

PERCEÇÃO DE MÉDICOS SOBRE ALTERNATIVAS À TRANSFUSÃO SANGUÍNEA EM PACIENTES TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

PHYSICIANS' PERCEPTION OF ALTERNATIVES TO BLOOD TRANSFUSION IN JEHOVAH'S WITNESS PATIENTS

Beatriz Oliveira de Souza
Centro Universitário Geraldo Di Biase, Volta Redonda/RJ, Brasil
beatrizoliveirasouzaa271@gmail.com

Mirelle Xavier Antônio
Centro Universitário Geraldo Di Biase, Volta Redonda/RJ, Brasil
mirellexavier813@gmail.com

Marcelo Ribeiro de Almeida Guedes
Centro Universitário Geraldo Di Biase, Volta Redonda/RJ, Brasil
prof.marceloguedes@gmail.com

Resumo

A recusa à transfusão sanguínea por pacientes Testemunhas de Jeová impõe desafios éticos, jurídicos e clínicos à prática médica contemporânea, especialmente em contextos de urgência e risco de morte. Este estudo teve como objetivo analisar o nível de conhecimento e a percepção ética de médicos acerca das alternativas à transfusão de sangue, bem como o respeito à autonomia desses pacientes. Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, apoiada por dados quantitativos, realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado. As questões fechadas foram analisadas por meio de escala Likert, enquanto as respostas abertas foram submetidas à análise temática. Os resultados evidenciaram lacunas significativas no conhecimento sobre estratégias de Patient Blood Management, uma vez que parcela expressiva dos participantes relatou desconhecimento ou baixa confiança na utilização de terapias alternativas à transfusão. Observou-se, ainda, ambivalência ética quanto ao direito do paciente de recusar transfusão em situações de risco iminente, com predomínio de respostas condicionais. Conclui-se que a deficiência formativa e a escassez de diretrizes institucionais comprometem a adoção de práticas clínicas alinhadas aos princípios da autonomia, beneficência e segurança do paciente, evidenciando a necessidade de maior investimento em capacitação profissional e políticas hospitalares específicas.

Palavras-chave Testemunha de Jeová, Transfusão de sangue, Percepções médicas, Terapias alternativas.

Abstract

The refusal of blood transfusions by Jehovah's Witness patients poses ethical, legal, and clinical challenges to contemporary medical practice, especially in contexts of urgency and risk of death. This study aimed to analyze the level of knowledge and ethical perception of physicians regarding alternatives to blood transfusion, as well as respect for the autonomy of these patients. This is a field research study with a qualitative approach, supported by quantitative data, conducted through the application of a semi-structured questionnaire. Closed questions were analyzed using a Likert scale, while open-ended responses were subjected to thematic analysis. The results revealed significant gaps in knowledge about Patient Blood Management strategies, as a substantial portion of participants reported a lack of knowledge or low confidence in the use of alternative therapies to transfusion. Ethical ambivalence was also observed regarding the patient's right to refuse transfusion in situations of imminent risk, with conditional responses predominating. It is concluded that deficiencies in training and a scarcity of institutional guidelines compromise the adoption of clinical practices aligned with the principles of autonomy, beneficence, and patient safety, highlighting the need for greater investment in professional training and specific hospital policies.

Keywords Jehovah's Witness, blood transfusion, medical perceptions, alternative techniques



1. INTRODUÇÃO

A recusa à transfusão de sangue por parte de pacientes Testemunhas de Jeová constitui um desafio significativo no âmbito médico e jurídico, exigindo dos profissionais de saúde uma reflexão aprofundada sobre ética, autonomia e respeito às crenças religiosas.

