchtower Society's justification for the prohibition of blood transfusion, through excerpts from the Bible, were also presented. Contrary to that treatment. A reflection on religion and bioethics was also developed, conceptualizing the terms ethics, morals and bioethics. Then, the bioethical principles of autonomy, non-maleficence, beneficence and justice were discussed in order to provide a greater understanding of the topic, as well as transfusion therapy and its relationship with the bioethical principle of autonomy. Finally, the study presented the relationship, sometimes conflicting, between religious principles and the medical issue, analyzing the patient's right to choose, later, discussing the doctor-patient relationship Jehovah's Witness and the ethical conflicts on the part of this professional in if blood transfusion is required. To conclude, the existing alternative treatments for these patients were presented. It is likely and expected that, over time, a non-blood alternative will be developed with the ability to replace transfusion therapy completely, or perhaps pressure may force the Watchtower Society to return to its original position and, again, allow blood transfusions as acceptable.

**Keywords:** Jehovah's Witnesses. Blood transfusion. Bioethics. Principle of Autonomy.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 RELIGIÃO E BIOÉTICA .....	15
1.1 A relação entre bioética e religião .....	16
1.2 Ética, moral e bioética .....	19
1.3 Princípios bioéticos .....	24
2 REFLEXÕES SOBRE RELIGIÃO, ESTADO E SAÚDE .....	32
2.1 A liberdade religiosa.....	32
2.2 Caracterização histórica das Testemunhas de Jeová .....	42
2.3 A justificativa religiosa para a recusa de hemotransfusão.....	48
3 PRINCÍPIOS RELIGIOSOS E A QUESTÃO MÉDICA .....	52
3.1 A terapia transfusional e o princípio bioético da autonomia .....	52
3.2 O direito de escolha do paciente.....	57
3.3 A relação entre o médico e o paciente Testemunha de Jeová .....	62
3.4 Tratamentos alternativos aos pacientes Testemunhas de Jeová .....	66
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS .....	76



## INTRODUÇÃO

As últimas décadas testemunharam não só o desenvolvimento da biomedicina e tecnologias biomédicas, mas também o surgimento da bioética como campo de conhecimento que idealmente serve para auxiliar na prática de uma nova ética relacionada aos problemas da biomedicina. No entanto, na última década, o progresso da bioética, seus discursos e práticas têm sido cada vez mais desafiados. As críticas apontam para o principialismo e, em particular, para o paradigma hegemônico na bioética norte-americana.<sup>1</sup>

Embora os princípios da ética biomédica não distingam a autonomia dos outros princípios bioéticos (beneficência, não maleficência e justiça), esta emerge como o princípio mais poderoso na bioética americana e tem sido criticada por utilizar de forma aparentemente universal princípios moralmente neutros, bem como ignorar contextos socioculturais e relacionamentos, apresentando uma visão geral.<sup>2</sup>

Utilizando os princípios constitucionalmente garantidos da dignidade humana e do direito de cada pessoa à autodeterminação, bem como liberdade de religião e liberdade de consciência, as Testemunhas de Jeová enfatizam seu direito sobre o próprio corpo, argumentando que a dignidade humana de um paciente prevalece sobre a liberdade de consciência do médico. Além disso, se o cirurgião é informado sobre a decisão do paciente, a validade da decisão deve permanecer inalterada, mesmo quando o paciente está inconsciente. Assim, a liberdade do paciente de escolher o tratamento não pode ser limitada pelo ponto de vista ético do médico.<sup>3</sup>

Em situações de gravidade, com risco de morte, o médico, muitas vezes, substitui a autonomia do paciente pelo paternalismo, envolvendo-se em um debate legal e ético sobre o tratamento, que pode ou não ser o que o paciente deseja. O tratamento ético dos pacientes envolve escolhas que refletem as crenças e sentimentos sobre o que a sociedade considera fundamentalmente bom ou certo. No entanto, os tomadores de decisão devem ter em mente que tais escolhas, especialmente aquelas que envolvem os criticamente doentes, nem sempre levam à mesma decisão para todos os pacientes.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Cf. RAJTAR, M. Bioethics and religious bodies: Refusal of blood transfusions in Germany. *Social Science & Medicine*, v. 98, p. 271-277, 2013. p. 273.

<sup>2</sup> Cf. RAJTAR, 2013, p. 273.

<sup>3</sup> Cf. VON BORMANN, B. Clinical aspects of packed red cell transfusion. Lessons learned from Jehovah's Witnesses? *Anaesthetist*, v. 56, n. 4, p. 380-384, 2007. p. 381.

<sup>4</sup> Cf. MCINROY, A. Blood transfusion and Jehovah's Witnesses: the legal and ethical issues. *British Journal of Nursing*, v. 14, n. 5, p. 270-274, 2005. p. 272.

Um médico, levando em consideração o princípio da não maleficência, que se baseia na obrigação de não prejudicar, vê-se diante do dilema de oferecer um tratamento, ainda que contra a vontade do paciente, ou ter em mente que o que não é visto como prejudicial para uma pessoa pode assim ser considerado para outra. São situações conflitantes entre a autonomia do paciente e o dever de cuidar.<sup>5</sup>

São decisões éticas na prestação de cuidados, sendo um dilema que envolve decidir entre seguir os desejos de seus pacientes ou agir de acordo com a sua formação, fazendo o que objetivamente entende como melhor. O tratamento de pacientes Testemunhas de Jeová sintetiza tal conflito.

Uma ação pessoal e legal baseada em crenças religiosas que não afete a saúde ou o bem-estar da sociedade e não perturbe o mecanismo de governo da sociedade, é um direito de cidadania. Entretanto, pode ser razoável que um indivíduo renuncie legalmente à terapia contrária aos seus princípios religiosos, desde que ele não ponha em risco a saúde e bem-estar dos outros por sua ação? A recusa de Testemunhas de Jeová (TJ) para aceitar uma transfusão de sangue, quando absolutamente necessário por razões vitais, é provavelmente uma das situações mais frustrantes para a área médica, especialmente quando tal recusa pode significar o fim de uma vida. Para abordar esta questão de forma ampla, deve-se considerar o significado deste ato para o indivíduo e as questões éticas envolvidas na temática.<sup>6</sup>

A liberdade religiosa envolve o direito do indivíduo de pertencer ou não a uma religião e seguir as suas normas. No entanto, o que ocorre quando estes preceitos podem atentar contra a vida dos seus integrantes? Pode o médico interferir na liberdade do paciente, agindo contra a sua vontade, a fim de salvar sua vida? A realidade e frequência desses casos, que podem levar os profissionais a um conflito sobre como proceder, já ensejaram acirrados debates no campo religioso e da bioética, sendo importante que o tema seja aprofundado.

As questões éticas levantadas pela recusa de uma transfusão, que tem o potencial de salvar vidas, são motivo de debate mesmo entre as Testemunhas de Jeová, existindo discussões entre os próprios seguidores, havendo, portanto, a possibilidade que em algum momento futuro a posição oficial possa mudar ou pelo menos tornar-se menos rígida.<sup>7</sup>

A recusa do tratamento médico é um tema recorrente nos debates bioéticos e as Testemunhas de Jeová frequentemente constituem um caso exemplar a este respeito. A recusa

---

<sup>5</sup> Cf. MCINROY, 2005, p. 273.

<sup>6</sup> Cf. GARRAUD, O. Jehovah's Witnesses and blood transfusion refusal: what next? *Blood Transfusion*, v. 12, Suppl. 1, p. 402-403, 2014. p. 402.

<sup>7</sup> Cf. PETRINI, C. Ethical and legal aspects of refusal of blood transfusions by Jehovah's Witnesses, with particular reference to Italy. *Blood Transfusion*, v. 12, Suppl 1, p. 395-401, 2014. p. 397.

de uma transfusão de sangue potencialmente salvadora é uma escolha controversa que desafia o princípio médico básico de agir no melhor interesse dos pacientes, podendo levar estes profissionais a adotarem atitudes que desrespeitam a vontade do indivíduo.<sup>8</sup>

A metodologia utilizada foi a pesquisa descritiva, com revisão de literatura, por abranger um maior número de itens, pois responde, a um só tempo, às questões: como, com que, onde, quando e quanto. Tal pesquisa consiste no exame de produções desenvolvidas sobre o tema, para levantamento e análise do que já se produziu sobre determinado assunto, que são assumidos como tema de pesquisa científica. Dessa forma, a revisão de literatura não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões próprias.<sup>9</sup>

Os dados da pesquisa foram buscados em livros, artigos, monografias, dissertações e teses e publicações periódicas disponíveis em bancos de dados, sendo considerados os materiais disponibilizados em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

O estudo tem como objetivo geral analisar, sob um enfoque religioso e bioético, a recusa de hemotransfusão por parte das Testemunhas de Jeová, e como objetivos específicos discorrer sobre a interface entre a religião, o Estado e a saúde; descrever a origem da religião Testemunhas de Jeová e as justificativas para a sua recusa de hemotransfusão; conceituar a Bioética, analisando seus princípios e relacionando a terapia transfusional ao princípio da autonomia; e analisar as divergências dos princípios religiosos das Testemunhas de Jeová na área médica, descrevendo a relação médico-paciente e a possibilidade de tratamentos alternativos a esta população.

Como estudante de medicina, esta questão faz parte das minhas preocupações, como futuro profissional que pode se deparar com este dilema, motivando-me a buscar uma maior compreensão e discussão, entendo que torna-se essencial o aprofundamento de um tema que faz parte da rotina de todos os profissionais da área médica, oferecendo uma visão cuidadosa dos aspectos que envolvem a relação médico-paciente e as questões éticas nela envolvidas. Ao buscar conhecer o que move as Testemunhas de Jeová em sua recusa pela hemotransfusão, estarei me preparando para exercer a medicina de forma ética, respeitando a autonomia do paciente.

Diante dessas questões, este estudo propõe uma reflexão, sob um enfoque religioso e bioético, sobre a recusa de hemotransfusão por parte das Testemunhas de Jeová. Para tanto, o

---

<sup>8</sup> Cf. SAVULESCU, J.; MOMEYER, R.W. Should informed consent be based on rational beliefs? *Journal of Medical Ethics*, v. 23, p. 282-288, 2007. p. 284.

<sup>9</sup> Cf. MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 105.

estudo está dividido em três capítulos. O primeiro, ao refletir sobre a religião e sua relação com o Estado e a saúde, apresenta um breve panorama das liberdades religiosas ao longo do tempo, descrevendo os aspectos legais que a asseguram no país. Também é apresentada a história das Testemunhas de Jeová, desde sua fundação e a sua expansão por quase todos os países, suas características e preceitos. O capítulo também apresenta as justificativas da Sociedade Torre de Vigília para a proibição da hemotransfusão, através de trechos da Bíblia, interpretados como contrários a esse tratamento.

O capítulo dois desenvolve uma reflexão sobre a religião e a bioética, conceituando os termos ética, moral e bioética. Em seguida, os princípios bioéticos da autonomia (obrigação de respeitar a capacidade de tomada de decisão do paciente); não-maleficência (a obrigação de evitar causar prejuízo); beneficência (obrigação de fornecer benefícios e equilibrar os riscos) e justiça (obrigações de justiça na distribuição dos benefícios e riscos) são discutidos, a fim de proporcionar um maior entendimento sobre o tema. Por fim, o capítulo trata da terapia transfusional e sua relação com o princípio bioético da autonomia.

O capítulo três apresenta a relação, por vezes conflitante, entre os princípios religiosos e a questão médica, analisando o direito de escolha do paciente e, posteriormente, discutindo a relação médico-paciente Testemunha de Jeová e os conflitos éticos por parte deste profissional em caso de necessidade de hemotransfusão. Para concluir o capítulo, são apresentados os tratamentos alternativos existentes para esses pacientes.

## 1 RELIGIÃO E BIOÉTICA

Neste capítulo serão apresentados conceitos importantes para um melhor entendimento do tema principal desta dissertação, tratando do dilema entre religião e bioética, que coloca os profissionais de saúde em situações que envolvem o seu compromisso em salvar vidas com o princípio da autonomia do paciente.

O termo bioética é formado pelos vocábulos gregos bios (vida) e ética (valores, costumes relativos a determinados grupos, em um momento da história), ou seja, é a ética da vida. Seu objetivo é a busca de benefícios e a garantia da integridade do ser humano, através da defesa da dignidade humana. Assim, ético é tudo aquilo que, além de bom, é o melhor para os indivíduos e a humanidade.<sup>10</sup>

A história da bioética é emblemática nas relações do cristianismo e da cultura do Ocidente. Surgida como um campo interdisciplinar após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), ainda sob o antigo nome de ética médica, focalizou as novas incertezas éticas daquela geração. A promulgação da Declaração de Helsinque, redigida pela Associação Médica Mundial, em 1964, pretendia reafirmar os valores médicos hipocráticos como base para a reconstrução da medicina à luz dos horrores nazistas e os experimentos médicos realizados com prisioneiros e revelados no chamado Código de Nuremberg.<sup>11</sup>

O Código de Nuremberg foi desenvolvido após os julgamentos de nazistas na cidade de Nuremberg, entre os anos de 1945-1946, em resposta aos horrores da experimentação humana feita por médicos e pesquisadores nazistas, concentrando sua atenção nos direitos fundamentais dos participantes de pesquisas e nas responsabilidades dos pesquisadores. Foi preparado em uma ocasião muito importante, após a rendição formal da Alemanha, no final da Segunda Guerra Mundial.<sup>12</sup>

Diante das atrocidades cometidas pelas forças alemãs a civis e prisioneiros de guerra, as principais autoridades alemãs foram julgadas em um tribunal militar, mantido pelas forças aliadas vitoriosas, onde membros proeminentes da liderança política, militar e econômica da derrotada Alemanha nazista foram processados.<sup>13</sup>

<sup>10</sup> Cf. OLIVEIRA, F. *Bioética: uma face da cidadania*. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004. p. 75.

<sup>11</sup> Cf. CAMERON, N. M. S. *Bioethics in Christianity*. In: JENNINGS, B. (Ed.). *Bioethics*. 4. ed. Farmington Hills: Macmillan Reference USA, 2014. p. 567.

<sup>12</sup> Cf. GHOOI, R. B. The Nuremberg Code: a critique. *Perspective in Clinical Research*, v. 2, n. 2, p. 72-6, 2011. p. 72.

<sup>13</sup> Cf. GHOOI, 2011, p. 72.



O enfrentamento das questões relacionadas à bioética deve se pautar nos seguintes pressupostos:

- a) A pessoa é única. Isso significa que as pessoas são diferentes (mesmo os gêmeos idênticos são diferentes), têm suas características, seus anseios, suas necessidades, e esse patrimônio, essa identidade, merece ser respeitado (para que as pessoas não sejam tratadas como números).
- b) A pessoa humana é provida de uma ‘dignidade’. Isso significa que a pessoa tem valor pelo simples fato de ser pessoa.
- c) A pessoa é composta de diversas dimensões: dimensão biológica (que as ciências da saúde, medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia e outras estão acostumadas a estudar), dimensão psicológica (que os psicólogos estudam detalhadamente), dimensão social ou moral (estudada pelas ciências sociais) e dimensão espiritual (estudada pelas teologias). Por isso, falamos que a pessoa é uma totalidade, pois todas essas dimensões juntas compõem a pessoa.<sup>14</sup>

A bioética é um campo de estudo preocupado com as questões morais, legais, políticas e sociais levantadas pela medicina, biomédica e ciências da vida, como engenharia genética, pesquisa com células-tronco, métodos de reprodução, transplantes de órgãos e cuidados com a saúde. As questões da bioética são geralmente as mais controversas e muitas dessas questões também são importantes para as religiões. Enquanto as abordagens filosóficas contemporâneas na bioética baseiam-se em presunções seculares, a religião continua a desempenhar um papel importante tanto no raciocínio moral pessoal quanto no debate público.<sup>15</sup>

Questões bioéticas, em termos de perspectivas religiosas, representam uma ampla gama de dilemas éticos em todos os lugares do mundo, pois as crenças e valores podem orientar os pacientes e profissionais de saúde à medida que buscam ou fornecem cuidados de saúde.<sup>16</sup>

### 1.1 A relação entre bioética e religião

Ao longo da segunda metade do século XX, grande parte do debate bioético enfocou substantivamente a questão da santidade da vida humana (aborto, eutanásia, uso de embriões

<sup>14</sup> Cf. JUNQUEIRA, C. R. Consentimento nas relações assistenciais. In: RAMOS, D. L. P. *Bioética e ética profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007. p. 39.

<sup>15</sup> Cf. TURNER L. Bioethics and religions: religious traditions and understandings of morality, health, and illness. *Health Care Analalisy*, v. 11, n. 3, p. 181-197, 2003. p. 183.

<sup>16</sup> Cf. TURNER, 2003, p. 183.

humanos e células-tronco) e sobre a autonomia como princípio organizador da nova bioética (centrada no papel do paciente na tomada de decisão).<sup>17</sup>

A bioética aparece claramente no início do século XXI como um campo de discussão que trata dos limites que devem ser estabelecidos para regular as biociências. No entanto, tanto a definição do que é bioética quanto os fundamentos exatos dessa regulamentação ainda são incertos ou ambíguos. A religião certamente possui alguma influência no campo da bioética, seja no papel das igrejas ou nos valores espirituais. A influência religiosa também pode diferir de um país para outro de acordo com a legislação nacional, particularmente onde a influência do catolicismo e do protestantismo levou a diferentes abordagens culturais, em particular em relação ao conceito da autonomia. Sofre a influência também de outro fenômeno como a secularização da sociedade ou a presença de outros pontos de vista religiosos ou não religiosos que participam do debate bioético.<sup>18</sup>

Apesar da religião pertencer ao privado e crenças e convicções não poderem ser impostas em políticas públicas, é possível observar instituições religiosas que focam sua atividade e vigilância em questões bioéticas, as quais estão no centro dos valores relacionados à fé, às vezes operando sem rigor metodológico, mas para interesses internos próprios. Além disso, é necessário reconhecer que a reflexão sobre saúde e doença aparece nos textos canônicos das religiões e aspectos como a integridade da pessoa humana e seu corpo, o valor da vida e da morte, a ordem para fazer o bem, a assistência aos moribundos, a demanda por justiça no acesso à saúde dos pobres e a proteção dos membros vulneráveis da sociedade são temas que já existiam no contexto da reflexão teológica antes do nascimento da bioética. Portanto, não seria verdade afirmar que a abordagem religiosa não influenciou o desenvolvimento da bioética ou não a considere importante, entendendo que certos conceitos bioéticos vêm de reflexão teológica, por exemplo, o da proporcionalidade no tratamento das decisões em saúde ao final da vida.<sup>19</sup>

No entanto, no atual diálogo sobre bioética e religião, estas referências são geralmente negligenciadas, com o argumento de torná-la mais operacional em um mundo plural, com uma infinidade de correntes religiosas. Assim, a mudança mais marcante sobre as últimas duas décadas tem sido a secularização da bioética. O campo mudou-se de um dominado por tradições religiosas e médicas para um cada vez mais moldado por conceitos filosóficos e legais. A consequência foi um modo de discurso público que enfatiza temas

<sup>17</sup> Cf. CAMERON, 2014, p. 268.

<sup>18</sup> Cf. PESSINI, L.; HOSSNE, W. L. Bioética e religião: um diálogo necessário. *Revista BioEthikus*, v. 7, n. 4, p. 363-366, 2013. p. 363.

<sup>19</sup> RODRIGUEZ YUNTA, E. Religión y bioética. *Acta bioethica*, v. 16, n. 1, p. 7-8, 2010. p. 9.

seculares: direitos universais, autodireção individual, justiça processual e uma negação sistemática de um bem comum ou um bem individual transcendente.<sup>20</sup>

A bioética nasceu em um contexto caracterizado pelo pluralismo moral e pela mudança de ideias sobre a natureza da autoridade moral; foi e é um esforço para desenvolver um conjunto de princípios e um método de tomada de decisão moral aceitável para todos, independente da religião ou ideologia. Dada a sua missão de levar uma moralidade secular à medicina e às ciências da vida - em que questões éticas sobre as fronteiras e o sentido da vida são abundantes - a bioética encontra-se constantemente esbarrando na religião. Esses encontros são desafiadores, porque evidenciam uma tensão essencial nos preceitos da bioética.<sup>21</sup>

O pluralismo de valores na sociedade é a marca registrada dos tempos atuais, chamado de pós-moderno. A esperada união entre povos e culturas não pode ser alcançada pela uniformidade forçada, mas aprendendo a respeitar pessoas diferentes. A diversidade não pode mais significar adversidade e, além de ser meramente tolerante, deve-se aprender como ser respeitoso e capaz de dialogar com pessoas diferentes. Dentro deste contexto, a bioética deve aprofundar o diálogo com a religião e vice-versa.<sup>22</sup>

No atual campo filosófico, destaca-se a necessidade de diálogo. Da ética do discurso, Habermas defende a necessidade de diálogo entre duas tendências opostas: por um lado, a crescente implantação de imagens naturalistas do mundo e, por outro, a intensificação das ortodoxias religiosas. Ao investigar as tensões entre naturalismo e religião, defende uma compreensão adequadamente naturalista da evolução cultural, explicando o caráter normativo do espírito humano. Além disso, propõe uma interpretação adequada das consequências secularizantes de uma racionalização cultural e social que os defensores das ortodoxias religiosas estão cada vez mais relutantes em aceitar como o verdadeiro caminho histórico do Ocidente.<sup>23</sup>

Assim, Habermas defende uma nova sensibilidade ao abordar o atual embate entre a visão que as ciências proporcionam sobre o que é o ser humano e a imagem legada pela tradição religiosa, entendendo a entrada em uma sociedade pós-secular na qual argumentos

<sup>20</sup> Cf. CALLAHAN, D. Religion and the Secularization of Bioethics. *The Hastings Center Report*, v. 20, n. 4, p. 2-4, 1990. p. 2.

<sup>21</sup> Cf. CAMERON, 2014, p. 568.

<sup>22</sup> Cf. PESSINI; HOSSNE, 2013, p. 364.

<sup>23</sup> HABERMAS, J. *Entre naturalismo e religião*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2007. p. 139.

religiosos podem competir em pé de igualdade com explicações científicas ao interpretar a vida em comum.<sup>24</sup>

Em suma, a religião complementa a filosofia, uma vez que contribui com o que se deve fazer, enquanto a ética contribui com o que se deve esperar. Um duplo desafio de contribuição e aprendizado surge da bioética à religião e vice-versa. A tensão entre ciência e religião é acentuada quando ambas se tornam ideologias, de modo que a filosofia, crítica de ambas, pode e deve mediar a discussão. As controvérsias da bioética às vezes são bloqueadas pela pressão de interesses políticos e preconceitos religiosos. É necessário recuperar, da filosofia, a capacidade de diálogo de uma bioética construída como conversação e em um nível duplo: debates interdisciplinares acadêmicos e diálogo cívico dentro de uma sociedade plural e democrática, entendendo que não há incompatibilidade entre a bioética secular e a ética das religiões e que estas devem andar de mãos dadas, com senso crítico e autocrítico.<sup>25</sup>

Fundamental para o campo é o respeito pelas pessoas, um preceito que exige que as crenças religiosas não sejam descartadas como meras coleções de mitos irracionais. Ao mesmo tempo, o preceito bioético do universalismo torna impossível incluir a religião como um elemento sério na tomada de decisões morais. Como consequência, a bioética compartimenta a religião. Assim, a religião tem sua legitimidade moral limitada, apropriada para certos grupos e indivíduos, sem uma teoria moral mais ampla, existindo, por exemplo, a bioética católica, bioética judaica, etc.<sup>26</sup>

## 1.2 Ética, moral e bioética

A ética pode ser definida como a disciplina que lida com o que é bom e ruim e com deveres e obrigações morais. A ética lida com as escolhas corretas de conduta, considerando todas as circunstâncias, distinguindo entre o que é considerado certo ou errado em um dado momento, em uma determinada cultura. A ética está preocupada em estudar e/ou construir um conjunto coerente de regras ou princípios pelos quais as pessoas devem viver. É o valor social que liga a sociedade pela opinião e consideração uniforme, permitindo que esta decida o que está errado e o que é certo. É a ciência do moral sobre o princípio do dever humano na sociedade.<sup>27</sup>

<sup>24</sup> HABERMAS, 2007, p. 139.

<sup>25</sup> RODRIGUEZ YUNTA, 2010, p. 9.

<sup>26</sup> Cf. DE VRIES, R. Good Without God: Bioethics and the Sacred. *Society*, v. 52, n. 5, p. 438-447, 2015. p. 445.

<sup>27</sup> Cf. HARISH, D.; KUMAR, A.; SINGH, A. Duties and responsibilities of the medical practitioner, revisited. *Journal of Punjab Academy of Forensic Medicine & Toxicology*, v. 12, n. 1, p. 115-120, 2012. p. 116.

Segundo Oliveira, a ética se refere a consensos possíveis e temporários entre diferentes grupos sociais que, embora possuam hábitos, costumes e moral diferentes, “e mesmo divergindo na compreensão de mundo e nas perspectivas de futuro, conseguem estabelecer normas de convivência social relativamente harmoniosas em algumas questões”.<sup>28</sup>

Todas as sociedades humanas tiveram códigos éticos ou morais mais ou menos sofisticados. Entendemos que alguns desses códigos são intrínsecos (poderíamos dizer genéticos) à própria natureza humana (não matar, cuidar da prole etc.); outros são adquiridos através do meio cultural (a educação, as normas) e podem variar, portanto, com a evolução dos costumes. Isto não quer dizer que os valores éticos sejam hereditários, mas que os indivíduos da espécie *homo sapiens* estão geneticamente determinados como seres capazes de ser éticos. O comportamento ético das pessoas é o resultado de uma complexa influência cultural (herança cultural) que utiliza ou dinamiza uma capacidade geneticamente determinada (herança biológica).<sup>29</sup>

A ética não é estática, aplicável para todos os tempos, e o que foi considerado uma boa ética cem anos atrás pode não ser considerado hoje. A profissão de saúde possui um conjunto de ética, aplicável a diferentes grupos de profissionais e instituições. A ética médica está preocupada com as obrigações dos médicos e do hospital com o paciente, juntamente com outros profissionais de saúde e a sociedade, buscando equilibrar a responsabilidade do médico para com cada paciente e a obrigação profissional e coletiva para com todos que precisam desses cuidados.<sup>30</sup>

A Filosofia tem desempenhado um papel vital no desenvolvimento do discurso ético moderno e certos elementos fundamentais continuam a fornecer uma estrutura sobre a qual os conceitos são formulados e discutidos. De um modo geral, a ética contemporânea é vista a partir de dois pontos de vista contrastantes: consequencialismo, com seu foco nas consequências; e as crenças não-sequencialistas, que derivam de orientações baseadas em regras (deontológicas).<sup>31</sup>

O consequencialista acredita que os seres humanos devem se comportar (e tomar decisões) de maneira que estas resultem no bem maior. Sua tradição filosófica mais dominante é a do utilitarismo, que deriva e faz uma referência à utilidade. Portanto, um utilitarista acredita que todos devem realizar um ato ou seguir uma regra moral que trará o bem maior (ou felicidade) para todos os envolvidos.<sup>32</sup>

<sup>28</sup> Cf. OLIVEIRA, 2004, p. 74.

<sup>29</sup> Cf. BETIOLI, A. B. *Bioética, a ética da vida*. 2. ed. São Paulo: LTr, 2015. p. 25.

<sup>30</sup> Cf. HALVORSEN, J. G. Professionalism reconsidered. Priorities for physicians. *Archives of Family Medicine*, v. 8, n. 2, p. 173-176, 1999. p. 174.

<sup>31</sup> Cf. MACKENZIE, C. R. Professionalism and medicine. *HSS Journal*, v. 3, n. 1, p. 222-227, 2007. p. 224.

<sup>32</sup> Cf. MACKENZIE, 2007, p. 224.

Em contraste, a deontologia entende que as consequências não devem, de fato, entrar em julgamento nas ações dos outros. Baseando-se em padrões mais elevados de moralidade (por exemplo, Deus), as ações (e pessoas) devem ser julgadas somente se estão corretas, sendo, portanto, baseada na crença de que regras de natureza moral existem e que tais regras podem ser empregadas para guiar a tomada de decisão apropriada.<sup>33</sup>

No entanto, há uma terceira abordagem, mais antiga em suas origens, que parece se encaixar melhor para o entendimento das responsabilidades éticas, a escola da ética da virtude. Talvez por sua atenção a um modelo real que realiza a ação que realmente incorpora a virtude, ao invés de apenas seguir princípios abstratos que tornam certas ações certas ou erradas, a ética da virtude tem um apelo intuitivo no discurso da ética médica e particularmente aos médicos preocupados com a forma como podem se tornar bons profissionais. A ética da virtude considera o tipo de pessoa que o médico deve ser e, como tal, é uma boa opção quando questões relacionadas à obrigação profissional e aos padrões estão no cerne da consideração.<sup>34</sup>

Ética e moral são comumente considerados sinônimos, devido à aproximação dos seus conceitos. De acordo com Deleuze, a diferença entre os dois conceitos é que a moral apresenta um conjunto de regras restritivas de um tipo especial, aquelas que julgam ações e intenções, considerando-as em relação a valores *transcendentes* (isso é bom, é ruim), enquanto a ética é um conjunto de regras opcionais que avaliam o que o indivíduo faz e o que diz em relação às formas de envolvimento existentes.<sup>35</sup>

Sob o ponto de vista etimológico, ética e moral têm idêntico conteúdo semântico. Todavia, a etimologia não é o único critério para determinar o significado das palavras. Todas as línguas evoluem e é preciso ater-se a essa evolução. Em relação aos termos 'ética' e 'moral', eles foram utilizados ao longo da história com diversos significados e com relações distintas entre ambos.<sup>36</sup>

A experiência moral pode ser considerada como um fenômeno experiencial contextualizado, que é melhor entendido a partir da perspectiva subjetiva da pessoa que vive o fenômeno dentro de seu contexto social. As questões morais estão enraizadas na ontologia

<sup>33</sup> Cf. PELLEGRINO, E. D. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mount Sinai Journal of Medicine*, v. 69, n. 2, p. 378-384, 2002. p. 379.

<sup>34</sup> Cf. PELLEGRINO, 2002, p. 379.

<sup>35</sup> Cf. DELEUZE, G. *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 100.

<sup>36</sup> Cf. BETIOLI, 2015, p. 27.

moral de uma pessoa, ou seja, a crenças implícitas de uma pessoa ou de um grupo de pessoas.<sup>37</sup>

Os processos sociais, históricos e culturais afetam continuamente o valor atribuído a vários aspectos da vida cotidiana e, embora a experiência moral envolva um senso de como as coisas importam em relação aos sistemas de referência de valor de uma pessoa, a estrutura se esforça para entender a perspectiva do indivíduo dentro desse mundo social local. Assim, o indivíduo faz escolhas e age à luz de um contexto significativo dentro do qual reside, onde a sociedade é quem determina as ações ou modos de vida que são moralmente superiores.<sup>38</sup>

A moral refere-se a convenções sociais sobre a conduta humana certa e errada, boa ou ruim. Os valores morais são os fundamentos das obrigações (deveres) de uns para com os outros, guiando o raciocínio, julgamentos e ações, tendo em mente o bem de todos em uma sociedade.<sup>39</sup>

A 'experiência moral' se refere às realidades morais vividas pelo homem. A pessoa humana é um ser moral muito antes de elaborar teorias filosóficas sobre a moralidade. As normas morais básicas aprendem-se pela educação informal, que começa na infância (junto com elas aprendemos outras normas de comportamento, como as normas de etiqueta ou de convenção social, que não são propriamente normas morais). Assim, pouco a pouco, vamos adotando os códigos morais dominantes em nosso meio ambiente [...]. Esse conhecimento pré-filosófico da moralidade foi e é suficiente para que a maior parte dos homens viva moralmente, sem precisar recorrer às justificações teóricas das normas morais.<sup>40</sup>

Os valores morais são definitivos, não podendo ser substituído de acordo com interesses ou preferências menores; são universais, se aplicando a todos dentro de determinada sociedade; são imparciais, onde avaliações morais devem tratar o bem de todos igualmente. Assim, os indivíduos não criam sua moral de acordo com suas próprias regras e moralidade, não podendo ser puramente uma política ou código pessoal, pois são as ações em relação aos interesses dos outros, e em consideração a eles, que tornam uma ação moral.<sup>41</sup>

Dos valores fundamentais surgem os princípios morais, que não dizem o que fazer, quando agir (ou abster-se de agir), ou por que algumas ações são apropriadas (ou não). Pelo

<sup>37</sup> Cf. HUNT, M. R.; CARNEVALE, F. A. Moral experience: a framework for bioethics research. *Journal Medical Ethics*, v. 37, n. 11, p. 658-662, 2011. p. 659.

<sup>38</sup> Cf. HUNT, M. R. Moral experience of Canadian health care professionals in humanitarian work. *Prehosp Disaster Medicine*, v. 24, n. 3, p. 518-524, 2009. p. 519.

<sup>39</sup> Cf. HORNER, J. Morality, Ethics, and Law: Introductory Concepts. *Seminars in Speech and Language*, v. 24, n. 4, p. 263-274, 2003. p. 264.

<sup>40</sup> Cf. FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. *Para fundamentar a bioética*. São Paulo: Loyola, 2005. p. 84-85.

<sup>41</sup> Cf. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios da ética biomédica*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013. p. 38.

contrário, os princípios morais são guias gerais que deixam espaço considerável para o julgamento e decisões em relação a o que, quando e o porquê das ações.<sup>42</sup>

Questões éticas na medicina e nas ciências da vida são objeto de um campo acadêmico relativamente novo: a bioética. Embora questões morais sobre a ética da medicina e áreas relacionadas tenham sido feitas ao longo do tempo, foi somente nas últimas décadas que um novo campo, dedicado especificamente a tais questões, surgiu. O crescimento desse campo estimulou ainda mais a atenção para questões morais importantes na medicina e na biologia.<sup>43</sup>

A bioética surgiu como um campo distinto de estudo no início da década de 1960, influenciada não só pelos avanços nas ciências da vida, particularmente pela medicina, mas também pelas significativas mudanças culturais e sociais que ocorriam na época, principalmente no Ocidente. A perfeição de certos procedimentos e tecnologias que salvam vidas, como transplante de órgãos e diálise renal, exigia que os médicos tomassem decisões difíceis sobre quais pacientes receberiam tratamento e quais seriam autorizados a morrer. Ao mesmo tempo, a crescente importância atribuída ao bem-estar individual contribuiu para mudanças nas atitudes convencionais em relação ao casamento e à sexualidade, reprodução e educação dos filhos e direitos civis. O resultado final foi uma insatisfação generalizada com o paternalismo médico tradicional e o reconhecimento gradual do direito do paciente de estar plenamente informado sobre sua condição e de manter alguma medida de controle sobre o que acontece com seu corpo.<sup>44</sup>

A bioética pode ser entendida de maneira mais ampla ou mais estreita. Seguindo a interpretação mais ampla, a bioética inclui não apenas o estudo filosófico da ética da medicina, mas também áreas como direito médico, antropologia médica, sociologia médica, políticas de saúde, economia da saúde e até algumas áreas da medicina em si. Na interpretação mais restrita, embora possa se basear nessas outras disciplinas, a bioética é, em si mesma, apenas uma área de investigação filosófica. Mais especificamente, a bioética é um ramo da ética prática (ou aplicada), que por sua vez é um ramo da filosofia.<sup>45</sup>

Como ramo da ética aplicada, a bioética é distinta da metaética, estudo de conceitos morais básicos como dever e bem, e da ética normativa, disciplina que busca estabelecer critérios para determinar que tipo de ação é moralmente correta. Dizer que a

<sup>42</sup> Cf. BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 39.

<sup>43</sup> Cf. BENATAR, D. Bioethics and health and human rights: a critical view. *Journal Medical Ethics*, v. 32, n. 1, p. 17-20, 2006. p. 18.

<sup>44</sup> Cf. BENATAR, 2006, p. 18.

<sup>45</sup> Cf. BENATAR, 2006, p. 19.



bioética é aplicada, no entanto, não implica que ela pressuponha alguma teoria ética particular. Bioeticistas contemporâneos fazem uso de uma variedade de pontos de vista diferentes, incluindo o utilitarismo, mas também mais recentemente desenvolvendo perspectivas como a teoria da virtude e perspectivas extraídas da escola de pensamento conhecida como ética do cuidado.<sup>46</sup>

Alguns bioeticistas sustentam que uma bioética global poderia ser fundamentada na abordagem de quatro princípios, em vista de sua aparente compatibilidade com teorias e visões de mundo éticas amplamente diferentes. Outros argumentam que os quatro princípios não são uma base apropriada para uma bioética global porque pelo menos alguns deles - em particular o princípio da autonomia - refletem valores peculiarmente ocidentais. Embora a questão permaneça sem solução, o campo como um todo continua a crescer em sofisticação. Ao mesmo tempo, o ritmo crescente dos avanços tecnológicos na medicina e nas ciências da vida exige que os bioeticistas repensem continuamente os pressupostos básicos de seu campo e reflitam cuidadosamente sobre suas próprias metodologias.<sup>47</sup>

Assim, a bioética apresenta diferentes modelos, dentre os quais o principialismo, baseado nos quatro princípios, sobre os quais irá se tratar em momento posterior deste capítulo; o utilitarismo, que leva em conta as consequências que determinado ato gera, independente se este é certo ou errado; a deontologia, que estabelece o que é certo e errado, estabelecendo regras; casuística, que deve se basear na jurisprudência; além da bioética do cuidar, onde o paciente deve ser tratado como alguém próximo, um parente; e bioética da proteção, que entende que determinadas pessoas não têm condições de decisão, cabendo ao profissional decidir por elas.<sup>48</sup> Neste estudo, não se deterá em cada um desses modelos, visto que o interesse se volta ao principialismo, mais especificamente ao princípio da autonomia.

### 1.3 Princípios bioéticos

A abordagem dos quatro princípios bioéticos originou-se em 1979, com Beauchamp e Childress, que desenvolveram sua teoria dentro da moralidade comum, ou seja, no conjunto de normas compartilhadas por todas as pessoas comprometidas com a moral, tendo como foco o respeito pela autonomia (obrigação de respeitar a capacidade de tomada de decisão do paciente); não-maleficência (a obrigação de evitar causar prejuízo); beneficência (obrigação

<sup>46</sup> Cf. AGAZZI, E. The individual and collective dimension in bioethics. *Bioethics Update*, v. 3, n. 2, p. 79-81, 2017. p. 80.

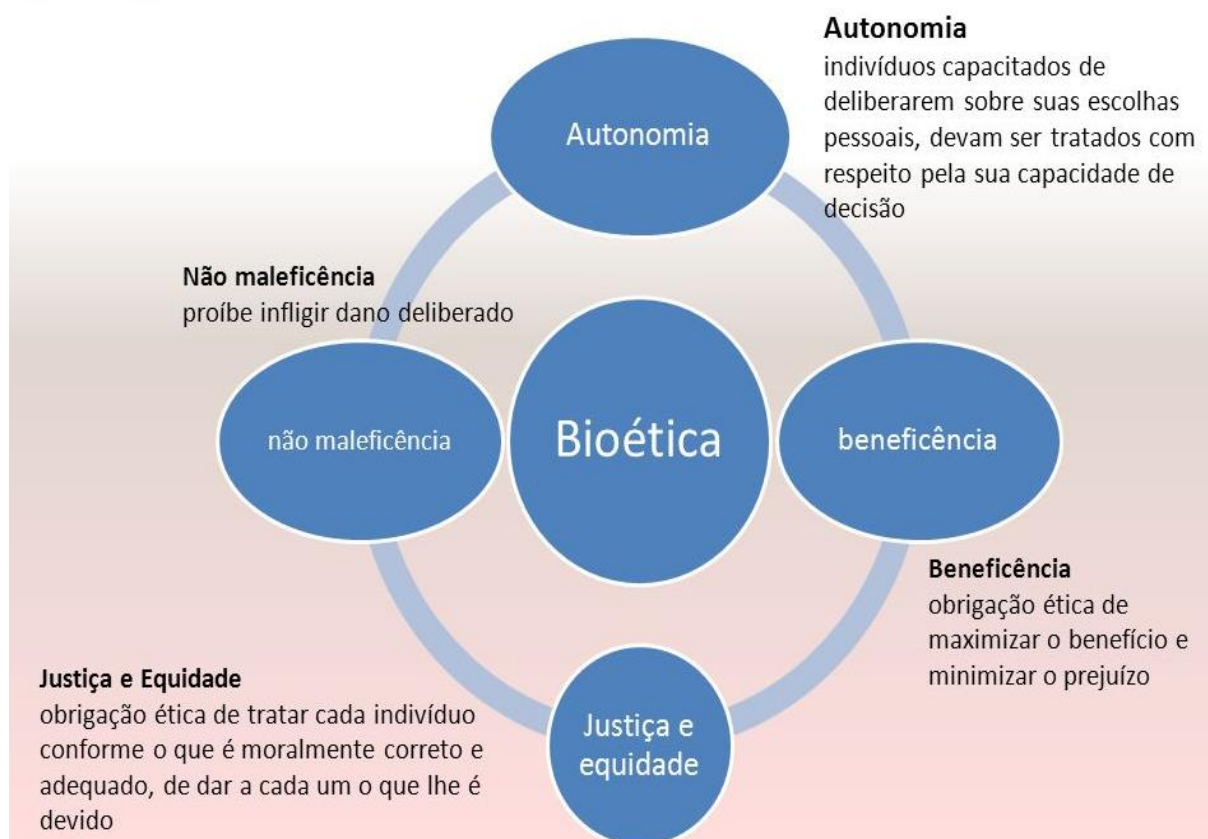
<sup>47</sup> Cf. HUNT, 2011, p. 661.

<sup>48</sup> Cf. HUNT, 2011, p. 661.

de fornecer benefícios e equilibrar os riscos) e justiça (obrigações de justiça na distribuição dos benefícios e riscos).<sup>49</sup>

A visão de Beauchamp e Childress era que a bioética era uma forma de ética aplicada e que os problemas éticos poderiam ser resolvidos através da aplicação de quatro princípios: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Eles diferenciaram esses princípios normativos, que estavam preocupados em determinar o que deveria ser o caso, a partir do trabalho empírico feito por cientistas sociais, que acreditavam simplesmente descrever como as coisas eram. Esses argumentos pareciam convincentes: os filósofos eram uma presença influente em órgãos federais e foram responsáveis pelas recomendações, em 1979, conhecidas como Relatório Belmont, que argumentou que a pesquisa deve estar em conformidade com os princípios de respeito pelas pessoas, beneficência e justiça.<sup>50</sup>

Figura 2 – Princípios bioéticos:<sup>51</sup>



<sup>49</sup> Cf. BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 39.

<sup>50</sup> Cf. FOX, R.; SWAZEY, J. Medical Morality is not Bioethics – Medical Ethics in China and the United States. *Perspective in Biology and Medicine*, v. 27, n. 1, p. 336-360, 1984, p. 356.

<sup>51</sup> Adaptado de OLIVEIRA, 2004, p. 79.

O Relatório Belmont, promulgado em 1978, identificou três princípios éticos básicos para a orientação ética da pesquisa envolvendo seres humanos: respeito às pessoas, beneficência e justiça. Esta análise influente forneceu o pano de fundo para a política de ética relativa à pesquisa com seres humanos até os dias atuais.<sup>52</sup>

O princípio da autonomia foi inicialmente dirigido contra o raciocínio mais paternalista dos médicos que se importavam pouco sobre os desejos dos pacientes. Este princípio reconhece o valor e a dignidade do outro e, portanto, reconhece o direito de todas as pessoas a manter visões, fazer escolhas e tomar atitudes com base em valores e crenças pessoais.<sup>53</sup>

Na medicina, autonomia refere-se ao direito do paciente de manter o controle sobre seu corpo. Um profissional de saúde pode sugerir ou aconselhar, mas quaisquer ações que tentem convencer ou coagir o paciente a fazer uma escolha são violações desse princípio. No final, o paciente deve ter permissão para tomar suas próprias decisões - independentemente de o profissional médico acreditar ou não essas escolhas no interesse do paciente - independentemente e de acordo com seus valores e crenças pessoais.<sup>54</sup>

O respeito pela autonomia significa que se deve respeitar o direito de todos os indivíduos determinarem suas escolhas em assuntos pessoais. Um corolário para o princípio da autonomia é a ideia de que, quando se interage com outros que são vulneráveis ou que possuem sua autonomia prejudicada, tem-se a obrigação moral de proteger seus interesses e de promover sua autonomia, na medida do possível.<sup>55</sup>

Autonomia pessoal significa autogoverno, livre de ser controlado pelos outros e de compreensão inadequada que impeça uma escolha significativa. Se a capacidade da livre escolha é restringida pela prisão, coação ou incitamento (circunstâncias e ambiente) ou pela limitação da capacidade mental ou por ser menor, não se pode falar de autonomia. Para ter autonomia, duas condições são essenciais: o livre arbítrio, ser independente de controlar influências externas e internas; e capacidade de ação intencional por um indivíduo adulto competente.<sup>56</sup>

<sup>52</sup> Cf. FOX; SWAZEY, 1984, p. 356.

<sup>53</sup> Cf. GILLON, R. Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be ‘first among equals’. *Journal Medical Ethics*, v. 29, n. 1, p. 307-312, 2003. p. 309.

<sup>54</sup> Cf. BETIOLI, 2015, p. 49.

<sup>55</sup> Cf. GILLON, 2003, p. 309.

<sup>56</sup> Cf. AL-BAR, M. A.; CHAMSI-PASHA, H. *Contemporary bioethics*. New York: Springer, 2015. p. 108.

Para ter autonomia, o indivíduo deve estar bem informado sobre o assunto. O consentimento obtido é inválido se não houver informação, mesmo que não haja coerção. Se não houver transparência, o acordo pode se tornar inválido.<sup>57</sup>

Na área da saúde, respeitar a autonomia das pessoas tem muitas implicações, obrigando os prestadores de cuidado a consultar a pessoa e obter o seu consentimento antes de implementar um tratamento, daí a obrigação de obter o consentimento informado dos pacientes. O sigilo médico é outra implicação do respeito à autonomia das pessoas, mantendo suas informações confidenciais. O respeito pela autonomia também exige que o paciente não seja enganado, por exemplo, sobre sua doença, a menos em casos onde o paciente não possui discernimento (crianças, doentes mentais, etc.).<sup>58</sup>

Para exercer o respeito pela autonomia, os profissionais de saúde devem ser capazes de se comunicar bem com seus pacientes. Uma boa comunicação requer saber ouvir, além de dizer e é geralmente necessária para dar aos pacientes informações adequadas sobre qualquer intervenção proposta e para descobrir se os pacientes querem essa intervenção. Uma boa comunicação também é geralmente necessária para descobrir quando os pacientes não querem muita informação, havendo caso em que não querem ser informados sobre um mau prognóstico ou para decidir sobre os vários tratamentos, preferindo deixar essa decisão para seus médicos. Respeitar tais atitudes mostra o respeito pela a autonomia do paciente.<sup>59</sup>

O princípio da beneficência significa que se deve agir para prevenir ou remover danos, assim como desenvolver ações para fazer o bem para os outros. Beneficência conota atos de misericórdia, bondade e caridade. Inclui todas as formas de ação destinadas a beneficiar ou promover o bem de outras pessoas. O princípio da beneficência refere-se a uma declaração normativa de obrigação moral de agir em benefício dos outros, ajudando-os a promover interesses legítimos, muitas vezes prevenindo ou removendo possíveis danos. Este princípio está interconectado com o da não-maleficência, pois prevenir o dano e remover o mal, são ambos considerados um tipo de beneficência.<sup>60</sup>

No contexto da relação profissional-cliente, o profissional é obrigado a, sempre e sem exceção, favorecer o bem-estar e o interesse do cliente. Nos cuidados de saúde, a beneficência é uma das principais éticas. Uma parte integral do trabalho como profissional é a ética fundamental da beneficência. Uma compreensão dessa ética do cuidado obriga o

---

<sup>57</sup> Cf. AL-BAR; CHAMSI-PASHA, 2015, p. 109.