Um dos fundamentos da religião (e que, por sua vez, justificam a proibição em relação à transfusão de sangue está calcado na interpretação dos seguintes trechos bíblicos:

Tudo o que se rasteja e que vive vos servirá de alimento, bem como a erva que amadurece; eu vos dou tudo. Todavia não comereis carne com vida, isto é, o seu sangue (Gn 9:3,4). Se um homem da casa de Israel ou dos migrantes que aí moram consumir sangue, voltar-me-ei contra o que tiver consumido o sangue, para cortá-lo do meio do seu povo (Lv 17: 10). Com efeito, parece bem ao Espírito Santo e a nós não vos impor outro peso além do seguinte indispensável: que vos abstenhais das carnes sacrificadas aos ídolos, do sangue, da carne sufocada e da impureza. Dessas coisas fareis bem de vos guardar conscienciosamente (Atos 15:28, 29). O povo completamente exausto se atirou sobre os despojos. Lançou mão das ovelhas, bois e bezerras, os degolou no chão e comeu em cima do sangue. Contaram a Saul: o povo, disseram, está pecando contra o Senhor, ao comer em cima do sangue (1Sm 14:32,33).

Segundo Leite (2018), essa recusa tem origem em interpretações bíblicas que consideram o sangue como sagrado e intocável, o que implica a rejeição de qualquer terapia que envolva hemocomponentes. Este cenário é agravado quando os médicos, diante de emergências, precisam tomar decisões rápidas que podem colidir com os valores do paciente.

A literatura indica que, apesar da existência de alternativas terapêuticas à transfusão sanguínea, como a eritropoietina, técnicas de hemodiluição e sistemas de recuperação de sangue (Martinelli *et al.*, 2022), muitos profissionais desconhecem ou têm pouca confiança na aplicação dessas técnicas. Rodrigues (2022) ressalta que esse desconhecimento compromete o respeito à autonomia do paciente e pode levar a conflitos éticos e jurídicos. Além disso, Gonçalves (2017) observa que o debate sobre o direito à vida versus a liberdade religiosa ainda é permeado por decisões judiciais controversas e divergentes interpretações bioéticas.

O atendimento a pacientes Testemunhas de Jeová que recusam transfusões de sangue desafia o paradigma tradicional de cuidado em saúde, que historicamente priorizou o direito à vida acima de outras considerações. Entretanto, como argumenta o código de ética médica (CEM, 2019), o princípio da autonomia da vontade é um direito fundamental e deve ser reconhecido mesmo em situações de risco iminente de morte.

Na prática clínica, muitos profissionais de saúde demonstram incerteza sobre como equilibrar a obrigação de salvar vidas com o respeito às crenças religiosas do paciente (Carvalho; Campos, 2016). Essa lacuna de conhecimento e preparo ético pode resultar em intervenções forçadas, com possíveis consequências legais e violações dos direitos humanos.

Além disso, o avanço de técnicas alternativas à transfusão permite vislumbrar novas possibilidades de tratamento que conciliam eficácia médica com respeito à fé do paciente. A Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH), sobre *Patient Blood Management (PBM)* (2019), discorre sobre a necessidade de inserir no meio acadêmico e ensinar os alunos como utilizar essas técnicas, não só no Brasil, mas de forma universal.

A recusa de transfusão sanguínea pelas Testemunhas de Jeová é um tema que envolve múltiplas dimensões éticas, jurídicas e clínicas. Do ponto de vista bioético, o princípio da autonomia, que assegura ao paciente o direito de decidir sobre o próprio corpo, mesmo em situações de risco de morte, é amplamente debatido (Amâncio, 2018). Contudo, há um constante tensionamento com o princípio da beneficência, que orienta os médicos a agirem em prol da preservação da vida (Gonçalves, 2017).

Na perspectiva jurídica, o ordenamento brasileiro reconhece a liberdade de crença como direito fundamental, conforme previsto no artigo 5º da Constituição Federal. Apesar disso, Carvalho e Campos (2016) ressaltam que a jurisprudência nacional ainda apresenta divergências, com casos em que decisões judiciais autorizaram transfusões compulsórias sob a alegação de proteção à vida, mesmo contrariando a vontade expressa do paciente. Leite (2018) reforça que essas situações evidenciam a necessidade de maior compreensão por parte dos profissionais de saúde acerca dos direitos dos pacientes e suas implicações legais.