<sup>58</sup> Cf. HUXTABLE, R. For and against the four principles of biomedical ethics. *Clinical Ethics*, v. 8, n. 2-3, p. 39-43, 2013. p. 39.

<sup>59</sup> Cf. GILLON, 2003, p. 310.

<sup>60</sup> Cf. AL-BAR; CHAMSI-PASHA, 2015, p. 131.

profissional de saúde individual a considerar sua vocação aos altos padrões de profissionalismo como um imperativo moral; aquele que defende altos padrões e se esforça para o bem maior.<sup>61</sup>

Este princípio afirma que os profissionais de saúde devem fazer todo o possível para beneficiar o paciente em cada situação. Todos os procedimentos e tratamentos recomendados devem ter a intenção de fazer o melhor para o paciente. Para garantir a beneficência, os médicos devem desenvolver e manter um alto nível de habilidade e conhecimento, garantir que sejam treinados nas práticas médicas mais atuais e melhores e considerar as circunstâncias individuais de seus pacientes; o que é bom para um paciente não será necessário para beneficiar outro.<sup>62</sup>

Na saúde, o pensamento moderno sobre beneficência abrange o humanismo. Todas as pessoas têm o direito imutável à vida e à liberdade, e esses direitos devem ser respeitados, nutridos e facilitados. A reverência em relação ao paciente e à sua experiência de sofrimento mostra respeito pelo indivíduo e pela própria vida. Os profissionais devem agir de maneira a contribuir para a saúde e o bem-estar do paciente e a se abster de fazer qualquer coisa que possa causar danos. Assim, a beneficência se esforça para o melhor atendimento não fazendo nada prejudicial.<sup>63</sup>

A beneficência sempre foi parte integrante da ética biomédica, juntamente com os outros princípios éticos fundamentais. Destes, pode haver uma luta para equilibrar os direitos do paciente de escolher e a intenção beneficente do cuidador. As pessoas envolvidas em cuidados de saúde, pesquisa em saúde e saúde pública devem avaliar que os riscos em potencial devem ser ponderados em relação aos benefícios dos cuidados e que a outra parte deve ser um participante informado e disposto. Todos os profissionais de saúde fazem um juramento, que declara explicitamente, entre muitas outras obrigações, a busca do bem, que sejam evitadas as coisas prejudiciais e abraça a ética da beneficência proativamente.<sup>64</sup>

Em nome do princípio da beneficência:

É comum que os profissionais da saúde tenham uma atitude paternalista para com os clientes, ou seja, decidam o que é melhor para eles, sem levar em conta seus pensamentos ou sentimentos e, geralmente, justificam suas atitudes com uma frase semelhante a esta: ‘é para o seu próprio bem’, mesmo que o cliente discorde. Desta

<sup>61</sup> Cf. BAUMRUCKER, S. J. et al. The ethical concept of “best interest”. *Journal of Hospice and Palliative Care*, v. 25, n. 3, p. 56-62, 2008. p. 57.

<sup>62</sup> Cf. BETIOLI, 2015, p. 56.

<sup>63</sup> Cf. BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 47.

<sup>64</sup> Cf. MACCIOCCHI, S.N. Doing good: the pitfalls of beneficence. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, v. 24, n. 1, p. 72-4, 2009. p. 73.

forma, mesmo tendo a intenção de fazer o bem, estão reduzindo adultos a condição de crianças e interferindo em sua liberdade de ação.<sup>65</sup>

A não-maleficência significa que se deve evitar agir de maneira que possa prejudicar os outros. O princípio bioético da não maleficência requer que os médicos não prejudiquem as pessoas que prometeram ajudar. Consistente com a frase clássica latina *primum non nocere* (Primeiro, não faça mal), este princípio lembra os praticantes de que os benefícios da ação médica devem sempre ser avaliados em relação a todos os riscos e consequências. Na educação médica, não causar dano também pode ser aplicado para executar tarefas apropriadas ao nível de competência e treinamento do indivíduo, onde cada agente participante mantém responsabilidades derivadas de suas qualificações. Como tal, o profissional pode violar este princípio quando age prematuramente e realiza tarefas fora do âmbito da sua prática.<sup>66</sup>

A não maleficência é provavelmente o mais conhecido dos quatro princípios. Em suma, significa 'não fazer mal'. Esse princípio pretende ser o objetivo final de todas as decisões de um médico e significa que os médicos devem considerar se outras pessoas ou a sociedade podem ser prejudicadas por uma decisão tomada, mesmo que seja feita para o benefício de um paciente individual.<sup>67</sup>

Tanto a beneficência quanto a não-maleficência exigem que sejam pesadas as consequências futuras, os bens e danos em potencial e usar um julgamento ao escolher ações, particularmente quando essas ações afetam os outros. Um dos dilemas éticos mais comuns surge no equilíbrio entre beneficência e não-maleficência. Esse equilíbrio é único entre os benefícios e os riscos do tratamento e desempenha um papel em quase todas as decisões médicas, como por exemplo, pedir um determinado teste, medicação, procedimento, operação ou tratamento. Ao fornecer o consentimento informado, os médicos fornecem aos pacientes as informações necessárias para compreender o escopo e a natureza dos riscos e benefícios em potencial, a fim de tomar uma decisão. Em última análise, é o paciente que atribui peso aos riscos e benefícios. No entanto, os benefícios potenciais de qualquer intervenção devem superar os riscos para que a ação seja ética.<sup>68</sup>

O princípio da justiça se refere a agir de maneira justa e apropriada, de acordo com procedimentos justos, dependendo do que uma pessoa merece ou precisa. A justiça como uma

<sup>65</sup> Cf. KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 106-110, 2005. p. 108.

<sup>66</sup> Cf. BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 53.

<sup>67</sup> Cf. BETIOLI, 2015, p. 59.

<sup>68</sup> Cf. HUXTABLE, 2013, p. 40.

virtude é um traço de caráter, uma disposição habitual para dar a cada pessoa o que é devido. Como princípio, ordena que se aja de tal forma que seja prestado a cada um o que lhe é devido, tratando todos os casos igualmente.<sup>69</sup>

O princípio da justiça declara que deve haver um elemento de justiça em todas as decisões médicas: justiça nas decisões que oneram e se beneficiam, assim como distribuição igual de recursos escassos e novos tratamentos, e que os médicos respeitem as leis aplicáveis e legislação ao fazer escolhas.<sup>70</sup>

O princípio da justiça aborda as questões de distribuição de recursos de saúde, respeito pelos direitos das pessoas e por leis moralmente aceitáveis, representando uma das questões mais espinhosas de um país. Na sua base, a questão fundamental é se existe um direito universal à saúde e, se não houver, como devem ser cuidados aqueles que, por qualquer motivo, não podem pagar, a fim de garantir este princípio.<sup>71</sup>

A justiça não assume que todos são literalmente iguais, mas que as pessoas diferem de acordo com o que precisam e que a todas as pessoas deveria ser dada uma oportunidade igual, pois seria injusto privar os indivíduos de recursos ou oportunidades que são necessários para o seu bem-estar. Em resumo, a justiça como uma noção moral possui várias formas sobrepostas: substantivas (os direitos reais), processuais (o processo decisório) e distributivas (alocação de benefícios e encargos).<sup>72</sup>

A igualdade está no coração da justiça, entretanto, a justiça é mais do que uma mera igualdade, as pessoas podem ser tratadas injustamente, mesmo que sejam tratadas igualmente. As pessoas têm argumentado sobre os critérios morais, religiosos, filosóficos e políticos relevantes para considerar e tratar as pessoas, não havendo uma justificativa especial para impor opiniões pessoais ou profissionais sobre a justiça, sendo necessário reconhecer as preocupações morais concorrentes. Por exemplo, no contexto dos conflitos de alocação de recursos existem várias preocupações morais comuns: fornecer cuidados de saúde suficientes para satisfazer as necessidades de todos os que precisam; quando isso é impossível, distribuir os recursos de saúde proporcionalmente às necessidades das pessoas; permitir que os profissionais de saúde priorizem as necessidades de seus pacientes; fornecer igual acesso a cuidados de saúde; permitir que as pessoas escolham, tanto quanto possível, seus cuidados de saúde; maximizar os benefícios produzidos pelos recursos disponíveis; respeitar a autonomia

<sup>69</sup> Cf. HUXTABLE, 2013, p. 40.

<sup>70</sup> Cf. BETIOLI, 2015, p. 64.

<sup>71</sup> Cf. HORNER, 2003, p. 267.

<sup>72</sup> Cf. BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 61.

das pessoas que fornecem esses recursos e, assim, limitar os custos para os contribuintes. Todos esses critérios para alocar recursos de cuidados de saúde podem ser moralmente justificados, mas nem todos podem ser plenamente atendidos simultaneamente.<sup>73</sup>

Os quatro princípios permitem que os profissionais de saúde compartilhem um compromisso moral comum, que pode ser compartilhada por todos, independentemente de suas convicções morais, religiosas ou políticas. Entretanto, as considerações anteriores demonstram que uma análise ética usando os quatro princípios é complexa e requer uma interpretação dos próprios princípios no contexto em que são aplicados, bem como uma avaliação precisa das circunstâncias factuais da situação.<sup>74</sup>



---

<sup>73</sup> Cf. GILLON, 2003, p. 313.

<sup>74</sup> Cf. GILLON, 2003, p. 313.



## 2 REFLEXÕES SOBRE RELIGIÃO, ESTADO E SAÚDE

Parte da tensão existente entre as religiões e a medicina curativa e secular pode ser encontrada, em particular, dentro de alguns grupos religiosos que interpretam seus ensinamentos de forma antagônica à prática médica estabelecida, criando um grau de tensão entre a medicina da alma e o remédio do corpo. Como exemplo, pode ser citada a crença dos membros da Ciência Cristã de que a fé é o único remédio real para o pecado, a doença e morte. A cura pela fé, ou a convicção de que o Ser Supremo pune o pecador, enviando doenças, levando-os a rejeitar os cuidados de saúde "mundanos", pode ser encontrada entre os conservadores dentro da Igreja da Santidade. Similarmente, o grupo fundamentalista da Igreja Reformada Holandesa, nas décadas de 1960 e 1970, recusava-se a vacinar seus filhos contra a poliomielite e, no ano de 1988, contra o sarampo. No entanto, talvez o exemplo mais conhecido deste fenômeno é a recusa de transfusão de sangue das Testemunhas de Jeová.<sup>75</sup>

Nesse contexto, este capítulo tratará da liberdade religiosa, princípio fundamental nas sociedades laicas e democráticas, caracterizando as Testemunhas de Jeová desde sua formação, apresentando as justificativas dessa religião para a recusa de hemotransfusão.

### 2.1 A liberdade religiosa

Para Matusinová, o termo *religio*, no qual a palavra religião tem sua origem, implica certa obrigação a um ser sobrenatural. A palavra liberdade vem originalmente do latim *libertas*, que denota o estado de ser livre de restrições opressivas impostas pela sociedade sobre o comportamento de alguém ou pontos de vista políticos, implicando em se agir da forma que mais agrade, obedecendo as restrições impostas pelas leis.<sup>76</sup>

Na atualidade, povos e nações são compostos principalmente de pessoas que professam alguma religião, enquanto o ateísmo e não afiliados a religiões são uma minoria. Em meados de 2010, com uma estimativa global da população mundial em torno de 6,9 bilhões, o percentual de indivíduos pertencentes a uma denominação religiosa era de 88,4%, enquanto os não religiosos ou agnósticos eram 9,6% e ateus 2,0% da população total.<sup>77</sup>

<sup>75</sup> Cf. SINGELENBERG, R. The blood transfusion taboo of Jehovah's Witnesses: origin, development and function of a controversial doctrine. *Social Science and Medicine*, v. 31, n. 4, p. 515-523, 1990. p. 516.

<sup>76</sup> MATUSINOVÁ, A. *The Concept of Religious Freedom in the European Union*. 2011. 106f. Master's Thesis. Brno: Masaryk University, 2011. p. 7.

<sup>77</sup> Cf. BAZÁN, J. L. The right to religious freedom from an international perspective. In: GAUCI, J. V. *International Perspectives on religious freedom: Proceedings of Conferences on Religious Freedom 2010 – 2012*. Brussels: EPP Group, 2013. p. 13.

As tendências mundiais futuras esperadas mostram que tanto em termos relativos quanto em termos absolutos, o número e a proporção de pessoas professando alguma religião é crescente. As denominações cristãs continuarão sendo a maioria em todo o mundo (33,4% da população mundial, em 2025, e 34,3%, em 2050), seguida dos Muçulmanos (22,8%, em 2025, e 25%, em 2050) e hindus (13,4%, em 2025, e 13,2%, em 2050).<sup>78</sup>

No entanto, apesar dos números expressivos, a intolerância ou não aceitação a outras religiões ainda persiste e faz parte da história da humanidade, existindo em todas as épocas e lugares. No Império Romano, o Judaísmo era tolerado com ressalvas e os cristãos foram duramente perseguidos. Com o passar do tempo, os judeus sofreram perseguições e os cristãos tornaram-se aceitos, demonstrando que perseguidos podem se tornar perseguidores.<sup>79</sup>

Com o passar do tempo, desenvolveu-se o conceito de liberdade eclesiástica (*libertas ecclesiae*), que defendeu as prerrogativas da Igreja Católica derivadas de sua pretensão de exclusividade. O substrato material deste conceito foi baseado, em boa parte, nas ideias de Santo Agostinho e São Tomás de Aquino. Assim, a Igreja reivindicou uma proteção jurídico-estatal privilegiada. Essa posição da Igreja Católica gerou graves problemas de intolerância religiosa.<sup>80</sup>

A intolerância religiosa foi responsável pelas mortes de centenas de milhares de pessoas ao longo do tempo, sendo exemplos históricos as Cruzadas, a colonização das Américas e o Holocausto. A perseguição religiosa sofrida por ingleses levou-os a buscarem refúgio na América do Norte, fundando as colônias que hoje formam o país econômica e culturalmente mais importante do mundo.<sup>81</sup>

As Cruzadas foram uma série de guerras religiosas entre cristãos e muçulmanos, iniciadas principalmente para garantir o controle de locais sagrados considerados sagrados por ambos os grupos. No total, oito grandes expedições da Cruzada ocorreram entre 1096 e 1291. Os sangrentos, violentos e muitas vezes implacáveis conflitos impulsionaram o status dos cristãos europeus, tornando-os atores importantes na luta por terras no Oriente Médio. O massacre implacável e generalizado de muçulmanos, judeus e outros não-cristãos resultou em ressentimento amargo que persistiu por muitos anos. Ainda hoje, alguns muçulmanos se referem ironicamente ao envolvimento do Ocidente no Oriente Médio como uma “cruzada”.<sup>82</sup>

<sup>78</sup> Cf. BAZÁN, 2013, p. 13.

<sup>79</sup> Cf. ROULAND, N.; PIERRÉ-CAPS, S.; POUMARÈDE, J. *Direitos das minorias e dos povos autóctones*. Brasília: UnB, 2004. p. 55.

<sup>80</sup> Cf. ADRAGÃO, P. P. *A liberdade religiosa e o Estado*. Coimbra: Almedina, 2002. p. 30.

<sup>81</sup> Cf. BARROSO, L. R. Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová: dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. In: AZEVEDO, A. V.; LIGIERA, W. R. *Direitos do paciente*. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 366.

<sup>82</sup> Cf. FRANCO JÚNIOR, H. *A Idade Média: o nascimento do Ocidente*. São Paulo: Brasiliense, 2001. p. 119.

As Grandes Navegações ocorridas entre os séculos XV e XVII foram legitimadas pela Igreja Católica e pelos reis europeus como uma forma de levar o Evangelho aos povos primitivos bárbaros das terras descobertas. No entanto, o extermínio de tribos hostis, que não se sujeitaram ao trabalho forçado ou que impediam a ocupação de terras auríferas, dizimou milhares de índios, levando a um genocídio desses povos nas três Américas.<sup>83</sup>

Em relação ao Holocausto, Hitler e outros nazistas fizeram uso abundante da imagem cristã tradicional do judeu como um materialista e diabólico "matador de Cristo", ganhando apoio ao plano racista essencialmente secular para erradicar os judeus da Europa, levando em conta a certeza de que a imagem cristã tradicional do judeu ainda desempenhava um papel importante na imaginação cristã popular. Noventa e sete por cento dos alemães foram criados como cristãos e permaneciam afiliados a uma igreja cristã quando Hitler chegou ao poder em 1933.<sup>84</sup>

A busca do movimento para fundir o cristianismo e o nacional-socialismo refletiu o desejo de muitos alemães para manter suas tradições religiosas, apoiando o nazismo. Durante a década de 1930 e nos anos de guerra, mulheres e homens cristãos alemães realizaram comícios, participaram de cultos e missas e publicaram jornais e livros. Cantavam hinos a Jesus, mas também a Hitler. Através de sermões, discursos e músicas propagaram o cristianismo antijudaico e impulsionaram a política racial nazista, legitimando a morte de cerca de seis milhões de judeus.<sup>85</sup>

Apesar de ter sido discutida desde o século XVII, por Thomas Helwys, que propunha a noção de liberdade de consciência e religiosa, esta só começou a ser alcançada a partir das Revoluções Liberais do século XVIII, onde a pauta dos direitos fundamentais começa a ser defendida. Um dos grandes defensores da liberdade religiosa como parte da liberdade individual foi John Locke (1632-1704), ao afirmar que:

A preocupação com a alma de cada homem e com as coisas do Céu, que não pertence à comunidade nem pode ser submetida a ela, deve ser deixada inteiramente a cada um. Seja falsa ou verdadeira, a religião não traz prejuízos aos interesses mundanos dos súditos conterrâneos dos magistrados, que são a única coisa que está sob os cuidados da comunidade.<sup>86</sup>

<sup>83</sup> Cf. PINHEIRO, J. A. U. *Conflitos entre Jesuítas e colonos na América portuguesa – 1640-1700*. 2007. 274f. Tese (Doutorado em História Econômica), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. p. 8.

<sup>84</sup> Cf. MUNSON, H. Christianity, antisemitism, and the Holocaust. *Religions*, v. 9, n. 26, p. 1-15, 2018. p. 3.

<sup>85</sup> Cf. MUNSON, 2018, p. 6.

<sup>86</sup> Cf. LOCKE, J. *Carta sobre a tolerância*. São Paulo: Hedra, 2008. p. 84.

Entretanto, o relato de tolerância de Locke baseia seu limite na interferência do Estado no culto religioso dos indivíduos com base no princípio de imunidade da regulação legal, ao qual as pessoas podem priorizar suas necessidades e deveres religiosos (o dever de cada pessoa de salvar sua alma adorando a Deus da maneira que ele acredita que Deus requer), mas o Estado retém o poder de regulamentar e prescrever interpretações individuais das suas necessidades e deveres religiosos que ponham em perigo os interesses dos cidadãos. Assim, caberia ao Estado decidir se certas crenças teóricas (como o ateísmo) poderiam ter consequências práticas perigosas para o bem público. Nesse contexto, a reivindicação de tolerância estava sujeita à responsabilidade do Estado de assegurar que as ameaças à ordem política.<sup>87</sup>

Longe de uma neutralização do poder público, o primeiro século da Reforma e do cisma religioso resultou em sua confessionalização completa das religiões cristãs, coincidindo com o começo dos Estados territoriais modernos, oferecendo a esses Estados emergentes um poderoso meio pedagógico de moldar a identidade nacional e consolidar o controle político.<sup>88</sup>

A combinação do poder político, financeiro e militar do Estado territorial, com a formação de uma sociedade identificada pela fé levou, algumas vezes, a conflitos civis em toda a Europa. A Inglaterra, por exemplo, excluiu os católicos e presbiterianos de cargos públicos, estabelecendo a hegemonia anglicana. Ao mesmo tempo, um *modus vivendi* foi criado, ampliando o espaço de tolerância de certas doutrinas anteriormente penalizadas como heréticas.<sup>89</sup>

Na prática, a adoração privada por católicos, protestantes dissidentes e livre-pensadores era admitida, mas não com base no fato de que a crença religiosa é obtida através do livre exercício da religião, mas admitida na medida em que não desafiava uma ordem pública reconstituída com base no "culto nacional" anglicano depois de quase um século de guerra civil.<sup>90</sup>

As ideias de Locke tiveram forte influência na Declaração de Independência dos Estados Unidos, em 1776, que previa, a partir da emenda constitucional americana de 1787, a separação entre religião e Estado, assegurando seu livre exercício ao afirmar que “O

<sup>87</sup> Cf. DUNN, J. *The history of political theory and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 101.

<sup>88</sup> Cf. HUNTER, I. English blasphemy. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, v. 4, n. 3, p. 403-428, 2013. p. 412.

<sup>89</sup> Cf. HUNTER, 2013, p. 415.

<sup>90</sup> Cf. BHUTA, N. Two Concepts of Religious Freedom in the European Court of Human Rights. *EUI Working Papers Law*, v. 2012, n. 33, p. 1-27, 2012. p. 6.

Congresso não editará qualquer lei relacionada ao estabelecimento de uma religião, ou proibindo o seu livre exercício”.<sup>91</sup>

Observa-se, assim, que as primeiras ações a favor de uma liberdade religiosa ocorreram nos Estados Unidos, ao estabelecer constitucionalmente esse direito e separar a religião do Estado. Após a Constituição americana, “progressivamente, a liberdade de religião – o direito de professar uma crença e seguir os seus ritos, sem restrições outras que não as ditadas pela ordem pública e pelos direitos de terceiros – foi sendo incorporada a documentos constitucionais, declarações de direitos e diplomas internacionais”, dentre os quais cabe destacar a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), adotado pelas Nações Unidas em 1948, a Convenção Europeia de Direitos Humanos (1953), o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), a Convenção Americana de Direitos Humanos (1969), e a Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Intolerância e de Discriminação Baseadas em Religião ou Crença (1981).<sup>92</sup>

O artigo 18 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, afirma que todos os seres humanos têm direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular.<sup>93</sup>

O artigo 18 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de 1966, do qual o Brasil se tornou signatário através do Decreto nº 592/992, afirma que:

1. Toda pessoa terá direito a liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Esse direito implicará a liberdade de ter ou adotar uma religião ou uma crença de sua escolha e a liberdade de professar sua religião ou crença, individual ou coletivamente, tanto pública como privadamente, por meio do culto, da celebração de ritos, de práticas e do ensino. 2. Ninguém poderá ser submetido a medidas coercitivas que possam restringir sua liberdade de ter ou de adotar uma religião ou crença de sua escolha. 3. A liberdade de manifestar a própria religião ou crença estará sujeita apenas à limitações previstas em lei e que se façam necessárias para proteger a segurança, a ordem, a saúde ou a moral públicas ou os direitos e as liberdades das demais pessoas. 4. Os Estados Partes do presente Pacto comprometem-se a respeitar a liberdade dos pais e, quando for o caso, dos tutores

<sup>91</sup> Cf. BARROSO, 2012, p. 367.

<sup>92</sup> Cf. MACHADO, J.E.M.. *Liberdade religiosa numa comunidade constitucional inclusiva: dos direitos da verdade aos direitos dos cidadãos*. Coimbra: Coimbra, 1996. p. 78.

<sup>93</sup> Cf. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral da ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. (217 [III] A). Paris. Disponível em: <<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>>. Acesso em: 29 fev. 2019.

legais - de assegurar a educação religiosa e moral dos filhos que esteja de acordo com suas próprias convicções.<sup>94</sup>

Estes e todos os demais documentos internacionais afirmam que o indivíduo é livre para mudar a religião, crença e liberdade, seja sozinho ou em comunidade com os outros, em público ou na vida privada, para manifestar a religião ou crença de alguém, em adoração, ensino, prática e observância. Há também a Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a Eliminação de Todas as Formas de Intolerância e Discriminação fundadas na religião ou crença, de 1981. Seu artigo 1º, 2º e 3º são muito semelhantes às garantias já citadas em outros documentos, estabelecendo que:

Artigo 1º

§1. Toda pessoa tem o direito de liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Este direito inclui a liberdade de ter uma religião ou qualquer convicção a sua escolha, assim como a liberdade de manifestar sua religião ou suas convicções individuais ou coletivamente, tanto em público como em privado, mediante o culto, a observância, a prática e o ensino.

§2. Ninguém será objeto de coação capaz de limitar a sua liberdade de ter uma religião ou convicções de sua escolha.

§3. A liberdade de manifestar a própria religião ou as próprias convicções estará sujeita unicamente às limitações prescritas na lei e que sejam necessárias para proteger a segurança, a ordem, a saúde ou a moral pública ou os direitos e liberdades fundamentais dos demais.

Artigo 2º

§1. Ninguém será objeto de discriminação por motivos de religião ou convicções por parte de nenhum Estado, instituição, grupo de pessoas ou particulares.

§2. Aos efeitos da presente declaração, entende-se por 'intolerância e discriminação baseadas na religião ou nas convicções' toda a distinção, exclusão, restrição ou preferência fundada na religião ou nas convicções e cujo fim ou efeito seja a abolição ou o fim do reconhecimento, o gozo e o exercício em igualdade dos direitos humanos e das liberdades fundamentais.

Artigo 3º

A discriminação entre os seres humanos por motivos de religião ou de convicções constitui uma ofensa à dignidade humana e uma negação dos princípios da Carta das Nações Unidas, deve ser condenada como uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais proclamados na Declaração Universal de Direitos Humanos e enunciados detalhadamente nos Pactos internacionais de direitos humanos, e como um obstáculo para as relações amistosas e pacíficas entre as nações.<sup>95</sup>

Na verdade, o direito à liberdade religiosa é a porta de entrada para outros direitos e liberdades fundamentais, aos quais está intimamente ligado, tais como a liberdade de

<sup>94</sup> BRASIL. *Decreto nº 592*, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. Brasília: Senado Federal, 1992.

<sup>95</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração sobre a eliminação de todas as formas de intolerância e discriminação fundadas na religião ou crença*. 1981. Disponível em: <[http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/36/55](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/36/55)>. Acesso em: 4 mar. 2019.

expressão, consciência, associação, à igualdade e a não discriminação, à educação, à propriedade, etc.<sup>96</sup>

O fato de que o direito à liberdade religiosa de indivíduos, comunidades e as instituições incluem as esferas privada e também pública, pois nenhuma autoridade em qualquer lugar do mundo pode razoavelmente esperar que qualquer pessoa renuncie à prática de certos atos sob sua liberdade de religião, a fim de evitar um risco de perseguição, incluindo a observância de uma certa prática religiosa em público que é de particular importância para a pessoa, a fim de preservar a sua identidade religiosa.<sup>97</sup>

Apesar de todos os documentos internacionais a favor da liberdade religiosa, a situação em alguns países é preocupante, sendo uma realidade diária a discriminação, opressão e perseguição a indivíduos devido às suas crenças religiosas, chegando a cerca de 100 milhões de pessoas em todo o mundo, levando a um fluxo migratório constante de minorias religiosas.<sup>98</sup>

Em relação às limitações e restrições ao direito à liberdade de religião ou crença, de acordo com os tratados internacionais, esta liberdade possui dois componentes. O primeiro é o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, o que significa o direito de manter ou mudar de religião ou crença, o que não pode ser restringido em nenhuma circunstância. O segundo é o direito de manifestar a sua religião ou crença, que pode ser restrito, mas somente se a restrição for prescrita por lei e for necessária, para a proteção da segurança pública, da saúde pública ou da moral ou proteção dos direitos e liberdades dos outros. Assim, em uma sociedade democrática, tal interferência deve satisfazer uma necessidade social premente e deve ser proporcional e deve haver uma relação razoável entre o objetivo da restrição e dos meios utilizados para atingir esse objetivo.<sup>99</sup>

A liberdade de religião se constitui na essência de uma sociedade livre, onde as pessoas são livres para acreditarem e agirem de acordo com suas crenças, sem contenções legais. Embora a liberdade de religião seja atribuída ao indivíduo, seu exercício contribui para o caráter da sociedade como um todo. Segundo McCrea, a liberdade religiosa é vista como

<sup>96</sup> Cf. BAZÁN, 2013, p. 12.

<sup>97</sup> Cf. BAZÁN, 2013, p. 12.

<sup>98</sup> Cf. BAZÁN, 2013, p. 14.

<sup>99</sup> Cf. DONALD, A.; HOWARD, E. *The right to freedom of religion or belief and its intersection with other rights*. Brussels: ILGA-Europe, 2015. p. 2.

importante pela sua contribuição para a autonomia individual e para o pluralismo que deve caracterizar as sociedades democráticas.<sup>100</sup>

O respeito à diversidade, incluindo o respeito à crença, não só honra a dignidade inerente ao indivíduo, mas também contribui para uma vida democrática da sociedade, pois a diversidade de crenças religiosas é apenas um exemplo das muitas diferenças que existem dentro de sociedades pluralistas. A liberdade de religião engloba aspectos positivos e negativos. O aspecto positivo é a ‘liberdade para’, um direito de um indivíduo ter religião ou crença e manifestá-la de maneira razoável na esfera privada ou pública, seja sozinho ou em comunidade. O aspecto negativo é a ‘liberdade de’, que representa o direito de um indivíduo não ser coagido, doutrinado em assuntos religiosos. Ambos os aspectos criam uma unidade coerente, de modo que um não pode existir sem o outro, formando também a obrigação da autoridade do Estado ser neutra em relação a qualquer religião, não discriminando uma religião de outra.<sup>101</sup>

A questão do que constitui a liberdade religiosa parece enganosamente simples. A maioria das pessoas têm uma ideia clara do que significa, no entanto, mesmo uma pesquisa superficial da literatura revela que, embora o tema seja amplamente discutido, não há qualquer abordagem sobre como se deve definir, entender, ou mesmo nomear esse conceito, sendo alternadamente abordada como liberdade religiosa, tolerância religiosa. Frequentemente são listados atos que violam a liberdade religiosa ou os direitos que devem ser incluídos, mas raramente são explicadas as justificativas ou os critérios para chegar a essas listas.<sup>102</sup>

Enquanto algumas concepções consideram que seja tratar todas as religiões com igualdade, outras entendem apenas que nenhuma religião deve ser restringida. Assim, a primeira concepção proibiria o apoio do Estado a apenas algumas religiões e não a outras, proibindo o estabelecimento de uma como oficial, enquanto a última concepção permitiria este tipo de suporte diferencial. Assim, a forma como se concebe a liberdade religiosa pode, na prática, determinar a possibilidade de um Estado respeitar a liberdade religiosa.<sup>103</sup>

As restrições à liberdade religiosa podem ser divididas em três categorias: restrições às instituições religiosas, restrições aos direitos de grupos e restrições aos direitos individuais.

<sup>100</sup> Cf. McCREA, R. Singing from the Same Hymn Sheet? What the Differences between the Strasbourg and Luxembourg Courts Tell Us about Religious Freedom, Non-Discrimination, and the Secular State. *Oxford Journal of Law and Religion*, v. 5, n. 1, p. 183-210, 2016. p. 189.

<sup>101</sup> Cf. MATUSINOVÁ, 2011, p. 8.

<sup>102</sup> Cf. FOX, J. Religious Freedom in Theory and Practice. *Human Rights Review*, v. 16, n. 1, p. 1-22, 2015. p. 2.

<sup>103</sup> Cf. FOX, 2015, p. 3.



Assim, a liberdade religiosa por parte do Estado pode ser interpretada como proibição de um governo de restringir o livre exercício da religião. No entanto, também pode ser vista como uma obrigação por parte do Estado de garantir que o direito de todos a um exercício livre seja protegido. Isso significa que não é suficiente a um governo não tomar nenhuma atitude que restrinja esse direito, mas que deve também proteger ativamente esse direito. Isso pode envolver o policiamento de restrições sociais, bem como a legislação para facilitar a capacidade das pessoas praticarem sua religião, como fornecer fundos para instituições e atividades.<sup>104</sup>

Na história política ocidental, o conceito de Estado secular e a concessão da liberdade religiosa surgiram de muitas situações históricas e impulsos filosóficos diferentes. Em particular, eles foram moldados pelo processo de secularização do Estado e pela fragmentação da fusão medieval entre a Igreja e o Estado. Na prática, essa separação não foi sempre completa. A questão, no entanto, pode ser levantada se a separação entre religião e Estado no sentido absoluto pode ser mantida nesta era, quando as decisões políticas afetam todos os aspectos da vida humana, especialmente as questões morais e religiosas, que as pessoas consideram importantes.<sup>105</sup>

Na atualidade, o Estado, muitas vezes ainda mantém forte ligação à religião e em alguns casos alimenta conflitos, sendo utilizada para interesses políticos. Como exemplo, pode ser citado o Afeganistão que, sob o governo dos talibãs, utilizava a religião para fins de recrutamento. Em outros casos, a religião é apenas uma ferramenta ou um instrumento para ganhar ou manter o poder político, mesmo usando-o como "marca de guerra", como é o caso da jihad. O abuso da religião na esfera política está ligado à discriminação e perseguição contra outras minorias religiosas, principalmente cristãos, mas também alimenta conflitos internacionais e até guerras.<sup>106</sup>

A liberdade de religião é um valor universal, consistindo na liberdade de professar e praticar a fé, a crença e a liberdade de expressão e de comportamento na vida pública, sendo um direito fundamental, inalienável e universal de todos os seres humanos e reconhecido pelos principais instrumentos legais de Direitos Humanos Internacionais. É considerado o principal dos direitos humanos por expressar a realidade mais fundamental da pessoa, sendo, provavelmente, o mais precioso de todos os direitos humanos, pois a liberdade religiosa está no topo de todas as outras liberdades e, na medida em que toca a esfera mais íntima do

<sup>104</sup> Cf. GRIM, B.; FINKE, R. *The price of freedom denied*. New York: Cambridge University Press, 2011. p. 37

<sup>105</sup> Cf. PARMAR, A. *The freedom of religion under the indian Constitution*. Indian: Cyber Tech Publications, 2016. p. 114.

<sup>106</sup> Cf. BAZÁN, 2013, p. 15.

espírito, pode-se até dizer que é subjacente à razão de ser, intimamente ancorada em cada pessoa.<sup>107</sup>

Para a maior parte da humanidade, a crença é o mais significativo de todos os aspectos da vida e a liberdade para manter, manifestar e transmitir suas crenças aos seus filhos, estão entre as reivindicações mais importantes feitas pelos cidadãos em todos os lugares. A liberdade de pensamento, consciência, religião e crença está longe de ser universalmente desfrutada. Discriminação e intolerância em questões de religião ou crença são uma séria violação dos direitos humanos no mundo, incluindo situações de perseguição religiosa de minorias, conversão forçada, profanação de locais religiosos, proibição de crenças, discriminação generalizada, assassinatos e tortura, são ocorrências diárias que perduram até os dias atuais.<sup>108</sup>

Se progressos consideráveis foram feitos no status legal do direito à liberdade de religião e crença nas últimas décadas, a realidade ainda está aquém dos padrões de reconhecimento, pois não parece ter conquistado as mentes das pessoas em todos os lugares. Cada religião tem uma tendência a considerar que é o único guardião da verdade, comportando-se de acordo, uma atitude que nem sempre é propícia para a tolerância. Além disso, cada religião pode ser tentada a lutar contra tudo o que define como desviante ou dentro de sua própria fé ou em seus limites. Os crimes cometidos sob o manto da liberdade religiosa - especialmente aqueles perpetrados por ou atribuídos a grupos religiosos - inevitavelmente provocam reações extremas, resultando em mais intolerância e discriminação.<sup>109</sup>

Na verdade, o direito à liberdade religiosa está intimamente ligado a muitos outros direitos e liberdades fundamentais, tais como: liberdade de expressão, consciência, associação, à igualdade e a não discriminação, à educação, à propriedade, etc. Nesse sentido, este direito inclui as esferas pública e privada, pois não é cabível que o Estado possa exigir que um indivíduo renuncie à prática de certos atos religiosos a fim de evitar um risco de perseguição, incluindo a observância de prática religiosa em público, a fim de preservar a sua identidade religiosa.<sup>110</sup>

A intolerância persiste no mundo e às vezes assume proporções dramáticas. O extremismo religioso persiste e ameaça regiões inteiras. O entrelaçamento da religião e política, seja explícita ou oculta, continua a fundamentar atitudes e comportamentos, abastecendo conflitos. Assim, nenhuma religião está a salvo de violação. A intolerância não é

<sup>107</sup> Cf. BAZÁN, 2013, p. 12.

<sup>108</sup> Cf. BOYLE, K.; SHEEN, J. *Freedom of religion and belief: a world report*. London: Routledge, 2003. p. 1.

<sup>109</sup> Cf. BOYLE; SHEEN, 2003, p. 2.

<sup>110</sup> Cf. CASANOVA, J. *Public religions in the modern world*. Chicago: University of Chicago Press, 1994. p. 6.

o monopólio de qualquer estado ou religião e a discriminação baseada na religião ou crença de outra pessoa continua a ser um fenômeno cotidiano.<sup>111</sup>

## 2.2 Caracterização histórica das Testemunhas de Jeová

As Testemunhas de Jeová têm suas origens no movimento adventista do século XIX, na América. Esse movimento começou com William Miller, um pregador batista leigo que, no ano de 1816, começou a proclamar que Cristo voltaria em 1843. Suas predições da Segunda Vinda ou Segundo Advento capturaram a imaginação de milhares de batistas e outras igrejas. Cerca de 50.000 seguidores acreditavam nos cálculos cronológicos de Miller e se prepararam para receber o Senhor, enquanto, à medida que o tempo designado se aproximava, outros observavam nervosamente à distância. Os recálculos movimentaram o prometido segundo advento de março de 1843 para março de 1844 e, em seguida, até outubro daquele ano, mas todas as datas se passaram sem que houvesse qualquer sinal.<sup>112</sup>

As Testemunhas de Jeová se originaram perto de Pittsburgh, no estado da Pensilvânia, Estados Unidos da América, na década de 1870, quando Charles Taze Russell formou um movimento baseado em uma interpretação milenarista literal da Bíblia, denominado Sociedade Torre de Vigia de Bíblia e Tratados.<sup>113</sup>

Após o desapontamento de 1844, a maioria dos seguidores de Miller voltou para suas respectivas igrejas, mas alguns mantiveram o movimento vivo, embora de forma fragmentada. Suas atividades levaram à formação de várias seitas sob o amplo título de adventismo, incluindo a Igreja Cristã do Advento, a União da Vida e do Advento, os Adventistas do Sétimo Dia e vários outros grupos. As Testemunhas de Jeová, da mesma forma, têm suas origens nos adventistas, apesar de não admitir.<sup>114</sup>

Russell pregava a crença de que o fim do mundo estava próximo e que Cristo destruiria todos os reinos mundanos e os substituiria por um paraíso povoado por Testemunhas de Jeová, acreditando que esse paraíso estaria aberto a todos que aceitassem a mensagem. Assim, a seita tinha uma obrigação moral e espiritual de espalhar a palavra para tantas pessoas quanto possível. Como o fim do atual sistema era iminente, Russell

<sup>111</sup> Cf. BAZÁN, 2013, p. 13.

<sup>112</sup> Cf. REED, D.A. *Worse than waco: Jehovah's Witnesses hide a tragedy*. Charleston: BookSurge Publishing, 2006. p. 39.

<sup>113</sup> Cf. ISSA, K. et al. Blood Management Strategies in Primary and Revision Total Knee Arthroplasty for Jehovah's Witness Patients. *Journal of Knee Surgery*, v. 26, n. 6, p. 401-404, 2013. p. 401.

<sup>114</sup> Cf. REED, 2006, p. 40.

aconselhava seus seguidores a não votar, ocupar cargos públicos ou servir nas forças armadas.<sup>115</sup>

Russell havia previsto que o ano de 1914 marcaria a Segunda Vinda de Cristo e, quando a Primeira Guerra Mundial estourou, tomou isso como um sinal de que Jesus realmente havia retornado, de forma invisível. As Testemunhas de Jeová, que sentiam-se como únicos membros do Reino de Deus, esperavam em um estado de graça que nações seculares, outras religiões e qualquer um que não seguisse a sua religião, fosse destruído no Armagedom e a adesão a este "reino teórico" impediu a fidelidade dos seus seguidores a qualquer país.<sup>116</sup>

Se apresentam como uma religião cristã não-trinitária, adorando exclusivamente a Jeová e se considerando seguidores de Jesus Cristo. Acreditam que a sua religião é a restauração do verdadeiro Cristianismo, afirmação transmitida de forma fundamentalista, negando a ciência, o progresso e baseando suas doutrinas e práticas em uma edição própria da Bíblia, denominada A Tradução das Sagradas Escrituras do Novo Mundo, que passou a ser editada nos Estados Unidos na década de 1950, estando atualmente traduzida em mais de 200 idiomas, tendo sido escrita a partir de traduções originais em hebraico e grego, tendo suprimido livros inteiros e diversos versículos da edição católica.<sup>117</sup>

As Testemunhas de Jeová têm a Bíblia como fonte de valores éticos para toda a humanidade e as Escrituras são usadas como um guia para todos os aspectos da vida (incluindo, por exemplo, dieta e higiene). Também serve como fonte de princípios morais e normas éticas que foram passadas e seguidas ao longo dos séculos. A maneira pela qual as pessoas respondem a esses princípios revela uma orientação fundamental para a vida. A análise ética é feita através da leitura e aplicação das Escrituras.<sup>118</sup>

Por serem pacifistas, sofreram perseguições na Alemanha e, por se negarem a saudar Hitler e prestar serviço militar, foram levados para campos de concentração e marcados com um triângulo roxo invertido nas roupas (Figura 1). Este triângulo fazia parte de um sistema simbólico de identificação por cores e signos que os nazistas implantaram nos campos de concentração. Assim, além da estrela de Davi amarela, aplicada aos judeus, os prisioneiros

<sup>115</sup> Cf. PERSIAN, J. 'A national nuisance': the banning of Jehovah's Witnesses in Australia in 1941. *FJHP*, v. 25, n. 1, p. 4-16, 2008. p. 4.

<sup>116</sup> Cf. PERSIAN, 2008, p. 5.

<sup>117</sup> Cf. CASTRO, E.G. *A torre sob vigia: as Testemunhas de Jeová em São Paulo (1930-1954)*. 2013. 173f. Dissertação (Mestrado em História), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. p. 23.

<sup>118</sup> Cf. ISSA et al., 2013, p. 403.

políticos eram marcados com a cor vermelha, os ciganos com o preto e os homossexuais com um círculo rosa.

Nos Estados Unidos,

Para manter sua tradição pacifista, recusaram-se a se alistar no Exército e a jurar a bandeira norte-americana, enfrentando perseguições e prisões por conta de sua fidelidade estrita ao princípio religioso. Esta intolerância partiu de grupos protestantes e católicos no período entre-guerras, quando o esforço nacional não permitia alteração no discurso do país. Assim, muitas Testemunhas de Jeová foram presas e acusadas, paradoxalmente, de lutar em favor do comunismo dentro dos Estados Unidos ou de serem ‘quinta-colunistas’ infiltrados no país.<sup>119</sup>

Figura 1 – Testemunhas de Jeová em campo de concentração alemão na década de 1930<sup>120</sup>



A sociedade afirma que monopoliza a Palavra de Deus e desde a fundação do movimento, os devotos mantiveram a crença de que o mundo vive seus dias finais. Sua escatologia é baseada em uma interpretação literal da Bíblia, e quase toda a sua literatura faz

<sup>119</sup> Cf. CASTRO, 2007, p. 29.

<sup>120</sup> Cf. CASTRO, 2007, p. 29.

referência ao Novo Reino, que eles acreditam que será inaugurado por Jeová no Armagedom.<sup>121</sup>

As TJ adotam uma mensagem exclusiva que declara que, apesar de haver uma grande multidão de pessoas justas (incluindo aqueles que não necessariamente compartilhem sua fé), na terra, só entrará no céu 144.000 membros de sua própria comunidade. Seu código de pureza heterodoxa proíbe, entre outras coisas, transfusões de sangue, celebrações de Natal e todas as atividades políticas, rejeitando todos os outros credos religiosos, considerados como heresia, utilizando textos bíblicos e publicações da Torre de Vigia para fundamentar sua narrativa sobre o passado, presente e futuro. Os devotos fazem uso extensivo dessas ajudas textuais quando pregam seus sermões de porta em porta. Atribuindo eventos mundiais a profecias bíblicas, pretendem livrar todos aqueles a quem ministram da maldade de Satanás e oferecer-lhes a promessa de uma utopia iminente.<sup>122</sup>

As Testemunhas de Jeová são conhecidas mundialmente pela obra de evangelização realizada voluntariamente de casa em casa e também nas ruas, bem como por recusarem muitas das doutrinas centrais das demais religiões cristãs, pelo apego a fortes valores, tais como a neutralidade política, moralidade sexual, honestidade e a recusa em aceitar transfusões de sangue.<sup>123</sup>

Na década de 1930, sob a presidência de Rutherford, as TJ atacaram agressivamente grandes empresas, a política e as demais religiões, apesar de defenderem a neutralidade política e serem oponentes do serviço militar. Como resultado dessas práticas subversivas, foram proibidas em todo o mundo durante a Segunda Guerra Mundial e em alguns países sua literatura foi proibida, foram sujeitos à violência da multidão, alguns indivíduos foram perseguidos, presos e executados como traidores do país.<sup>124</sup>

As TJ são membros de um movimento puritano mundial que presume monopolizar a verdade, recusando, por isso, todas as relações ecumênicas com outras denominações religiosas. Em uma era moderna, em que as pessoas são livres para construir suas próprias identidades estéticas, as TJ se destacam como distantes, tornando-as distintas de outros movimentos sociais. As TJ estão ativas em quase todo o mundo, com adesão mundial que aumentou de meros 44.080 seguidores, em 1928, para 6.035.564, em 2000, apresentando um

<sup>121</sup> Cf. HOLDEN, A. *Cavorting With the Devil: Jehovah's Witnesses Who Abandon Their Faith*. Lancaster: Department of Sociology, Lancaster University, 2002. p. 2.

<sup>122</sup> Cf. HOLDEN, 2002, p. 3.

<sup>123</sup> Cf. MARTINEZ, J. F. *Cisma entre as Testemunhas de Jeová*. Disponível em: <<http://www.cacp.org.br/jeovismo/artigo.aspx?lng=PTBR&article=240&menu=3&subeu=1>>. Acesso em: 26 out. 2018.

<sup>124</sup> Cf. ROSS, F.L. (Ed.). *Oxford Dictionary of the christian church*. London: Oxford University Press, 1957. p. 717.

crescimento internacional de mais de 5% ao ano. Até as estimativas mais conservadoras indicam que até o ano de 2020, haverá cerca de 12 milhões de membros em todo o mundo.<sup>125</sup>

Entre suas crenças, está a de que a vida na terra não é importante, mas o comportamento durante a vida fornece a base para a salvação eterna. O dever para com Deus é primordial.<sup>126</sup>

As Testemunhas de Jeová encaram a sua religião como um modo de vida, sendo que todos os outros interesses, incluindo o emprego e a família, giram em torno de suas crenças. Assim, não importa o que façam, incluindo a seleção de diversão ou de vestuário, de carreira na escola ou na profissão, e mesmo a escolha do cônjuge, tudo passa pela religião que praticam. Pregam pelo comportamento e interação com a comunidade, nos negócios ou no lazer, desde que norteadas pela decisão de dedicarem a sua vida à religião. Assim, a Bíblia é encarada como um verdadeiro manual de aplicação prática e obrigatória para a vida.<sup>127</sup>

Em julho de 1879, Russel publicou a primeira edição de sua revista, denominada Torre de Vigia de Sião e Arauto da Presença de Cristo (atualmente chamada de Sentinela). Começando com 6.000 exemplares iniciais, a publicação cresceu para 17.8 milhões de edições por mês, em 106 idiomas. Em 1886, a Sociedade publicou o primeiro de sete volumes intitulados Estudos das Escrituras, publicado originalmente como O amanhecer milenar. O sétimo volume foi editado após sua morte, em 1917. Este volume, O Fim do Mistério, causou uma divisão na organização. Um grupo ficou conhecido como Testemunhas de Jeová, sob a liderança de Rutherford, e o outro como Associação dos Estudantes da Bíblia Aurora.<sup>128</sup>

De acordo com Castro:

A expressão ‘Torre de Vigia’ não é exclusividade dos escritos de Russell, nem das Testemunhas de Jeová. George Storrs publicou um livro na década de 1850 intitulado *The Watch Tower: Or, Man in Death; and Hope for a Future Life* (A Torre de Vigia: Ou, o Homem na Morte; e a Esperança de Uma Vida Futura), título incorporado por vários periódicos religiosos. Esta expressão origina-se da ideia de manter-se vigilante sobre o ‘desenrolar dos propósitos de Deus’, conforme idéias expressas em versículos bíblicos.<sup>129</sup>

Em 1908, a sede do movimento foi transferida para o Brooklyn, em Nova York, ficando conhecida como o Tabernáculo do Brooklyn. Atualmente, a sociedade possui grandes propriedades e uma grande e moderna fábrica de impressão, que produz bilhões de peças de

<sup>125</sup> Cf. HOLDEN, A. *Jehovah's Witnesses: portrait of a contemporary religious movement*. London: Routledge, 2002. p. 1.