Do ponto de vista clínico, Martinelli *et al.* (2022) destacam que o desenvolvimento de técnicas alternativas, como a hemodiluição normovolêmica e o uso de eritropoietina, oferece aos médicos novas possibilidades terapêuticas. Ainda assim, Rodrigues *et al.* (2022) identificaram uma falta de preparo e de confiança por parte dos profissionais para utilizar essas alternativas de forma efetiva. Lima e Byk (2018) também apontam que o desconhecimento sobre essas técnicas pode levar à adoção de práticas que desconsideram a autonomia do paciente, gerando conflitos éticos no ambiente hospitalar.

Além disso, estudos como o de Leite (2018) e de Martinelli *et al.* (2022) evidenciam que a formação médica, em muitos casos, não contempla suficientemente o debate bioético sobre situações-limite como a recusa transfusional, o que reforça a importância de investigações voltadas a entender as percepções e o nível de preparo dos profissionais.

Portanto, esta fundamentação teórica estabelece as bases para a análise crítica proposta neste estudo, articulando os aspectos éticos, jurídicos e técnicos que circundam o atendimento de pacientes Testemunhas de Jeová.

Espera-se que uma parcela significativa dos médicos apresente conhecimento limitado sobre técnicas alternativas à transfusão e percepções éticas divergentes em relação ao respeito à autonomia do paciente, refletindo lacunas na formação e experiência clínica.

Diante disso, a pergunta que orienta esta pesquisa é: qual é o nível de conhecimento e qual a

percepção ética dos médicos sobre a recusa de transfusão sanguínea por Testemunhas de Jeová e as alternativas terapêuticas disponíveis?

Portanto, o objetivo desse artigo é analisar o conhecimento e a percepção de médicos sobre alternativas à transfusão de sangue e o respeito à autonomia de pacientes Testemunhas de Jeová.

2. METODOLOGIA

Este artigo utilizou uma abordagem qualitativa com suporte quantitativo para compreender as percepções dos médicos. Foi utilizado em questionário (anexo I), como instrumento de coleta de dados, em formato digital e disponibilizado em aplicativos de conversas instantâneas, de modo a obter maior alcance do público-alvo da pesquisa.

Os sujeitos de pesquisa foram médicos de diferentes especialidades e tempos de experiência, permitindo captar percepções diversas sobre o manejo de pacientes que recusam transfusões, por concepções religiosas. A seleção dos participantes foi feita por conveniência, sem número previamente definido, sendo o tamanho da amostra determinado pela saturação das informações coletadas. Foi determinada a identificação dos participantes pela ordem em que responderam sendo chamados participante 1 a participante 21.

O instrumento de coleta (questionário) elaborado constituiu-se de quinze questões estruturadas em blocos: dados sociodemográficos e profissionais (seis questões); conhecimento sobre técnicas alternativas à transfusão (três questões); percepções éticas e jurídicas (três questões); e experiências anteriores com pacientes Testemunhas de Jeová (três questões). As questões fechadas (onze questões) utilizaram como respostas uma escala Likert de cinco pontos para avaliar o grau de concordância dos participantes com diferentes afirmações. As questões abertas (quatro questões) permitirão a análise qualitativa das percepções.

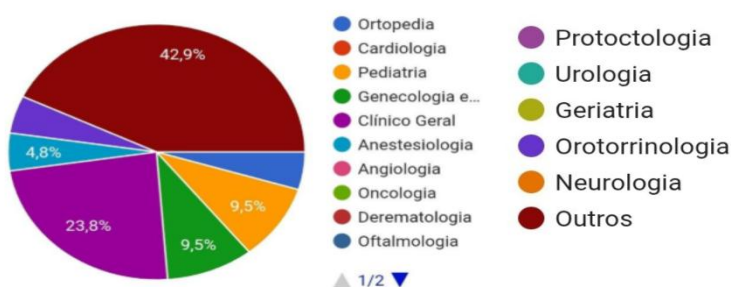
A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Geraldo Di Biase e aprovada sob o CAAE nº 91272125.0.0000.5609 e parecer consubstanciado nº 7.809.798.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa de campo contou com a participação de 21 médicos, sendo 66,7% do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino, com atuação em diferentes especialidades médicas. Observou-se predominância de profissionais jovens, com idade modal de 27 anos (28,6%), e com tempo de atuação profissional entre 0 e 5 anos (61,9%). Esse perfil evidencia uma amostra composta majoritariamente por médicos em início de carreira, aspecto relevante para a interpretação dos achados, uma vez que permite analisar o impacto da formação recente sobre o conhecimento técnico, a percepção ética e a segurança profissional frente à recusa transfusional por motivos religiosos.