<sup>126</sup> Cf. WEINBERGER, M. et al. The treatment of Jehovah's Witness patients. *Social Science & Medicine*, v. 16, n. 19, p. 1719-1723, 1982. p. 1722.

<sup>127</sup> Cf. CASTRO, 2007, p. 25.

<sup>128</sup> Cf. REED, 2006, p. 21.

<sup>129</sup> Cf. CASTRO, 2007, p. 24.

literatura. Todos os funcionários da fábrica são voluntários e recebem um valor nominal em dinheiro para despesas pessoais.<sup>130</sup>

Em sua organização, as Testemunhas de Jeová, desde o início dos anos 1970, eles são dirigidos por um Corpo Governante, que determina questões doutrinárias, legislativas e judiciais, formado por um pequeno grupo de homens idosos que esperam se unir a Cristo no céu. Esses membros não se consideram infalíveis, mas espera-se que todas as Testemunhas de Jeová obedeçam seus ditames sobre a dor da excomunhão.<sup>131</sup>

O Corpo Governante supervisiona as publicações da Sociedade e nomeia um Comitê de Filial de três ou mais homens em cada um dos 111 ramos do movimento mundial. Essas comissões designam anciãos congregacionais e servos ministeriais e supervisionam as atividades nos mais de duzentos países nos quais as Testemunhas de Jeová estão presentes.<sup>132</sup>

Em todo o mundo, as congregações das Testemunhas de Jeová são organizadas para cobrir sua área local sistematicamente com a pregação das "boas novas do Reino de Deus", conforme apresentado nas Escrituras Cristãs. Para que tal testemunho seja feito de maneira ordenada, o escritório local da Sociedade Torre de Vigia designa uma área para cada congregação. A congregação divide essa área em porções menores, que são então designadas aos membros que assumem a responsabilidade de contatar as pessoas com a mensagem das Testemunhas.<sup>133</sup>

Cada congregação local é governada por anciãos ou supervisores que supervisionam e cuidam de suas necessidades. Esses anciãos não são clérigos, sua função é supervisionar as instruções fornecidas pela Sociedade Torre de Vigia nas reuniões, liderar as atividades de pregação e visitar os membros para incentivá-los. Os anciãos também têm a responsabilidade de reprovar e administrar a disciplina através de "comissões judiciais" a qualquer um que esteja seguindo um caminho errado e colocando em risco a pureza espiritual e moral ou a unidade da congregação. Sob várias circunstâncias, as Testemunhas de Jeová podem ser expulsas de suas congregações como "infratores impenitentes", uma prática conhecida como "desassociação", ou podem simplesmente ser "dissociadas", se praticarem atos condenáveis, como se juntar a outra organização religiosa ou servir nas forças armadas.<sup>134</sup>

<sup>130</sup> Cf. REED, 2006, p. 26.

<sup>131</sup> Cf. MURAMOTO, O. Biological Aspects of Recent Changes in the Policy of Refusal of Blood by Jehovah's Witnesses. *British Medical Journal*, v. 322, n. 6, p. 37-39, 2001. p. 38.

<sup>132</sup> Cf. WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. *Jehovah's Witnesses in the Twentieth Century*. Brooklyn: Watchtower Bible and Tract Society of New York, 1989. p. 9.

<sup>133</sup> Cf. WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA, 1989. p. 10.

<sup>134</sup> Cf. WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. *Pay attention to yourselves and to all the flock*. Brooklyn: Watchtower Bible and Tract Society of New York, 1991. p. 90.



Os anciãos são assistidos por servos ministeriais que são recomendados pelos anciãos, ambos servindo voluntariamente. Todos os membros batizados são considerados ministros ordenados, embora apenas uns poucos sirvam como administradores ou evangelistas de tempo integral, recebendo, para tanto, remuneração, com direito a férias e aposentadoria.<sup>135</sup>

### 2.3 A justificativa religiosa para a recusa de hemotransusão

Na sua abordagem à saúde, doença e assistência médica, as TJ estão determinadas a não violar o que eles consideram como padrões de Deus sobre o valor e o significado da vida em todos os seus aspectos físicos e espirituais. Russell, por exemplo, defendia que o sofrimento poderia ser redentor, que em vez de rebelar o indivíduo, refinaria seu caráter, por meio de ‘bênçãos de aflições e tristezas’ e o ajudaria a preparar-se para o fim. Assim, o sofrimento, suportado pacientemente, fortaleceria o caráter.<sup>136</sup>

Russell também acreditava que a doença era um processo degenerativo que começou com a queda de Adão e tal situação não iria se reverter até depois do Armageddon. Reconhecia também um elemento psicossomático na doença, afirmando que metade das pessoas no mundo estão doentes porque acham que são. Em contraste com muitas denominações cristãs, as TJ não criaram suas próprias instituições de saúde. De acordo com a sociedade, seus seguidores não deveriam se dedicar a hospitais e clínicas, pois o tempo do mundo era muito curto. Clayton J. Woodworth, editor do *The Golden* foi influente nesta área, considerando a Associação Médica Americana como uma instituição fundada na ignorância, erro e superstição; negava a teoria do germe da doença, atacava o uso de vacinação como uma violação da lei de Deus e considerava o uso de painéis de alumínio como perigoso para a saúde.<sup>137</sup>

Como as revistas editadas por Woodworth eram publicações oficiais da Torre de Vigia, a maioria das TJ acreditava que aquelas opiniões representavam posições oficiais da Sociedade. Atualmente, as TJ não mantêm tais visões, e nos últimos anos vêm demonstrando uma atitude mais positiva em relação à ciência moderna e a profissão médica.<sup>138</sup>

<sup>135</sup> Cf. WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. *Jehovah's Witnesses: unitedly doing god's will worldwide*. Brooklyn: Watchtower Bible and Tract Society of New York, 1986. p. 12.

<sup>136</sup> Cf. DAVIS, D. Does No Mean 'Yes? Jehovah's Witnesses and refusal of blood products. *Second Opinion*, v. 19, n. 3, p. 35-43, 1994. p. 36.

<sup>137</sup> Cf. PENTON, M.J. *Apocalypse delayed: the story of Jehovah's Witnesses*. Toronto: University of Toronto Press, 1997. p. 66.

<sup>138</sup> Cf. MURAMOTO, 2001, p. 39.

As Testemunhas de Jeová são um grupo cristão que não aceita transfusões de sangue ou qualquer um dos seus principais componentes por acreditarem que este recurso, mesmo em face da morte certa, é um pecado imperdoável, eliminando automaticamente os infratores da salvação. Fora essa crença, as Testemunhas de Jeová aceitam todos os outros procedimentos médicos ocidentais.<sup>139</sup>

O uso de sangue humano e animal faz parte da história da medicina, sendo utilizado há séculos com finalidades terapêuticas. Na Antiguidade, era usado em banhos ou bebidos, a fim de curar determinadas doenças ou fortalecer o organismo.<sup>140</sup>

Ao longo do tempo, ocorreram avanços científicos, tornando a hemoterapia uma especialidade médica e as transfusões de sangue passaram a fazer parte da rotina dos cuidados em hospitais e sendo responsável por salvar muitas vidas, tornando necessária a criação de entidades voltadas à coleta, armazenamento e distribuição, assim como sistemas de doação.<sup>141</sup>

A terapia transfusional consiste na transfusão a pacientes que dela necessitam, de partes específicas do sangue (hemocomponentes), sendo um processo que envolve riscos, mesmo quando possuem administração correta, indicações precisas e respeito a todas as normas preconizadas.<sup>142</sup>

Os hemocomponentes são partes do sangue total onde, após o processamento de centrifugação, são obtidos o plasma fresco congelado e crioprecipitado, o concentrado de plaquetas, o concentrado de hemácias e os eritrócitos. Os componentes obtidos pelo plasma são denominados hemoderivados, imunoglobinas, albumina e fatores de coagulação (VII, VIII, IX) e complexos protrombínicos.<sup>143</sup>

De acordo com Flausino et al., a hemoterapia moderna foi desenvolvida “baseada no preceito racional de transfundir-se somente o componente de que o paciente necessita, baseado em avaliação clínica e/ou laboratorial, não havendo indicações de sangue total como regra geral”.<sup>144</sup>

Ao longo do tempo, ocorreram avanços científicos, tornando a hemoterapia uma especialidade médica e as transfusões de sangue passaram a fazer parte da rotina dos cuidados

<sup>139</sup> Cf. WEINBERGER et al., 1982, p. 1722.

<sup>140</sup> Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. *Técnico em hemoterapia*: livro texto. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 27.

<sup>141</sup> Cf. BRASIL, 2013, p. 27.

<sup>142</sup> Cf. ANGULO, I. L. Hemoterapia moderna, práticas antigas. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 29, n. 2, p. 108, 2007. p. 108.

<sup>143</sup> Cf. SILVA, L. A. A.; SOMAVILLA, M. B. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre terapia transfusional. *Cogitare Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 327-333, 2010. p. 329.

<sup>144</sup> FLAUSINO, G. F. et al. O ciclo de produção do sangue e a transfusão: o que o médico deve saber. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 25, n. 2, p. 269-279, 2015. p. 272.

em hospitais, sendo responsável por salvar muitas vidas, tornando necessária a criação de entidades voltadas à coleta, armazenamento e distribuição, assim como sistemas de doação.<sup>145</sup>

Os líderes da sociedade baseiam sua recusa em receber a terapia transfusional sobre partes da Escritura, especificamente nos seguintes trechos:

"Tudo quanto se move, que é vivente, será para vosso mantimento; tudo vos tenho dado como a erva verde. A carne, porém, com sua vida, isto é, com seu sangue, não comereis" (Gênesis 9, 3-4); "E qualquer homem da casa de Israel, ou dos estrangeiros que peregrinam entre eles, que comer algum sangue, contra aquela alma porei a minha face, e a extirparei do seu povo" (Levítico 17, 10); "Portanto tenho dito aos filhos de Israel: Nenhum dentre vós comerá sangue, nem o estrangeiro, que peregrine entre vós, comerá sangue" (Levítico 17, 12); "Porquanto a vida de toda a carne é o seu sangue; por isso tenho dito aos filhos de Israel: Não comereis o sangue de nenhuma carne, porque a vida de toda a carne é o seu sangue; qualquer que o comer será extirpado" (Levítico 17, 14); "Somente o seu sangue não comerás; sobre a terra o derramarás como água" (Deuteronômio 15, 23); "Na verdade pareceu bem ao Espírito Santo e a nós, não vos impor mais encargo algum, senão estas coisas necessárias: Que vos abstenhais das coisas sacrificadas aos ídolos, e do sangue, e da carne sufocada, e da fornicação, das quais coisas bem fazeis se vos guardardes. Bem vos vá" (Atos 15, 28-29).<sup>146</sup>

Embora os versos acima se refiram claramente ao sangue em forma de alimento, um artigo publicado na revista do movimento A Torre de Vigia, de 1º de julho de 1951, argumentou que a comida e transfusões de sangue são a mesma coisa, levando as Testemunhas de Jeová a recusarem transfusões de sangue, de glóbulos vermelhos e brancos, plaquetas e plasma, embora as posições sejam diferentes em relação a produtos derivados do sangue, como a albumina, imunoglobulina e fatores de coagulação.<sup>147</sup>

Em suma, as Testemunhas acreditam que a Bíblia é a palavra divinamente inspirada de Deus (Jeová) e a diretiva bíblica para "abster-se de sangue" aplica-se ao consumo, armazenamento e transfusão de sangue em sua totalidade e de seus principais componentes. Em 1961, a transfusão de sangue foi designada como uma "ofensa de desassociação" para as Testemunhas comuns, que implica na rescisão de um membro na fé e uma ruptura da comunhão espiritual com os membros da comunidade religiosa, mas não um término de laços familiares.<sup>148</sup>

<sup>145</sup> Cf. BRASIL, 2013, p. 29.

<sup>146</sup> Cf. PETRINI, 2014, p. 395.

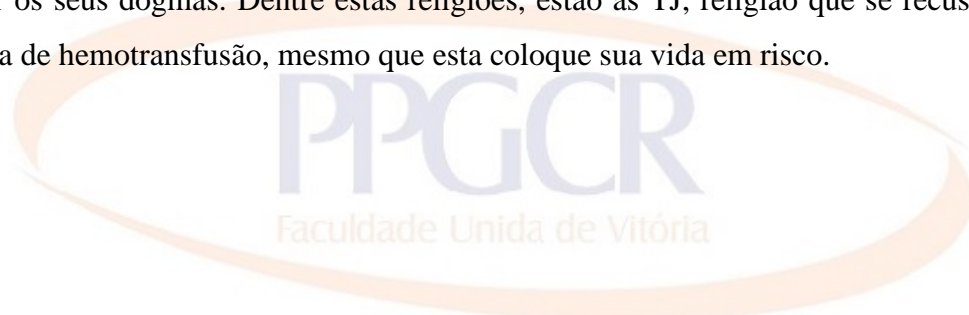
<sup>147</sup> Cf. ELDER, L. Why some Jehovah's Witnesses accept blood and conscientiously reject official Watchtower Society blood policy. *Journal Medical Ethics*, v. 26, n. 5, p. 375-380, 2000. p. 378.

<sup>148</sup> Cf. RAJTAR, 2013.

Em 1988, a Sentinela (sua organização governamental) criou o *Hospital Information Services*, para ajudar a identificar e organizar médicos que estivessem dispostos a realizar procedimentos médicos sem sangue nesses pacientes. Devido a esse esforço, a partir de 2006, mais de 1.500 comitês hospitalares em todo o mundo ganharam familiaridade com esses pacientes e estão coordenando as comunicações entre 110.000 médicos.<sup>149</sup>

Em discursos recentes, as Testemunhas de Jeová vêm apresentando sua posição sobre as transfusões de sangue e seu apoio a campanhas contra as transfusões como um benefício para todos os pacientes. Tal discurso sugere que as Testemunhas não agem tão somente como uma minoria religiosa interessada em assegurar os limites de sua comunidade religiosa, assumindo uma postura ativa como representantes de todos pacientes que desejam receber o melhor tratamento médico possível.<sup>150</sup>

Observa-se, ao final do presente capítulo, que a liberdade religiosa faz parte da maioria das sociedades contemporâneas, sendo garantido aos indivíduos professarem sua fé e seguir os seus dogmas. Dentre estas religiões, estão as TJ, religião que se recusa a utilizar a terapia de hemotransusão, mesmo que esta coloque sua vida em risco.



---

<sup>149</sup> Cf. HUGHES, D. B.; ULLERY, B. W.; BARIE, P. S. The contemporary approach to the care of Jehovah's witnesses. *Journal Trauma*, v. 65, n. 1, p. 237-247, 2008. p. 241.

<sup>150</sup> Cf. STEUER, W.; DREUW, H. Hemotherapy and belief. *Staat-Gesellschaft*, v. 9, n. 2, p. 137-157, 2008. p. 143.

### 3 PRINCÍPIOS RELIGIOSOS E A QUESTÃO MÉDICA

O cuidado às Testemunhas de Jeová (TJ) levanta questões éticas quando a liberdade religiosa e a autonomia de um paciente para recusar um tratamento entram em conflito com o compromisso do médico de prestar cuidados e evitar danos. O contexto jurídico desse debate se reflete em vários regulamentos que reconhecem, entre outros, o direito ao exercício da liberdade religiosa, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos, e o princípio da autonomia, que reconhece o direito do paciente escolher livremente o tratamento disponível.

Assim, este capítulo discorrerá sobre a terapia transfusional e o princípio da autonomia, além de questões éticas no tratamento desses indivíduos, que envolvem o direito de escolha, a relação entre médico e paciente e os possíveis tratamentos alternativos para esses pacientes.

#### 3.1 A terapia transfusional e o princípio bioético da autonomia

As questões estudadas em bioética podem ser agrupadas em várias categorias. Uma categoria diz respeito à relação entre médico e paciente, incluindo questões que surgem de conflitos entre o dever do médico de promover a saúde de seu paciente e o direito do paciente à autodeterminação ou à autonomia, um direito que, no contexto médico, é geralmente considerado como abrangendo o direito de estar plenamente informado sobre sua condição e ser consultado sobre o curso do tratamento.<sup>151</sup>

O médico é obrigado a dizer a um paciente que ele está com uma doença terminal, se houver uma boa razão para acreditar que isso poderia acelerar a morte do paciente? Um paciente com uma doença fatal pode recusar o tratamento? Os pacientes devem sempre poder recusar o uso de medidas extraordinárias de suporte à vida? Essas questões tornam-se mais complicadas quando o paciente é incapaz de tomar decisões racionais em seu próprio interesse, como no caso de bebês e crianças, pacientes que sofrem de transtornos psiquiátricos incapacitantes, como esquizofrenia ou doenças cerebrais degenerativas, como a doença de Alzheimer, e pacientes em estado vegetativo.<sup>152</sup>

<sup>151</sup> Cf. TAKASCHIMA, A. K. K. et al. Dever ético e legal do anesthesiologista frente ao paciente testemunha de Jeová: protocolo de atendimento. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 66, n. 6, p. 637-641, 2016. p. 639.

<sup>152</sup> Cf. WILLEMANN, F. Recusa a tratamento da saúde com fundamento em crença religiosa e o dever do estado de proteger a vida humana. O caso da transfusão de sangue em testemunha de Jeová. *Revista Emerj*, v. 13, n. 1, p. 155-190, 2010. p. 159.

Desafios de natureza ética são abundantes na medicina moderna. Os pacientes, suas famílias, aqueles que prestam assistência médica e as instituições onde esses cuidados são conduzidos enfrentam escolhas difíceis, quase que rotineiramente. Além daqueles que surgem na prática clínica, preocupações éticas importantes e controversas também surgem na arena da pesquisa clínica. Nenhum domínio da medicina moderna está intocado. Em particular, o problema do conflito de interesses tornou-se um assunto especialmente relevante nos tempos atuais.<sup>153</sup>

Um exemplo claro do conflito médico em relação aos princípios bioéticos pode ser observado em relação às TJ, que se recusam a receber um tratamento com maior chance de salvar suas vidas. No entanto, o princípio da autonomia exige que os médicos cumpram os desejos expressos de um paciente adulto competente, mesmo que as consequências previstas sejam desfavoráveis ou graves. Pode-se argumentar que dois princípios éticos poderiam apoiar o julgamento oposto: que o médico pode, ou deve, procurar anular a recusa do paciente por uma transfusão de sangue. O princípio da não maleficência exige que o profissional evite danos, sempre que possível, de modo que reter um tratamento comprovado e benéfico provavelmente terá a consequência de causar danos. Embora a suspensão de um tratamento seja uma omissão e não uma ação, ela representa uma decisão deliberada tomada por um médico e, portanto, constitui um curso de ação.<sup>154</sup>

O princípio de beneficência, que exige a maximização de benefícios e a minimização de danos, também pode ser usado para apoiar o dever do médico de administrar uma transfusão de sangue em violação da recusa do paciente. Entretanto, apesar de claros, esses princípios não produzem uma solução clara do dilema do médico. Um dos motivos pelos quais não existe uma solução é, como Gillon apontou, que "a abordagem dos quatro princípios não fornece um método para a escolha". Os princípios não são um conjunto de regras ordenadas com instruções para fazer inferências e chegar a conclusões dedutivas. Uma das críticas comuns (e equivocadas) aos quatro princípios é que eles constituem um sistema dedutivo e, portanto, presumivelmente, um método rígido para chegar a soluções para dilemas éticos complexos. Uma crítica bem diferente do método defende o argumento oposto, considerando-o deficiente, porque não produz respostas claras para dilemas morais preocupantes.<sup>155</sup>

<sup>153</sup> Cf. MACKENZIE, C. R.; CRONSTEIN, B. Conflict of interest. *HSS Journal*, v. 2, n. 1, p. 198-201, 2006. p. 199.

<sup>154</sup> Cf. GILLON, R. Four scenarios. *Journal Medical Ethics*, v. 29, n. 1, p. 267-268, 2003. p. 267.

<sup>155</sup> Cf. GILLON, 2003, p. 268.

Em todas as áreas da sua prática, os médicos entram em contato com as Testemunhas de Jeová e sua recusa em aceitar transfusões de sangue, mesmo quando isso significa salvar suas vidas, vendo-se diante do dilema entre o respeito pelos seus direitos como indivíduos e uma compreensão rudimentar de onde sua crença vem e a necessidade de oferecer o melhor tratamento. Pacientes que se recusam a fornecer consentimento para a transfusão de sangue clinicamente necessária, baseados em crenças religiosas, são geralmente gerenciados de duas maneiras, dependendo em sua idade e sua capacidade de fornecer consentimento legalmente válido. Os adultos competentes são primeiramente lembrados dos riscos clínicos associados à sua recusa, sendo também solicitado que indiquem quais produtos e procedimentos específicos para o sangue (como hemodiluição normovolêmica ou técnicas de recuperação de sangue) eles aceitarão ou recusarão.<sup>156</sup>

No entanto, é fato que alguns pacientes são de menor nível socioeconômico e podem não ter informações suficientes para estas opções. Consequentemente, pode ser necessário explicar algumas das questões médico-religiosas, como o fato de que nem todos os hemoderivados são especificamente proibidos pela Torre de Vigia e Sociedade Bíblica. Na verdade, apenas os componentes sanguíneos primários são especificamente proibidos e alguns componentes do sangue, como albumina ou fatores de coagulação, são permitidos, cabendo ao indivíduo decidir sobre o assunto.<sup>157</sup>

No caso das Testemunhas de Jeová, em que um paciente recusa uma transfusão de sangue, os princípios da autonomia e beneficência e não-maleficência entram em conflito, haja vista que é moralmente proibido arriscar a vida de um paciente cuja condição de risco de vida possa ser administrada por meio de técnicas médicas adequadas, ao mesmo tempo em que é moralmente proibido desrespeitar uma recusa deste ao tratamento. Somente nos casos em que não exista um representante legal e o paciente não esteja em condições de opinar caberá ao médico agir sem o consentimento do paciente de lhe salvar a vida, não levando em conta a autonomia deste de dispor sobre o próprio corpo.<sup>158</sup>

Ocasionalmente, o paciente pode não ter relatado ser uma Testemunha de Jeová, mas a família intervém, sendo importante verificar com o próprio paciente sobre suas crenças. Os pacientes devem estar livres de coerção por parte dos prestadores de cuidados de saúde e se sentirem seguros de que, independente de suas escolhas pessoais, os médicos não

<sup>156</sup> Cf. GILLON, 2003, p. 268.

<sup>157</sup> Cf. DOYLE, J. Blood Transfusions and the Jehovah's Witnesses Patient: Clinical and Ethical Perspectives. *American Journal of Therapeutics*, v. 9, n. 5, p. 417-424, 2002. p. 419.

<sup>158</sup> Cf. WILLEMANN, 2010, p. 161.

abandonarão seu tratamento. Além disso, os provedores também devem se esforçar para garantir que as escolhas feitas pelos pacientes sejam realmente conscientes.<sup>159</sup>

Não é incomum que os membros da família não saiam do lado do paciente para protegê-lo de receber uma transfusão, assim, é importante que em algum momento, esse paciente tenha uma oportunidade para expressar suas preferências de transfusão, sem a pressão dos familiares. A intenção não deve ser a coerção, mas assegurar que os seus desejos e vontade sejam conhecidos e seguidos.<sup>160</sup>

A Testemunha de Jeová que recusa sangue na presença de membros da família ou de um ancião da igreja pode não estar expressando um desejo autônomo. Levando em conta o princípio da autonomia, os médicos têm a obrigação de procurar determinar se as recusas de seus pacientes aos tratamentos recomendados são realmente autônomas. Se houver motivos para suspeitar que a recusa de uma transfusão de sangue por parte de uma Testemunha de Jeová seja indevidamente influenciada ou não tenha um entendimento adequado das consequências, o médico não deve aceitar imediata e inquestionavelmente o desejo do paciente.<sup>161</sup>

Se o paciente mudar de opinião, é necessário garantir a confidencialidade, pois sabe-se que os membros que conscientemente aceitam transfusões de sangue estão sujeitos ao isolamento. Assim, o princípio da confidencialidade do paciente exige que os detalhes do tratamento só sejam discutidos com o mesmo, a menos que haja um acordo autorizando o médico a divulgá-lo.<sup>162</sup>

As Testemunhas de Jeová aceitam a maioria dos tratamentos médicos e procedimentos cirúrgicos disponíveis. Nos casos nos quais não aceitam, buscam métodos alternativos. Por essas razões, dispõem de um Serviço de Informações sobre Hospitais e as Comissões de Ligação com Hospitais (COLIHs), sob direção do Corpo Governante das Testemunhas de Jeová, com o intuito de apoiar os pacientes e fornecer ao corpo clínico informações sobre métodos alternativos às transfusões sanguíneas, para que o paciente seja atendido de acordo com suas convicções, porém tendo um tratamento adequado. Essas organizações visam minimizar os conflitos entre comunidade médica e esta classe de pacientes.<sup>163</sup>

<sup>159</sup> Cf. WEST, J. M. Ethical issues in the care of Jehovah's Witnesses. *Current Opinion in Anaesthesiology*, v. 27, n. 2, p. 170-176, 2014. p. 173.

<sup>160</sup> Cf. WEST, 2014, p. 173.

<sup>161</sup> Cf. MACKLIN, R. Applying the four principles. *Journal Medicine Ethics*, v. 29, n. 1, p. 275-280, 2003. p. 276.

<sup>162</sup> Cf. WEST, 2014, p. 173.

<sup>163</sup> Cf. GONÇALVES, T. C. Paradoxal relação da vida versus morte e a transfusão de sangue nas Testemunhas de Jeová. *Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitario*, v. 6, n. 3, p. 177-197, 2017. p. 182.



Quando existe conflito entre a liberdade de crença e a vida do indivíduo para a tomada de decisão do médico na escolha de um tratamento, o profissional vê-se diante de um dilema, levando em conta que o direito à vida não deve excluir a importância das crenças nessa decisão, pois, além da preservação da vida biológica, há que se preservar a vida social e espiritual.<sup>164</sup>

Segundo Ferreira, entre um conflito envolvendo o direito à liberdade e o direito à vida, cabe ao titular desses direitos escolher o que deve prevalecer, mesmo essa liberdade acarretando risco de morte, devendo tal escolha ser respeitada.<sup>165</sup>

Alguns profissionais da saúde não admitem a recusa da transfusão sanguínea, baseando-se na sua responsabilidade civil de promover o socorro e salvar vidas, dando prioridade ao direito à vida. Outra classe preconiza os métodos alternativos e só utiliza a transfusão sanguínea quando há risco iminente de vida, sempre levando em consideração o paradigma do risco e do benefício, porém, em certos casos, postergar o tratamento sanguíneo pode agravar o quadro do paciente, não havendo mais alternativas. Deve-se lembrar de que a orientação e o esclarecimento devem ser dados pelo médico, porém o corpo, a dor, a doença e a vida são propriedades da pessoa, cabendo à mesma decidir segundo o princípio da autonomia.<sup>166</sup>

O paciente se preocupa não somente com a preservação da sua vida, mas em como ele a vive e em meio a essa estrutura, é apropriado que o respeito à autonomia prevaleça. Assim, a posição cabe ao médico permanecer em silêncio sobre as questões religiosas e se concentrar apenas em preocupações clínicas, citando as dificuldades do que ele vê essencialmente como sendo uma tentativa de conversão religiosa.<sup>167</sup>

Quando pacientes recusam a transfusão de sangue e componentes sanguíneos, os médicos precisam discutir os riscos associados a essa recusa, bem como as alternativas potenciais. Enquanto médicos são ordinariamente ensinados a preservar a vida, eles também devem respeitar um paciente adulto competente no seu direito de recusar tratamento. Ao oferecer terapias alternativas, os pacientes serão capazes de tomar suas decisões.<sup>168</sup>

Em relação às Testemunhas de Jeová, uma mudança nas condições de fundo poderia alterar a conclusão de que a autonomia e a beneficência sempre se alinham em favor de aceitar a recusa de um paciente adulto competente em não receber hemotransfusão. No entanto, para o agente moral que está convencido de que a autonomia das pessoas sempre tem

<sup>164</sup> Cf. GONÇALVES, 2017, p. 183.

<sup>165</sup> Cf. FERREIRA, F. M. *Questões constitucionais e legais referentes a tratamento médico sem transfusão de sangue*. São Paulo: Parecer, 1994. p. 8.

<sup>166</sup> Cf. GONÇALVES, 2017, p. 184.

<sup>167</sup> Cf. GONÇALVES, 2017, p. 184.

<sup>168</sup> Cf. DOYLE, 2002, p. 420.

precedência sobre a beneficência, qualquer conflito entre esses dois princípios ainda exigiria que o médico aderisse à recusa de sangue do paciente. Além disso, como os médicos devem obrigações mais fortes a seus pacientes do que a outras partes que podem ser afetadas (a família ou a comunidade do paciente), é eticamente preferível dar prioridade à avaliação do próprio paciente das boas e más consequências da recusa de sangue.<sup>169</sup>

### 3.2 O direito de escolha do paciente

Os profissionais de saúde são cada vez mais incentivados a envolver os pacientes nas decisões de tratamento, reconhecendo-os como portadores de um conhecimento exclusivo de sua própria saúde e suas preferências por tratamentos, estados de saúde e resultados de tratamentos. O aumento do envolvimento do paciente, resultado de várias mudanças sociopolíticas, é uma parte importante da melhoria da qualidade da assistência, uma vez que tem sido associado a resultados de saúde mais satisfatórios e permitido que os médicos sejam mais responsáveis perante o público.<sup>170</sup>

A autonomia do paciente é um valor fundamental na bioética e o princípio da autodeterminação está expressamente consagrado em numerosos documentos oficiais, incluindo o Convenção do Conselho da Europa sobre Direitos Humanos e Biomedicina que, em seu artigo 5º, determina que "uma intervenção no campo da saúde só pode ser executada após a pessoa em causa ter dado consentimento livre e informado a ele".<sup>171</sup>

Formalizada em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reconhece a dignidade e os direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana. E é com base nesse conceito de pessoa e na dignidade e igualdade fundamentais de todos os seres humanos, que a noção de direitos do paciente foi desenvolvida. Em outras palavras, o que é devido ao paciente como ser humano, pelos médicos e pelo Estado, tomou forma em grande parte graças a essa compreensão dos direitos básicos da pessoa.<sup>172</sup>

O princípio do consentimento informado, voltado para a legalidade da assistência em saúde, tende a refletir o conceito de autonomia e de autodeterminação decisória da pessoa que

<sup>169</sup> Cf. MACKLIN, 2003, p. 278.

<sup>170</sup> Cf. SAY, R. E.; THOMSON, R. The importance of patient preferences in treatment decisions - challenges for doctors. *BMJ*, v. 327, n. 7414, p. 542-546, 2003. p. 543.

<sup>171</sup> Cf. COUNCIL OF EUROPE. *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*. Oviedo, 4 Apr. 1997. Disponível em: <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/html/164.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

<sup>172</sup> Cf. SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JR., K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface*, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007. p. 68.

requer e solicita intervenções médicas e/ou cirúrgicas. Essa fórmula legal, ao longo dos anos, ganhou não apenas espaço considerável, mas também importância na elaboração e nas abordagens doutrinárias, bem como nas interpretações jurídicas, influenciando, assim, as atividades cotidianas da profissão médica.<sup>173</sup>

O consentimento informado ainda é objeto de explorações contínuas, não apenas no que diz respeito ao perfil teórico, mas também ao aspecto prático, levando em consideração, por um lado, as origens filosóficas e, por outro, o fato de estar condicionado pela religião com os aspectos morais e pela evolução deontológica acelerada com caminhos paralelos às necessidades e ao progresso oferecido por novas formas de tratamento e novas aplicações biotecnológicas.<sup>174</sup>

O princípio do consentimento não é uma condição nova. Já nos tempos da civilização egípcia, dos gregos e romanos, foram encontrados documentos que mostram como a intervenção do médico teve, de alguma forma, que ser primeiramente aprovada pelo paciente. Platão (lei IV) já havia previsto os problemas, os procedimentos e os modos de informação que estão, em síntese, na raiz dos princípios do consentimento informado e correlacionou a prática da informação e do consenso com a qualidade e a posição social do paciente.<sup>175</sup>

É possível reconhecer a figura, no médico hipocrático, que se preocupava com o sofrimento do paciente, mas nunca negligenciava cuidar de seu próprio resultado, procurando evitar se envolver na falta de sucesso e na morte de um paciente. O conceito de consenso é inexistente, embora exista uma consciência da presença de informações preventivas. No comportamento dos médicos, nos tempos antigos, não é difícil reconhecer os verdadeiros motivos e as reais razões que, já naqueles dias, dão origem ao medicamento defensivo necessário, particularmente no que diz respeito ao status social do paciente. Desde as origens iniciais, continuando a tradição hipocrática, a relação entre médico e paciente foi consolidada com base em dois critérios muito definidos, representados, por um lado, pelo dever profissional do médico de fazer o que é melhor para o paciente e, por outro, o dever do paciente de aceitar completamente as decisões e intervenções do médico.<sup>176</sup>

<sup>173</sup> Cf. SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO, 2007, p. 71.

<sup>174</sup> Cf. SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO, 2007, p. 71.

<sup>175</sup> Cf. MALLARDI, V. The origin of informed consent. *Acta Otorhinolaryngology Italica*, v. 25, n. 5, p. 312-327, 2005. p. 316.

<sup>176</sup> Cf. GRONNINGSSATER, S. A patient's right to choose is not always black and white: long term care facility discrimination and the color of care. *Journal of Civil Rights & Economic Development*, v. 26, n. 2, p. 329-362, 2012. p. 341.

A convicção e certeza de que o médico age no interesse do bem-estar de seu paciente foi transmitida ao longo dos séculos, conferindo-lhe autoridade moral e uma espécie de impunidade legal, condições que correspondiam, de uma maneira quase reflexiva, com o dever de obediência e sujeição, por parte do paciente. O cristianismo foi enxertado nessa visão consolidada do caráter sacral da medicina e da prática médica, que não mudou substancialmente o tipo de comportamento ético hipocrático.<sup>177</sup>

Não apenas a população, mas também o médico cristão estava ciente da importância religiosa de sua intensa atividade como missão e comparada a um tipo especial de sacerdócio em salvaguardar a saúde, considerado um presente de Deus. Portanto, investindo nessa autoridade que derivava de seu papel profissional e de seu próprio trabalho, ele sentia o dever de orientar o paciente, decidindo por ele. Nesse contexto, o paciente seria uma pessoa ignorante, sem conhecimento, capacidade intelectual ou autoridade moral para se opor ou discordar dos desejos e decisões do médico que, em vez disso, por conta de sua doutrina, saberia exatamente o que seria necessário para a cura.<sup>178</sup>

Nesse sentido, falar em consenso sobre a intervenção médica seria considerado inútil. A atitude do paciente em relação ao médico sempre tendeu a uma fé forte, caracterizada por sujeição psicológica sustentada por tradições de milhares de anos. Um paciente que estivesse doente, como uma atitude de respeito e gratidão, seguiria o tratamento, mas nunca pediria explicações sobre os efeitos terapêuticos, enquanto o profissional se absteria de tomar qualquer iniciativa para informar ao doente ou à sua família.<sup>179</sup>

Os direitos dos pacientes variam em diferentes países e jurisdições, geralmente dependendo das normas culturais e sociais vigentes, existindo pelo menos quatro modelos que retratam essa relação: o modelo paternalista, o informativo, o interpretativo e o deliberativo. Cada um deles sugere diferentes obrigações e postura profissional do médico para com o paciente. No modelo paternalista, os melhores interesses do paciente são julgados e avaliados pelo especialista clínico, independente do fornecimento de informações médicas abrangentes e do poder de decisão do paciente. O modelo informativo, por outro lado, vê o paciente como um consumidor que está em melhor posição para julgar o que é do seu próprio interesse e, portanto, vê o médico como principal provedor de informações. No modelo interpretativo, as relações ocorrem de forma igualitária, existindo um grande envolvimento entre médico e paciente na tomada de decisões. Por fim, o modelo deliberativo se refere a

<sup>177</sup> Cf. GRONNINGSSATER, 2012, p. 352.

<sup>178</sup> Cf. GRONNINGSSATER, 2012, p. 342.

<sup>179</sup> Cf. MALLARDI, 2005, p. 316.

uma oferta de informações por parte do profissional e o paciente toma parte na decisão, respeitando suas crenças, valores morais e sociais.<sup>180</sup>

A noção do respeito pela autonomia do paciente passou a estar no âmago da prática médica ocidental e de sua ética, substituindo o legado do paternalismo médico. Esse princípio, antes desconhecido para os médicos, levou a uma grande reformulação da prática da medicina, permitindo que os pacientes tivessem o direito de escolher e recusar tratamento, alterando a conduta médica e mudando a prática em relação a questões como dizer a verdade.<sup>181</sup>

Os pacientes são confrontados com decisões sobre se devem ou não fazer determinado tratamento médico. Existem quatro objetivos de tratamento médico: preventivo, curativo, gerencial e paliativo. Quando o paciente é solicitado a decidir se deve ser tratado ou escolher entre várias opções de tratamento, em geral, escolhe o que considera o melhor resultado dentre essas opções, devendo consentir somente se tiver informações suficientes sobre o seu diagnóstico e todas as opções disponíveis. Assim, antes que um médico possa iniciar qualquer curso de tratamento, deve conscientizar o paciente sobre o que planeja fazer. Para qualquer curso de tratamento acima dos procedimentos médicos de rotina, o médico deve divulgar o máximo de informações possível, para que o indivíduo possa tomar uma decisão informada sobre seu tratamento.<sup>182</sup>

Quando um paciente é suficientemente informado sobre as opções de tratamento oferecidas por um médico, ele tem o direito de aceitar ou recusar o tratamento, o que inclui o que um profissional de saúde fará e não fará, não sendo ético forçar ou coagir um paciente a ser tratado contra sua vontade se ele for mentalmente capaz de tomar uma decisão informada.<sup>183</sup>

A ênfase legal na autonomia do paciente na tomada de decisões em saúde se concentrou predominantemente nos direitos do paciente de fazer uma escolha informada entre as opções de tratamento. A seleção das opções de tratamento relevantes das quais os pacientes escolhem, no entanto, tem sido da competência dos profissionais de saúde. Esta autonomia profissional na seleção das opções de tratamento justifica-se em virtude do seu conhecimento especializado para o atendimento de pacientes. Entretanto, continua a haver um enorme

---

<sup>180</sup> Cf. SILVA, H. B. Beneficência e paternalismo médico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, supl. 2, p. 419-425, 2010. p. 420.

<sup>181</sup> Cf. MACKENZIE; CRONSTEIN, 2006, p. 199.

<sup>182</sup> Cf. JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. *Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 8. ed. New York: McGrawHill, 2015. p. 73.

<sup>183</sup> Cf. JONSEN; SIEGLER; WINSLADE, 2015, p. 73.

debate sobre a melhor forma de conceber essa relação, mas também existe um consenso internacional crescente de que todos os pacientes têm um direito fundamental à privacidade, à confidencialidade de suas informações médicas, ao consentimento ou recusa do tratamento e a ser informado sobre os riscos relevantes dos procedimentos médicos.<sup>184</sup>

O direito de todas as pessoas de rejeitar tratamentos médicos indesejados, independente da escolha ser consistente ou não com boas práticas clínicas ou julgamento médico, é estabelecido pela ética. O direito de rejeitar o tratamento pode ser exercido diretamente pelo paciente ou indiretamente, pelo responsável. De um modo geral, as diretrizes em primeira pessoa têm precedência sobre as decisões substitutas, isto é, uma diretiva do paciente, como um testamento, normalmente não pode ser substituída por um procurador, a menos que o paciente tenha dado a essa pessoa autoridade específica para fazê-lo.<sup>185</sup>

O respeito à autonomia e aos direitos humanos do paciente exige a obtenção de consentimento informado antes de qualquer intervenção, considerada fundamental para as boas práticas médicas. A rejeição de transfusões de sangue causa um dilema ético entre a liberdade do paciente de aceitar ou rejeitar um tratamento médico e o dever do médico de fornecer o tratamento ideal. O gerenciamento de pacientes que são Testemunhas de Jeová envolve considerações médicas, legais e éticas importantes. Assim, uma assinatura das Testemunhas de Jeová em um cartão próprio recusando transfusão de sangue obriga o médico a honrá-la, mesmo em face de hemorragia com risco de vida.<sup>186</sup>

Embora a escolha do paciente possa ser um fator relevante em torno da seleção do tratamento, a autonomia não lhe dá o direito de receber qualquer tratamento que deseje. Nestes casos, cabe ao profissional fazer objeção, se opondo ao acesso inadequado aos tratamentos procurados. Isso decorre do reconhecimento de que a função moral dos profissionais de saúde não é meramente servir à escolha do paciente, mas proteger os seus interesses mais amplos<sup>187</sup>. Caso o médico não aja de forma cuidadosa, responsável e competente, pode contribuir para agravar o consumismo, se levar a um tratamento com base

<sup>184</sup> Cf. LIMA, G. L.; BYK, J. Trauma e transfusão sanguínea precoce: o desafiador tratamento das hemorragias nas Testemunhas de Jeová. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1-8, 2018. p. 4.

<sup>185</sup> Cf. CHANDER, K. N. SUBRAMANYA, H. B.; RAO, G. V. Management of patients who refuse blood transfusion. *Indian Journal Anesthesiology*, v. 58, n. 5, p. 658-664, 2014. p. 661.

<sup>186</sup> Cf. WEIN, S. Autonomy, paternalism, and the doctor's duty of care. *Palliative Support Care*, v. 4, n. 4, p. 331-332, 2006. p. 331.

<sup>187</sup> Cf. BRAZIER, M. Do no harm - do patients have responsibilities too? *The Cambridge Law Journal*, v. 6, n. 2, p. 397-422, 2006. p. 407.

nas preferências do paciente, e não em evidências. Isso pode levar à administração de testes e tratamentos que não são profissionalmente justificados e que expõem os pacientes a danos.<sup>188</sup>

Assim, a autonomia e a autodeterminação não conferem ao paciente o direito de insistir em receber um tratamento médico específico, independente da natureza deste tratamento. Na medida em que o médico tem uma obrigação legal de fornecer cuidados, isso não pode ser fundamentado simplesmente no fato de que o paciente o exige.<sup>189</sup>

### 3.3 A relação entre o médico e o paciente Testemunha de Jeová

A relação médico-paciente é considerada o elemento central dos princípios éticos da medicina. Segundo a moral kantiana, entre os indivíduos deve existir uma dinâmica nas relações, havendo o exercício da autonomia nas duas partes, entendendo que a “liberdade é essencial para toda a moral, que é idêntica à autonomia, e que é base da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional”<sup>190</sup>. Para Kant, o livre-arbítrio determina a atuação do indivíduo, devendo, no entanto, ser freado quando se choca com a liberdade do outro. Nesse contexto, cabe ao profissional de saúde agir em cooperação durante a assistência, prestando todas as informações relevantes, bem como as opções disponíveis de tratamento. Somente após conhecer todos os riscos e benefícios dessas intervenções, o paciente poderá exercer sua autonomia ao escolher a que mais se adapta às suas crenças e opiniões.<sup>191</sup>

A confiança é especialmente importante e frágil nas relações assimétricas, por exemplo, na relação médico-paciente, onde geralmente há um potencial significativo de abuso de poder. Mesmo em situações em que há um certo grau de incerteza, ignorância ou ansiedade, por exemplo, quando um paciente gravemente doente é internado em um hospital moderno para tratamento complicado, a confiança é uma questão central. Confiar em um médico não apenas significa que se acredita que ele é bem qualificado, mas também inclui o fato de que este profissional terá consideração pelos interesses do doente, mesmo que surjam situações imprevistas. Se os médicos limitarem sua responsabilidade de fazer o que o paciente pede, sem considerar o que é do seu interesse, isso pode causar insegurança ou perda de confiança na sua integridade. Assim, a autonomia, entendida como independência individual

<sup>188</sup> Cf. CAVE, E.; NOTTINGHAM, E. (2018). Who knows best (interests)? The case of Charlie Gard. *Medical Law Review*, v. 26, n. 3, p. 500-513, 2018. p. 53.

<sup>189</sup> Cf. TIMI, J. R. R. O médico e do direito do paciente. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 2, n. 3, p. 271-274, 2003. p. 272.

<sup>190</sup> Cf. KANT, I. *Crítica da Razão Prática*. São Paulo: Escala, 2006. p. 66.

<sup>191</sup> Cf. WEIN, 2006, p. 332.

ou livre escolha do indivíduo, torna-se irreal e enganosa se não for devidamente esclarecida e discutida, especialmente no trato de pacientes vulneráveis, sofrendo ou dependentes.<sup>192</sup>

Alguns pacientes têm grande confiança nas avaliações do médico e desejam que ele tome a decisão em seu nome. O fato de os pacientes quererem muita informação não significa necessariamente que desejam participar das decisões de tratamento. Assim, a necessidade de informações e discussões sobre o tratamento não pode ser subestimada pelos médicos, bem como a necessidade de participação dos pacientes nas decisões de tratamento não deve ser superestimada. Assim, é necessário que o profissional investigue cuidadosamente o que cada paciente prefere receber de informações e participar em decisões clínicas.<sup>193</sup>

Neste sentido, “o respeito à autonomia obriga os profissionais a revelar as informações, verificar e assegurar o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajar a tomada de decisão adequada”<sup>194</sup>. Se o profissional não apresenta ao paciente as opções disponíveis de tratamento, este não poderá exercer sua autonomia, comprometendo sua liberdade de decisão, pois a do médico se sobreporá à sua.

Ressalva-se que o grau da doença ou condição não deve servir como desculpa para a não informação do doente ou apresentação de um conjunto de tratamentos. A condição humana do paciente deve ser respeitada independentemente da gravidade do seu caso, pois que violar a autonomia de uma pessoa é tratá-la meramente como um meio, de acordo com os objetivos de outros, sem levar em conta os objetivos da própria pessoa.<sup>195</sup>

O médico deve fornecer todas as informações (como a possível morbimortalidade de um procedimento) que possam influenciar a decisão do paciente sobre determinado tratamento. Quando perguntas específicas são feitas pelo paciente ou seus parentes próximos, uma divulgação completa e justa deve ser feita em resposta a elas. Não é necessário, no entanto, que o paciente precise fazer perguntas específicas para obter informações, cabendo ao médico passar todos os possíveis procedimentos.<sup>196</sup>

O médico, ao atender um paciente TJ, deve estar ciente de este doente pode estar disposto a receber algumas formas de tratamento, mas que restringe ou recusa outras formas, com base em suas crenças religiosas. No entanto, eles têm menos legitimidade legal quando se trata de fazer essas escolhas para seus filhos, havendo diversos exemplos de processos

<sup>192</sup> Cf. O'NEILL O. *Question of trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 71.

<sup>193</sup> Cf. BENBASSAT, J.; PILPEL, D.; TIDHAR, M. Patients preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 24, n. 1, p. 81-88, 1998. p. 86.

<sup>194</sup> Cf. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios da ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2013. p. 144.

<sup>195</sup> Cf. BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 143.

<sup>196</sup> Cf. WEIN, 2006, p. 331.



judiciais sobre crianças com diferentes doenças e necessidades médicas, onde a lei foi buscada, seja pior médicos, seja pelos responsáveis, para fazerem valer seus direitos de decisão, havendo também decisões variados sobre tais ações.<sup>197</sup>

Entretanto, a lei não pode, sob nenhuma circunstância, violar limites impostos pelo respeito da pessoa humana, o que é explicitamente expresso em numerosos documentos vinculativos como o Código de Ética Médica que, em seu artigo 24, afirma que é vedado ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. Se o paciente for incompetente, o médico deve agir de acordo com o seu conhecimento e consciência pela dignidade do indivíduo e pela qualidade de vida, evitando tratamentos fúteis e tendo em conta os desejos anteriormente expressos do paciente.<sup>198</sup>

Em contrapartida, o papel do médico envolve definir e controlar um corpo de conhecimentos apropriados e normas, a fim de qualificá-lo para julgar a melhor forma de aplicar tais conhecimentos em benefício dos pacientes, através de julgamentos baseados nas melhores evidências científicas disponíveis.<sup>199</sup>

O médico demonstra respeito pela autonomia do paciente aceitando suas decisões, mesmo que seja pela recusa ao tratamento, desde que este seja capaz de compreender a natureza do procedimento, os riscos, benefícios e alternativas, incluindo o não tratamento e os prováveis resultados em recusar o procedimento proposto. Além disso, a decisão deve ser tomada livre de coerção, que está presente quando o paciente sente-se ameaçado, intimidado ou sujeito a forte pressão para tomar uma decisão que não faria de outra forma.<sup>200</sup>

Quando o status da TJ não é conhecido, nem há tempo para aguardar, o médico que cuida do paciente deve buscar o melhor desempenho possível, o que pode incluir a administração de sangue. Parentes ou amigos que informarem que um paciente não aceitaria uma transfusão de sangue devem ser solicitados a fornecer evidências documentais, sem os quais o sangue não deve ser retido em circunstâncias com risco de vida. E se o paciente é TJ, é dever do profissional de saúde respeitar as opiniões expressas com competência do paciente, mesmo que isso signifique morte por falta de transfusão de sangue.<sup>201</sup>

<sup>197</sup> Cf. KATZ, A. L.; WEBB, S. A. Informed consent in decision-making in pediatric practice. *Pediatrics*, v. 138, n. 2, p. 1-9, 2016. p. 3.

<sup>198</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1931/2009*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2009.

<sup>199</sup> Cf. WEINBERGER, 1982, p. 1723.

<sup>200</sup> Cf. WEST, 2014, p. 174.

<sup>201</sup> Cf. MURAMOTO, O. Medical confidentiality and the protection of Jehovah's Witnesses' autonomous refusal of blood. *Journal Medical Ethics*, v. 26, n. 1, p. 381-386, 2000. p. 384.

Tradicionalmente, quando as crianças são incompetentes, o poder de dar ou negar o consentimento ao tratamento médico em seu nome recai sobre aqueles com responsabilidade parental. Legalmente, exceto em caso de emergência, é necessário o consentimento dos pais para executar qualquer procedimento médico em uma criança incompetente. Embora os tribunais do mundo ocidental reconheçam esses direitos dos pais, eles não são absolutos, pois o direito de criar os filhos é qualificado pelo dever de garantir sua saúde, segurança e bem-estar.<sup>202</sup>

Existem fortes razões éticas para aderir e adaptar-se aos desejos e crenças dos pacientes, na medida em que, com prática médica aceitável, que depende de consentimento informado, entendendo que a suposição paternalista de que as prioridades médicas superam os desejos expressos dos pacientes não é mais sustentável. Assim, discriminar abertamente a TJ (por exemplo, negando-lhes a cirurgia necessária quando poderia ser realizada com segurança sem transfusão) seria claramente inaceitável.<sup>203</sup>

Nesse sentido, quando uma equipe é confrontada com um paciente que recusa a transfusão, recomenda-se uma revisão completa da situação clínica e todas as opções de tratamento devem ser exploradas. Após discussão, deve ser feito um plano aceitável para o paciente e o consentimento apropriado obtido. Quando não for possível chegar a um acordo entre o médico e o paciente, o encaminhamento para uma segunda opinião deve ser considerado. Quando o paciente é criança, a mesma estratégia deve ser usada, mas, ocasionalmente, a equipe clínica pode ter que obter ajuda legal.<sup>204</sup>

É obrigatório que o médico explique de maneira clara e simples outras alternativas terapêuticas ao curso sugerido por ele e discuta os prós e contras de cada alternativa, resumindo suas razões para advogar a escolhida por ele. Isso é especialmente importante quando o curso recomendado por ele apresenta riscos (para a saúde e a vida) que podem ser semelhantes ou piores do que aqueles que participam de métodos alternativos de tratamento. Vale ressaltar que nem todos os pacientes que recusam uma transfusão de sangue são TJ, assim como nem todas as TJ recusam uma transfusão. Cada paciente deve receber uma explicação clara dos procedimentos relacionados à transfusão de sangue; dos riscos envolvidos em não ter esses tratamentos; e de quais tratamentos alternativos, se houver, estão disponíveis. O paciente pode querer discutir isso com parentes, amigos ou um membro do

---

<sup>202</sup> Cf. CONSALTER, Z. M.; JAREMCZUK P. Direito à vida 'versus' recusa ao tratamento vital. *Prisma Jurídico*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 35-53, 2010. p. 39.

<sup>203</sup> Cf. CONSALTER; JAREMCZUK, 2010, p. 42.

<sup>204</sup> Cf. GODINHO, A. M.; LANZIOTTI, L. H.; MORAIS, B. S. Termo de consentimento informado: a visão dos advogados e tribunais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 60, n. 2, p. 207-211, 2010. p. 209.

Comitê de Ligação ao Hospital das Testemunhas de Jeová. No entanto, no caso de um adulto com capacidade, a decisão sobre quais tratamentos aceitar ou recusar é do próprio paciente, que tem direito à confidencialidade em relação a essa decisão.<sup>205</sup>

### 3.4 Tratamentos alternativos aos pacientes Testemunhas de Jeová

Inicialmente, a recusa inflexível das TJ pela transfusão de sangue e hemoderivados ocasionou muita controvérsia e frustração por parte dos membros das equipes médicas e da comunidade legal. Segundo Azambuja e Garrafa, nos Estados Unidos, a maioria dos médicos via a posição desses pacientes como uma barreira que os impedia de prestar cuidados adequados, especialmente em circunstâncias em que uma anemia profunda ou perda significativa de sangue em procedimento cirúrgico poderia comprometer a vida do paciente. Defendiam que, se a hemoglobina estivesse abaixo de 10 g/dl ou se o hematócrito estivesse abaixo de 30%, o paciente deveria ser transfundido.<sup>206</sup>

No mesmo sentido, Prata ressalta que muitos médicos se recusaram categoricamente a tratar as Testemunhas de Jeová devido a esses pacientes não aceitarem a hemotransfusão. No entanto, devido ao crescimento contínuo da comunidade das TJ, outros profissionais reconheceram que esse problema não iria desaparecer e viram uma oportunidade única de cuidar desses pacientes, surgindo os pioneiros da medicina e cirurgia sem sangue. Diante desta situação, algumas instituições americanas passaram a desenvolver programas e recursos para atender às necessidades específicas desses pacientes. Essas instituições não apenas praticam cirurgias sem sangue, mas também possuem infraestrutura para apoiar esses indivíduos, incluindo assistentes sociais e conselheiros religiosos. Assim, a posição das TJ tem sido um fator importante por trás de vários procedimentos médicos inovadores que reduzem a perda de sangue durante um procedimento cirúrgico, resultando em benefícios para esses e outros pacientes.<sup>207</sup>

No final da década de 1970, os líderes da Torre de Vigia decidiram passaram a fazer contatos com médicos que estivessem dispostos a buscar tratamentos alternativos à hemotransfusão e, no final da década de 1980, o corpo governante aprovou um esforço em larga escala para ajudar nessas pesquisas. No início dos anos de 1990, o Hospital e Centro

<sup>205</sup> Cf. GODINHO, 2010, p. 209.

<sup>206</sup> Cf. AZAMBUJA, L. E. O.; GARRAFA, V. Testemunhas de Jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, n. 6, p. 705-709, 2010. p. 704.

<sup>207</sup> Cf. PRATAS, C. A. As testemunhas de Jeová e a discriminação no acesso a tratamentos isentos de sangue. *e-Pública*, v. 3, n. 2, p. 160-193, 2016. p. 166.

Médico Englewood, em Nova Jersey, na figura do chefe do setor de anestesia, Aryeh Shander, tornou-se um importante defensor de sua causa. A empatia do médico pelas minorias religiosas era forte, pois sua mãe era uma sobrevivente do Holocausto. Ao mesmo tempo, ele havia desenvolvido um interesse acadêmico por transfusão de sangue, que considerava ser usado em excesso nas cirurgias. Desde o início, o programa sem sangue em Englewood teve sucesso. Em pequenos estudos observacionais, os resultados cirúrgicos pareciam coincidir com os de outros pacientes submetidos aos mesmos procedimentos. No final da década de 1990, a medicina sem sangue já era aplicada a outros pacientes e não somente às TJ, surgindo, desde então, outros programas de medicina sem sangue.<sup>208</sup>

Ao escolher tratamento isento de sangue, Diniz ressalta que:

A testemunha de Jeová não exerce o direito de morrer, mas o de optar por um tipo de tratamento médico. Dentre os tratamentos aceitáveis pelas testemunhas de Jeová, ela elenca os expansores de volume de plasma isentos de sangue, hemodiálise e hemodiluição mediante uso de circuito fechado, não utilizando-se o sangue como volume de escorva e não envolvendo-se seu armazenamento. Traz também como aceitável o By pass cardíaco, máquina coração-pulmão, desde que a bomba seja escorvada com fluidos isentos de sangue e de autotransfusão, o equipamento preparado num circuito fechado, ligado ao sistema circulatório do paciente, e não havendo armazenamento de sangue.<sup>209</sup>

Com exceção da hemotransfusão, as TJ aceitam e esperam os mais altos padrões de cuidados médicos modernos e uso completo de medicamentos. Hematologistas podem ser chamados para aconselhar sobre o gerenciamento desse paciente e como facilitadores de alternativas à transfusão. Um paciente TJ que decidir seguir os ensinamentos de sua igreja em relação à transfusão de sangue não aceitará uma transfusão de sangue total nem dos componentes principais nos quais o sangue total é separado, ou seja, glóbulos vermelhos, plasma e plaquetas. Esses pacientes têm permissão para aceitar produtos derivados do processamento adicional dos componentes primários do sangue e esta aceitação é considerada uma questão de escolha individual. Portanto, muitas Testemunhas de Jeová aceitarão produtos como crioprecipitado, concentrado de fibrinogênio, concentrado de complexo de protrombina, cola de fibrina, gel de plaquetas e solução de albumina humana. Também aceitam concentrados de fator de coagulação recombinante e medicamentos como eritropoietina, que não são derivados do sangue.<sup>210</sup>

<sup>208</sup> Cf. PRATAS, 2016, p. 172.

<sup>209</sup> Cf. DINIZ, M. H. *O estado atual do Biodireito*. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014. p. 346.

<sup>210</sup> Cf. CHEHAIBAR, G. Z. *Bioética e crença religiosa: estudo da relação médico paciente Testemunha de Jeová com potencial risco de transfusão de sangue*. 2010. 182 f. Tese (Doutorado em Ciências), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. p. 73.

Diante da dificuldade de alguns profissionais aplicarem métodos alternativos, seja por inexperiência, intransigência ou falta de conhecimento dos mesmos, o Conselho Federal de Medicina, através da Recomendação CFM nº 1/2016, definiu que:

[...] a conduta do médico já não pode limitar-se à constatação de risco de morte para transfundir sangue compulsoriamente, mas precisa levar em consideração as recentes alternativas disponíveis de tratamento ou a possibilidade de transferência para equipes com profissionais treinados em tratamentos através de substitutos do sangue.<sup>211</sup>

Tal recomendação se deve ao aumento crescente do número de Testemunhas de Jeová e a necessidade de gerenciamento desses pacientes que recusam transfusão de sangue, constituindo inúmeros desafios aos profissionais de saúde. Tratar uma TJ envolve questões éticas e legais, bem como a necessidade de planejamento e execução de estratégias para manter a normovolemia, bem como a entrega de oxigênio. Assim, o alicerce do manejo inclui o aconselhamento de pacientes sobre técnicas de resgate de sangue, otimização de anormalidades hematológicas pré-operatórias e adoção de técnicas para minimizar a perda de sangue e sua conservação. Para procedimentos cirúrgicos eletivos, é essencial uma discussão completa e sincera entre anestesistas, cirurgião, o paciente ou seu responsável, deixando claro que serão feitas todas as tentativas para evitar a hemotransfusão.<sup>212</sup>

A fim de melhor informar aos seus adeptos, a Torre de Vigia publicou um folheto contendo informações sobre os tratamentos substitutivos, a fim de esclarecer as TJ, facilitando a decisão desses pacientes nos casos de sugestão médica de transfusão sanguínea, como apresentada abaixo:

---

<sup>211</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação nº 1/2016. *Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica.* Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2020.

<sup>212</sup> Cf. CHANDER, N. K.; SUBRAYAMA, H. B.; RAO, G. V. Management of patients who refuse blood transfusion. *Indian Journal of Anaesthesia*, v. 58, n. 5, p. 658-664, 2014. p. 661.

Quadro 1 – Procedimentos que envolvem o uso do próprio sangue<sup>213</sup>

<b>PROCEDIMENTOS QUE ENVOLVEM O USO MÉDICO DE SEU PRÓPRIO SANGUE</b>		
Observação: Os métodos de aplicação de cada um desses procedimentos médicos podem variar de médico para médico. Peça ao seu médico que lhe explique o que exatamente está envolvido em qualquer procedimento que ele oferecer, certificando-se de que o método usado esteja em harmonia com princípios da Bíblia e com suas próprias decisões à base de sua consciência.		
<b>NOME DO TRATAMENTO</b>	<b>O QUE REALIZA</b>	<b>Escolhas que você deve fazer (converse com o médico antes de aceitar ou não o procedimento)</b>
<b>Recuperação intra-operatória de células</b>	<b>Reduz a perda de sangue.</b> Durante a cirurgia, o sangue de ferimentos ou de uma cavidade do corpo é lavado, filtrado e após isso, é devolvido ao paciente, talvez em um processo contínuo.	Aceito Talvez aceite* Recuso
<b>Hemodiluição</b>	<b>Reduz a perda de sangue.</b> 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.	Aceito Talvez aceite* Recuso
<b>Máquina coração-pulmão</b>	<b>Mantém a circulação.</b> O sangue é desviado para uma máquina coração-pulmão artificial onde é oxigenado e devolvido ao paciente.	Aceito Talvez aceite* Recuso
<b>Diálise</b>	<b>Funciona como um órgão.</b> Na hemodiálise, o sangue circula em uma máquina, onde é filtrado e depurado antes de retornar ao paciente.	Aceito Talvez aceite* Recuso
<b>Tampão sanguíneo peridural</b>	<b>Impede a perda do líquido espinhal.</b> Uma pequena quantidade do sangue do próprio paciente é injetada na membrana em volta da medula espinhal. Esse procedimento é usado para fechar um ponto de punção em que há vazamento do líquido espinhal.	Aceito Talvez aceite* Recuso
<b>Plasmaferese</b>	<b>Trata doenças.</b> O sangue é retirado do paciente e filtrado para remover o plasma. Um substituto do plasma é adicionado e o sangue é devolvido ao paciente. 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.	Aceito Talvez aceite* Recuso

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória – 29/06/2020.

O gerenciamento do sangue do paciente é uma abordagem multiprofissional (médicos, enfermeiros, perfusionistas, farmacêuticos) e multidisciplinar (especialistas em medicina transfusional, cirurgiões, anesthesiologistas e especialistas em cuidados intensivos), que abrange todo o hospital e o paciente no tratamento da anemia, conservação do sangue no perioperatório e hemostasia cirúrgica. Tanto pacientes quanto médicos precisam de

<sup>213</sup> Cf. SILVA, I. M. R. *As Testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue*. 2019. 42f. Monografia (Graduação em Direito), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. p. 23.

informações efetivas para tomar as decisões de saúde mais apropriadas. À medida que o gerenciamento do sangue do paciente evolui, torna-se imprescindível o entendimento dos benefícios e riscos relativos às alternativas ao sangue em comparação com os benefícios e riscos relativos à hemotransfusão, levando em conta que as transfusões também oferecem riscos. Nesse sentido, Shymidt ressalta que:

As transfusões são perigosas. Podem causar reações do tipo hemolítico, leucoaglutinante e alérgico. O perigo principal é a infecção induzida pela transfusão... o maior perigo é a transmissão da hepatite não-A, não-B. Calcula-se que de 5% a 15% dos doadores voluntários são portadores deste vírus. Os testes laboratoriais prévios à doação, para detectar os anticorpos contra o 'core' da hepatite B, permitem detectar entre 30% e 40% dos portadores do vírus da hepatite não-A, não-B. A vasta maioria dos casos de hepatite pós-transfusional são subclínicos, visto que a enfermidade evolui durante vários anos. Uma alta porcentagem de receptores infectados contraem cirrose.<sup>214</sup>

A doação pré-operatória, ou seja, a doação do sangue do próprio paciente normalmente algumas semanas antes da cirurgia, com a devolução do sangue durante ou após o procedimento, geralmente não é aceitável para esses pacientes. A Hemodiluição Normovolêmica Aguda (HNA), na qual o sangue é retirado do paciente para uma bolsa contendo anticoagulante, mantido na sala de cirurgia e devolvido ao paciente durante ou após a cirurgia, é considerado um problema de escolha individual e pode ser aceitável.<sup>215</sup>

O ácido tranexâmico é um medicamento que ajuda o sangue a coagular melhor, podendo impedir que se perca muito sangue durante uma cirurgia. A equipe médica também pode usar equipamentos especiais para aspirar e filtrar o sangue perdido pelo paciente, para que este possa ser devolvido, no que se denomina recuperação celular. Se a equipe médica considera que será perdido menos sangue durante a cirurgia, utiliza o ácido tranexâmico e, em caso de perdas maiores, utiliza a recuperação celular.<sup>216</sup>

A eritropoietina é um medicamento que auxilia o corpo a produzir mais glóbulos vermelhos. A relação entre eritropoietina, ferro e eritropoiese e a presença de eritropoiese com restrição de ferro tem implicações importantes no tratamento da anemia. podendo ocorrer do seguinte modo: deficiência absoluta, deficiência funcional e/ou sequestro de ferro. A deficiência absoluta é comum em mulheres, crianças e idosos; a deficiência funcional ocorre em pacientes com eritropoiese significativa, mediada por eritropoietina, mesmo quando o

<sup>214</sup> Cf. SHYMITD, P. F. *Responsabilidade civil médica diante da transfusão de sangue contra a vontade do paciente por motivo de crença religiosa*. 2009. 45f. Monografia (Graduação em Direito), Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009. p. 12.

<sup>215</sup> Cf. AZAMBUJA; GARRAFA, 2010, p. 705.

<sup>216</sup> Cf. DUMAS, C. C. O.; CARVALHO, G. M. *Quando o paciente diz não*. São Paulo: Boreal, 2017. p. 29.

ferro está presente; e o sequestro de ferro, mediado pela hepcidina, é uma causa subestimada, mas comum, de eritropoiese com restrição de ferro em pacientes com infecções.<sup>217</sup>

Os concentrados de complexo de protrombina (CCPs), concentrados de fator único e fatores de coagulação recombinantes são utilizados no tratamento de deficiências herdadas de fator de coagulação. Alguns desses produtos também foram aprovados como agentes hemostáticos em coagulopatias adquiridas, como reversão aguda da coagulopatia por varfarina, podendo ser administrado como uma alternativa ao plasma fresco congelado para aumentar os níveis dos fatores de coagulação dependentes da vitamina K.<sup>218</sup>

Sob condições fisiológicas, a hemostasia é obtida através da constrição de vasos danificados, formação de tampão plaquetário e ativação de fatores de coagulação, resultando na formação de um coágulo estabilizado de fibrina no local do sangramento. Paralelamente, o sistema fibrinolítico é ativado para controlar a formação e propagação de coágulos e dissolver os coágulos desnecessários (e potencialmente perigosos). Agentes hemostáticos exploram essas vias fisiológicas em direção à formação e manutenção de coágulos, reduzindo, assim, o sangramento. Os agentes hemostáticos mais amplamente estudados e utilizados são os antifibrinolíticos, que agem inibindo a via fibrinolítica fisiológica responsável pela limitação e dissolução dos coágulos.<sup>219</sup>

Quando o caso é de urgência e o paciente acaba perdendo muito plasma do sangue, podem ser utilizadas Soluções Salinas, que são os Expansores do Volume do Plasma (Cristalóides): a solução de Ringer e a salina Hipertônica. Para estabilizar o volume de sangue, usam-se compostos de água misturados a pequenas partículas de proteínas, os Colóides. Um fator que contribui muito para auxiliar os médicos ao realizarem cirurgias sem sangue é a maneira como são feitas essas cirurgias. Algumas das técnicas utilizadas são a Hipotermia Profunda, quando a temperatura corporal do paciente é diminuída, e a Hipotensão Induzida que diminui a pressão do sangue, reduzindo o sangramento no momento em que os médicos suturam os vãos sanguíneos.<sup>220</sup>

Ao recomendar o tratamento, os médicos devem considerar o risco adicional representado pela recusa do paciente em transfusões de componentes sanguíneos. Se apropriado, intervenções associadas à redução da perda de sangue devem ser oferecidas e

<sup>217</sup> Cf. DUMAS; CARVALHO, 2017, p. 32.

<sup>218</sup> Cf. BARRETTI, P.; DELGADO, A. G. Transfusão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 36, Supl. 1, p. 29-31, 2014, p. 29.

<sup>219</sup> Cf. MOURA, C. C. S.; CUSTÓDIO, R. P. S. *Produção do conhecimento sobre terapias alternativas à transfusão sanguínea: revisão integrativa*. 2012. 15 f. Monografia (Graduação em Enfermagem), Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2012. p. 11.

<sup>220</sup> Cf. BARRETTI; DELGADO, 2014, p. 30.



discutidas com os pacientes. Da mesma forma, a impossibilidade de recorrer à transfusão pode tornar o tratamento não cirúrgico preferível à cirurgia em casos selecionados. Centros que gerenciam pacientes que recusam transfusão alogênica devem garantir a disponibilidade de modalidades alternativas de tratamento, em particular procedimentos cirúrgicos ou de intervenção que se sabe estarem associados a uma perda sanguínea comparativamente baixa. Os pacientes podem desejar ser encaminhados a outros centros onde são praticadas técnicas alternativas que considerem desejáveis.<sup>221</sup>

Os centros que gerenciam pacientes que recusam transfusão alogênica devem identificar médicos com conhecimento e experiência especiais em conservação de sangue em seus departamentos de hematologia, cirurgia e anestesia. Esses médicos devem ser consultados rotineiramente ao planejar o tratamento cirúrgico de pacientes que recusam transfusão alogênica, para projetar estratégias individuais de conservação de sangue. Da mesma forma, deve-se procurar aconselhamento imediato quando esses pacientes são admitidos com uma condição que pode resultar em perda significativa de sangue, pois o tratamento intervencionista precoce pode ser apropriado em muitos casos. Nas últimas décadas, os programas especializados em “medicina sem sangue” que atendem às Testemunhas de Jeová cresceram em dezenas de hospitais. Surpreendentemente, a experiência dos médicos nesses programas também os levou a solicitar sangue com muito menos frequência para outros pacientes.<sup>222</sup>

---

<sup>221</sup> Cf. BITTENCOURT, R. et al. Transfusão consciente de hemoderivados. Revisão sistemática dos fatores indicativos do gatilho para a infusão dos componentes sanguíneos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 62, n. 3, p. 406-410, 2012. p. 407.

<sup>222</sup> Cf. BITTENCOURT et al., 2012, p. 407.

## CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar, sob um enfoque religioso e bioético, a recusa de hemotransusão por parte das Testemunhas de Jeová. A negativa em aceitar transfusões de sangue ocasiona um conflito e um desafio para os médicos. Assim, foram discutidas questões relacionadas a essa complexa situação, incluindo a liberdade de religião, direitos dos pacientes, estrutura regulatória que se aplica aos prestadores de serviços de saúde e direitos médicos, descrevendo a relação médico-paciente e a possibilidade de tratamentos alternativos a esta população.

A prestação de serviços de saúde deve ser realizada de acordo com os princípios científicos e éticos. A medicina requer a aquisição e aplicação de conhecimento com base em evidências científicas, habilidades, critérios clínicos, experiência, compromisso e tomada de decisão em curtos períodos de tempo e em diferentes contextos. Se for somada a isso a interação com o paciente, seus familiares e a equipe de saúde, pode-se afirmar que é uma situação complexa, sujeita a mudanças inesperadas e não evitáveis, que podem colocar em risco a segurança do paciente.

A negativa, por parte das Testemunhas de Jeová, de aceitar a terapia transfusional quando esta é indicada, de acordo com os preceitos da medicina, atenta contra a segurança do paciente. Entretanto, seus direitos também não podem ser objeto de discussão, dentre eles a autonomia para aceitar ou negar os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos propostos para o atendimento médico.

Para o médico, deve ficar claro que existem diretrizes que o obrigam a respeitar a decisão do paciente, mas também é preciso aceitar que a riqueza máxima a preservar para o médico é a saúde e a vida do paciente. É por isso que, quando esse tipo de situação se apresenta, o profissional terá que tomar uma decisão, levando em consideração todos os aspectos legais e éticos.

Somente na década de 1950 a Torre de Vigia delineou especificamente sua censura às transfusões de sangue, ou seja, mais de 80 anos após o início da Sociedade Torre de Vigia. A partir de então, somente no ano 2000, passou a ser permitido transfundir alguns fatores sanguíneos, como a albumina e imunoglobinas, consideradas componentes menores do sangue, derivados do plasma e separados dos glóbulos vermelhos e brancos e plaquetas. Para a Torre de Vigia, o sangue é composto por quatro componentes primários e seu uso é anticristão, entretanto, quando divididos em frações, seu uso é aceitável.

O respeito pela autonomia do paciente requer que o médico honre o direito do indivíduo de recusar tratamento. No entanto, os princípios da beneficência e não-maleficência exigem que seja assegurado ao paciente o melhor tratamento disponível. Assim, cabe ao médico avaliar a capacidade de tomada de decisão e se esta é livre de coerção, seja pela família ou por líderes religiosos. Os princípios da beneficência e da autonomia também ditam que seja verificado se o paciente aceitará ou não a hemotransusão, respeitando sua privacidade e confidencialidade no processo. O princípio de não-maleficência demanda o paciente seja encaminhado para outra instituição, caso as instalações ou a equipe não tenham capacidade de prestar um cuidado adequado.

Assim, diante de uma recusa por terapia transfusional, em situações que não são emergentes, cabe ao médico esclarecer ao paciente e seus cuidadores sobre as possíveis consequências dessa recusa e, em caso de cirurgia, sobre os possíveis efeitos de um adiamento, até que o hematócrito esteja mais alto, ou até um encaminhamento, onde outras opções estejam disponíveis. Caso tenha dúvidas sobre o alcance de seu poder de decisão ou sobre suas obrigações para com o paciente, o comitê de ética do hospital ou o departamento jurídico deve ser consultado.

Em caso de emergência, em que o médico não tenha certeza de que o paciente está em plena posse de suas faculdades ou haja outra pessoa que tenha autoridade para agir em nome do doente, deve haver muita cautela, do ponto de vista médico e jurídico. Cabe ao médico garantir que a evidência da condição do paciente e as circunstâncias sob as quais a exigência de não transfusão de sangue foi imposta sejam cuidadosamente preservada.

Com milhões de Testemunhas de Jeová em todo o mundo, médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde tiveram que desenvolver alternativas às transfusões de sangue para manter os pacientes vivos. As próprias TJ também adotaram uma postura ativa em educar a comunidade médica sobre alternativas, com equipes em hospitais e o financiamento e divulgação de pesquisas, a fim de ter os desejos desses pacientes respeitados, bem como estratégias baseadas em evidências que permitem tratamentos livres de sangue, como o salvamento celular, eritropoietina, cirurgias livres de sangue, dentre outras.

É provável e espera-se que, com o tempo, uma alternativa não sanguínea seja desenvolvida com a capacidade de substituir a terapia transfusional completamente, ou talvez a pressão pode forçar a Sociedade Torre de Vigia a retornar à sua posição original e, mais uma vez, permitir transfusões de sangue como aceitáveis. Em ambos os casos, as transfusões de sangue se tornarão um problema distante na história da Sociedade Torre de

Vigia. Enquanto isso, naqueles casos em que uma transfusão de sangue é a única opção para a sobrevivência, muitas Testemunhas de Jeová continuarão morrendo e aceitando como a vontade de Deus, pois, apesar da pesquisa médica ter progredido e as transfusões de sangue total terem se tornado menos necessárias para a sobrevivência, há casos em que são a única forma de salvar uma vida.

Este estudo, devido à sua temática atual, frente ao número considerável de Testemunhas de Jeová no país, é relevante para todos os profissionais de saúde e estudiosos das ciências das religiões, contribuindo para um maior entendimento das questões religiosas e éticas que envolvem o cuidado a esses pacientes. Entende-se que, devido à complexidade que envolve esta questão, não se pode pensar em soluções preconceituosas ou simplistas, demandando sérias reflexões.

Nesse contexto, é recomendável que em cada centro de saúde exista um protocolo de recepção específico para esses pacientes, que contemple as várias alternativas de tratamento técnico que o local possa oferecer, dependendo da doença de cada paciente e dos procedimentos terapêuticos planejados, bem como os aspectos éticos e legais envolvidos na questão e o nível de compromisso que pode ser alcançado. Da mesma forma, um modelo específico de consentimento informado deve ser desenvolvido, contemplando as várias alternativas possíveis de tratamento.

## REFERÊNCIAS

- ADRAGÃO, P. P. *A liberdade religiosa e o Estado*. Coimbra: Almedina, 2002.
- AGAZZI, E. The individual and collective dimension in bioethics. *Bioethics Update*, v. 3, n. 2, p. 79-81, 2017.
- AL-BAR, M. A.; CHAMSI-PASHA, H. *Autonomy*. New York: Springer, 2015.
- ANGULO, I. L. Hemoterapia moderna, práticas antigas. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 29, n. 2, p. 108, 2007.
- AZAMBUJA, L. E. O.; GARRAFA, V. Testemunhas de Jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, n. 6, p. 705-709, 2010.
- BARRETTI, P.; DELGADO, A. G. Transfusão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 36, Supl. 1, p. 29-31, 2014.
- BARROSO, L. R. Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová: dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. In: AZEVEDO, A. V.; LIGIERA, W. R. *Direitos do paciente*. São Paulo: Saraiva, 2012.
- BAUMRUCKER, S. J. et al. The ethical concept of “best interest”. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, v. 25, n. 3, p. 56-62, 2008.
- BAZÁN, J. L. The right to religious freedom from an international perspective. In: GAUCI, J. V. *International Perspectives on religious freedom: Proceedings of Conferences on Religious Freedom 2010 – 2012*. Brussels: EPP Group, 2013.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios da ética biomédica*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013.
- BENATAR, D. Bioethics and health and human rights: a critical view. *Journal Medical Ethics*, v. 32, n. 1, p. 17-20, 2006.
- BENBASSAT, J.; PILPEL, D.; TIDHAR, M. Patients preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 24, n. 1, p. 81-88, 1998.
- BETIOLI, A. B. *Bioética, a ética da vida*. 2. ed. São Paulo: LTr, 2015.
- BHUTA, N. Two concepts of religious freedom in the European Court of Human Rights. *EUI Working Papers Law*, v. 2012, n. 33, p. 1-27, 2012.
- BITTENCOURT, R. et al. Transfusão consciente de hemoderivados. Revisão sistemática dos fatores indicativos do gatilho para a infusão dos componentes sanguíneos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 62, n. 3, p. 406-410, 2012.

BOYLE, K.; SHEEN, J. *Freedom of religion and belief: a world report*. London: Routledge, 2003.

BRASIL. *Decreto nº 592*, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. Brasília: Senado Federal, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Técnico em hemoterapia: livro texto*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAZIER, M. Do no harm - do patients have responsibilities too? *The Cambridge Law Journal*, v. 6, n. 2, p. 397-422, 2006.

CALLAHAN, D. Religion and the Secularization of Bioethics. *The Hastings Center Report*, v. 20, n. 4, p. 2-4, 1990.

CAMERON, N. M. S. Bioethics in Christianity. In: JENNINGS, B. (Ed.). *Bioethics*. 4. ed. Farmington Hills: Macmillan Reference USA, 2014.

CASANOVA, J. *Public Religions in the Modern World*. Chicago: University of Chicago Press, 1994.

CASTRO, E.G. *A torre sob vigia: as Testemunhas de Jeová em São Paulo (1930-1954)*. 2013. 173f. Dissertação (Mestrado em História), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

CAVE, E.; NOTTINGHAM, E. (2018). Who knows best (interests)? The case of Charlie Gard. *Medical Law Review*, v. 26, n. 3, p. 500-513, 2018.

CHANDER, N. K.; SUBRAYAMA, H. B.; RAO, G. V. Management of patients who refuse blood transfusion. *Indian Journal of Anaesthesia*, v. 58, n. 5, p. 658-664, 2014.

CHEHAIBAR, G. Z. *Bioética e crença religiosa: estudo da relação médico paciente Testemunha de Jeová com potencial risco de transfusão de sangue*. 2010. 182 f. Tese (Doutorado em Ciências), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CONSALTER, Z. M.; JAREMCZUK P. Direito à vida 'versus' recusa ao tratamento vital. *Prisma Jurídico*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 35-53, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1931/2009*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Recomendação nº 1/2016. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica*. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2020.

COUNCIL OF EUROPE. *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*. Oviedo, 4 Apr. 1997. Disponível em: <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/html/164.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

- CROSS, F. L. (Ed.). *Oxford Dictionary of the Christian Church*. London: Oxford University Press, 1957.
- DAVIS, D. Does no mean 'yes? Jehovah's Witnesses and refusal of blood products. *Second Opinion*, v. 19, n. 3, p. 35-43, 1994.
- DE VRIES, R. Good without God: bioethics and the sacred. *Society*, v. 52, n. 5, p. 438-447, 2015.
- DELEUZE, G. *Espinoza: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.
- DINIZ, M. H. *O estado atual do Biodireito*. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.
- DONALD, A.; HOWARD, E. *The right to freedom of religion or belief and its intersection with other rights*. Brussels: ILGA-Europe, 2015.
- DOYLE, J. Blood Transfusions and the Jehovah's Witnesses Patient: Clinical and Ethical Perspectives. *American Journal of Therapeutics*, v. 9, n. 5, p. 417-424, 2002.
- DUMAS, C. C. O.; CARVALHO, G. M. *Quando o paciente diz não*. São Paulo: Boreal, 2017.
- DUNN, J. *The history of political theory and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- ELDER, L. Why some Jehovah's Witnesses accept blood and conscientiously reject official Watchtower Society blood policy. *Journal Medical Ethics*, v. 26, n. 5, p. 375-380, 2000.
- FERREIRA, F. M. *Questões constitucionais e legais referentes a tratamento médico sem transfusão de sangue*. São Paulo: Parecer, 1994.
- FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. *Para fundamentar a bioética*. São Paulo: Loyola, 2005.
- FLAUSINO, G. F. et al. O ciclo de produção do sangue e a transfusão: o que o médico deve saber. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 25, n. 2, p. 269-279, 2015.
- FOX, J. Religious Freedom in Theory and Practice. *Human Rights Review*, v. 16, n. 1, p. 1-22, 2015.
- FOX, R.; SWAZEY, J. Medical Morality is not Bioethics – Medical Ethics in China and the United States. *Perspective in Biology and Medicine*, v. 27, n. 1, p. 336-360, 1984.
- FRANCO JÚNIOR, H. *A Idade Média: o nascimento do Ocidente*. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- GARRAUD, O. Jehovah's Witnesses and blood transfusion refusal: what next? *Blood Transfusion*, v. 12, Suppl 1, p. 402-403, 2014.
- GHOOL, R. B. The Nuremberg Code: a critique. *Perspectives in Clinical Research*, v. 2, n. 2, p. 72-76, 2011.

GILLON, R. Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be ‘first among equals’. *Journal Medical Ethics*, v. 29, n. 1, p. 307-312, 2003.

GILLON, R. Four scenarios. *Journal Medical Ethics*, v. 29, n. 1, p. 267-268, 2003.

GODINHO, A. M.; LANZIOTTI, L. H.; MORAIS, B. S. Termo de consentimento informado: a visão dos advogados e tribunais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 60, n. 2, p. 207-211, 2010.

GONÇALVES, T. C. Paradoxal relação da vida versus morte e a transfusão de sangue nas Testemunhas de Jeová. *Caderno Ibero-Americano de Direito Sanitário*, v. 6, n. 3, p. 177-197, 2017.

GRIM, B.; FINKE, R. *The price of freedom denied*. New York: Cambridge University Press, 2011.

GRONNINGSSATER, S. A patient's right to choose is not always black and white: long term care facility discrimination and the color of care. *Journal of Civil Rights & Economic Development*, v. 26, n. 2, p. 329-362, 2012.

HALVORSEN, J. G. Professionalism reconsidered. Priorities for physicians. *Archives of Family Medicine*, v. 8, n. 2, p. 173-176, 1999.

HARISH, D.; KUMAR, A.; SINGH, A. Duties and responsibilities of the medical practitioner, revisited. *Journal of Punjab Academy of Forensic Medicine & Toxicology*, v. 12, n. 1, p. 115-120, 2012.

HOLDEN, A. *Cavorting with the devil: Jehovah's Witnesses who abandon their faith*. Lancaster: Department of Sociology, Lancaster University, 2002.

HOLDEN, A. *Jehovah's Witnesses: portrait of a contemporary religious movement*. London: Routledge, 2002.

HORNER, J. Morality, ethics, and law: introductory concepts. *Seminars in Speech and Language*, v. 24, n. 4, p. 263-274, 2003.

HUGHES, D. B.; ULLERY, B. W.; BARIE, P. S. The contemporary approach to the care of Jehovah's witnesses. *Journal of Trauma*, v. 65, n. 1, p. 237-247, 2008.

HUNT, M. R. Moral experience of Canadian health care professionals in humanitarian work. *Prehospital and Disaster Medicine*, v. 24, n. 3, p. 518-524, 2009.

HUNT, M. R.; CARNEVALE, F. A. Moral experience: a framework for bioethics research. *Journal Medical Ethics*, v. 37, n. 11, p. 658-662, 2011.

HUNTER, I. English blasphemy. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, v. 4, n. 3, p. 403-428, 2013.



HUXTABLE, R. For and against the four principles of biomedical ethics. *Clinical Ethics*, v. 8, n. 2-3, p. 39-43, 2013.

ISSA, K. et al. Blood management strategies in primary and revision total knee arthroplasty for Jehovah's Witness Patients. *Journal of Knee Surgery*, v. 26, n. 6, p. 401-404, 2013.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. *Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 8. ed. New York: McGrawHill, 2015.

JUNQUEIRA, C. R. Consentimento nas relações assistenciais. In: RAMOS, D. L. P. *Bioética e ética profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007.

KANT, I. *Crítica da Razão Prática*. São Paulo: Escala, 2006.

KATZ, A. L.; WEBB, S. A. Informed consent in decision-making in pediatric practice. *Pediatrics*, v. 138, n. 2, p. 1-9, 2016.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 106-110, 2005.

LIMA, G. L.; BYK, J. Trauma e transfusão sanguínea precoce: o desafiador tratamento das hemorragias nas Testemunhas de Jeová. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1-8, 2018.

LOCKE, J. *Carta sobre a tolerância*. São Paulo: Hedra, 2008.

MACCIOCCHI, S. N. Doing good: the pitfalls of beneficence. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, v. 24, n. 1, p. 72-74, 2009.

MACHADO, J. E. M. *Liberdade religiosa numa comunidade constitucional inclusiva: dos direitos da verdade aos direitos dos cidadãos*. Coimbra: Coimbra, 1996.

MACKENZIE, C. R. Professionalism and medicine. *HSS Journal*, v. 3, n. 1, p. 222-227, 2007.

MACKENZIE, C. R.; CRONSTEIN, B. Conflict of Interest. *HSS Journal*, v. 2, n. 1, p. 198-201, 2006.

MACKLIN, R. Applying the four principles. *Journal Medical Ethics*, v. 29, n. 1, p. 275-280, 2003.

MALLARDI, V. The origin of informed consent. *Acta Otorhinolaryngology Italica*, v. 25, n. 5, p. 312-327, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINEZ, J. F. *Cisma entre as Testemunhas de Jeová*. Disponível em: <<http://www.cacp.org.br/jeovismo/artigo.aspx?lng=PTBR&article=240&menu=3&subeu=1>>. Acesso em 26 de outubro de 2018.

MATUSINOVÁ, A. *The concept of religious freedom in the European Union*. 2011. 106f. Master's Thesis. Brno: Masaryk University, 2011.

McCREA, R. Singing from the same hymn sheet? What the differences between the Strasbourg and Luxembourg Courts tell us about religious freedom, Non-Discrimination, and the Secular State. *Oxford Journal of Law and Religion*, v. 5, n. 1, p. 183-210, 2016.

MCINROY, A. Blood transfusion and Jehovah's Witnesses: the legal and ethical issues. *British Journal of Nursing*, v. 14, n. 5, p. 270-274, 2005.

MOURA, C. C. S.; CUSTÓDIO, R. P. S. *Produção do conhecimento sobre terapias alternativas à transfusão sanguínea: revisão integrativa*. 2012. 15 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2012.

MUNSON, H. Christianity, antisemitism, and the Holocaust. *Religions*, v. 9, n. 26, p. 1-15, 2018.

MURAMOTO, O. Biological aspects of recent changes in the policy of refusal of blood by Jehovah's Witnesses. *British Medical Journal*, v. 322, n. 6, p. 37-39, 2001.

OLIVEIRA, F. *Bioética: uma face da cidadania*. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

O'NEILL O. *Question of trust in bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral da ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. (217 [III] A). Paris. Disponível em: <<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>>. Acesso em: 29 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração sobre a eliminação de todas as formas de intolerância e discriminação fundadas na religião ou crença*. 1981. Disponível em: <[http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/36/55](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/36/55)>. Acesso em: 4 mar. 2019.

PARMAR, A. *The freedom of religion under the indian Constitution*. Indian: Cyber Tech Publications, 2016.

PELLEGRINO, E. D. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *Mount Sinai Journal of Medicine*, v. 69, n. 2, p. 378-384, 2002.

PENTON, M.J. *Apocalypse delayed: the story of Jehovah's Witnesses*. Toronto: University of Toronto Press, 1997.

PERSIAN, J. A national nuisance: the banning of Jehovah's Witnesses in Australia in 1941. *FJHP*, v. 25, n. 1, p. 4-16, 2008.

PESSINI, L.; HOSSNE, W. L. Bioética e religião: um diálogo necessário. *Revista BioEthikus*, v. 7, n. 4, p. 363-366, 2013.

PETRINI, C. Ethical and legal aspects of refusal of blood transfusions by Jehovah's Witnesses, with particular reference to Italy. *Blood Transfusion*, v. 12, Suppl 1, p. 395-401, 2014.

PINHEIRO, J. A. U. *Conflitos entre Jesuítas e colonos na América portuguesa – 1640-1700*. 2007. 274f. Tese (Doutorado em História Econômica) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

PRATAS, C. A. As testemunhas de Jeová e a discriminação no acesso a tratamentos isentos de sangue. *e-Pública*, v. 3, n. 2, p. 160-193, 2016.

RAJTAR, M. Bioethics and religious bodies: Refusal of blood transfusions in Germany. *Social Science & Medicine*, v. 98, p. 271-277, 2013.

REED, D.A. *Worse than waco: Jehovah's Witnesses hide a tragedy*. Charleston: BookSurge Publishing, 2006.

ROULAND, N.; PIERRÉ-CAPS, S.; POUMARÈDE, J. *Direitos das minorias e dos povos autóctones*. Brasília: UnB, 2004.

SAVULESCU, J.; MOMEYER, R.W. Should informed consent be based on rational beliefs? *Journal Medical Ethics*, v. 23, p. 282-288, 2007.

SAY, R. E.; THOMSON, R. The importance of patient preferences in treatment decisions - challenges for doctors. *BMJ*, v. 327, n. 7414, p. 542-546, 2003.

SHYMIDT, P. F. *Responsabilidade civil médica diante da transfusão de sangue contra a vontade do paciente por motivo de crença religiosa*. 2009. 45f. Monografia (Graduação em Direito), Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.

SILVA, H. B. Beneficência e paternalismo médico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, supl. 2, p. 419-425, 2010.

SILVA, I. M. R. *As Testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue*. 2019. 42f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

SILVA, L. A. A.; SOMAVILLA, M. B. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre terapia transfusional. *Cogitare Enfermagem*, v. 15, n. 2, p. 327-333, 2010.

SINGELENBERG, R. The blood transfusion taboo of Jehovah's Witnesses: origin, development and function of a controversial doctrine. *Social Science and Medicine*, v. 31, n. 4, p. 515-523, 1990.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JR., K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface*, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007

STEUER, W.; DREUW, H. Hemotherapy and belief. *Staat-Gesellschaft*, v. 9, n. 2, p. 137-157, 2008.

TAKASCHIMA, A. K. K. et al. Dever ético e legal do anestesiologista frente ao paciente testemunha de Jeová: protocolo de atendimento. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 66, n. 6, p. 637-41, 2016.

TIMI, J. R. R. O médico e do direito do paciente. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 2, n. 3, p. 271-274, 2003.

TURNER L. Bioethics and religions: religious traditions and understandings of morality, health, and illness. *Health Care Analysis*, v. 11, n. 3, p. 181-197, 2003.

VON BORMANN, B. Clinical aspects of packed red cell transfusion. Lessons learned from Jehovah's Witnesses? *Anaesthetist*, v. 56, n. 4, p. 380-384, 2007.

WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. *Jehovah's Witnesses in the Twentieth Century*. Brooklyn: Watchtower Bible and Tract Society of New York, 1989.

WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. *Jehovah's Witnesses: unitedly doing God's will worldwide*. Brooklyn: Watchtower Bible and Tract Society of New York, 1986.

WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. *Pay attention to yourselves and to all the flock*. Brooklyn: Watchtower Bible and Tract Society of New York, 1991.

WEIN, S. Autonomy, paternalism, and the doctor's duty of care. *Palliative Support Care*, v. 4, n. 4, p. 331-332, 2006.

WEINBERGER, M. et al. The treatment of Jehovah's Witness patients. *Social Science & Medicine*, v. 16, n. 19, p. 1719-1723, 1982.

WEST, J. M. (2014). Ethical issues in the care of Jehovah's Witnesses. *Current Opinion in Anaesthesiology*, v. 27, n. 2, p. 170-176, 2014.

WILLEMANN, F. Recusa a tratamento da saúde com fundamento em crença religiosa e o dever do estado de proteger a vida humana. O caso da transfusão de sangue em testemunha de Jeová. *Revista Emerj*, v. 13, n. 1, p. 155-190, 2010.