Na análise das especialidades médicas, verificou-se que a maior parte dos participantes concentrou-se na categoria “Outros” (42,9%), seguida por Clínico Geral (23,8%), Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia (9,5% cada), conforme figura 1. Tal distribuição sugere uma heterogeneidade de áreas de atuação, mas com maior representação de profissionais que lidam frequentemente com situações clínicas gerais e de urgência, nas quais decisões sobre transfusão sanguínea são mais recorrentes.

Figura 1: Porcentagem das especialidades médicas dos participantes.



Fonte: Os autores, 2026.

Com relação ao tempo de atuação profissional dos participantes a figura 2 expõe que a amostra é composta majoritariamente por indivíduos com pouca experiência na área revelando que 61,9% dos respondentes possuem entre 0 a 5 anos de profissão. Em seguida, a faixa com 11 a 15 anos de experiência é a segunda mais representativa, com 19% dos participantes. As demais categorias, 6 a 10 anos (9,5%), 16 a 20 anos (4,8%) e Mais de 20 anos (4,8%), representam parcelas significativamente menores.

Figura 2: Porcentagem de tempo de atuação profissional.

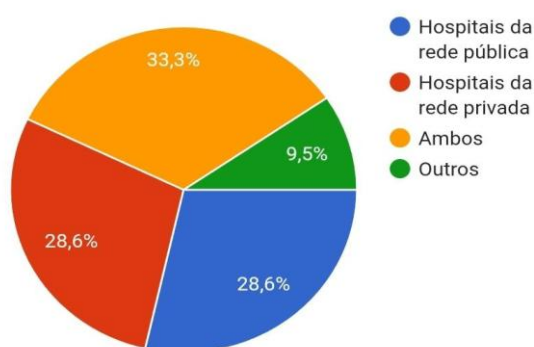


Fonte: Os autores, 2026.

Observando a distribuição dos participantes quanto ao principal local de atuação profissional sugere um equilíbrio entre os setores público e privado, com uma leve predominância na atuação mista. A figura 3 demonstra que a maior parcela dos participantes (33,3%) atua em "Ambos" os ambientes (rede pública e privada), indicando que um terço da amostra possui contato com as

diferentes realidades e desafios de ambos os sistemas de saúde. As redes pública e privada, quando analisadas separadamente, obtiveram a mesma representatividade de 28,6% dos participantes cada. Por fim, 9,5% da amostra atua em "Outros" locais (como consultórios particulares, clínicas ou ensino). Esse dado é relevante, pois indica que os profissionais transitam por contextos assistenciais distintos, nos quais a disponibilidade de recursos, protocolos institucionais e acesso a terapias alternativas pode variar significativamente.

Figura 3: Percentual sobre a localidade de atuação profissional.



Fonte: Os autores, 2026.

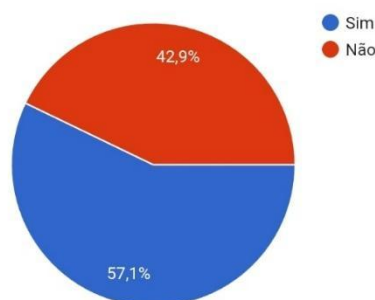
Já em relação a distribuição geográfica dos 21 participantes revelou uma concentração expressiva no estado do Rio de Janeiro, com participação de outras unidades federativas. As cidades que apresentaram a maior frequência de respondentes (moda) foram Volta Redonda, Niterói e Resende, cada uma representando 19,05% da amostra. O Rio de Janeiro (Capital) seguiu com 14,28%. Em conjunto, a região do Sul Fluminense e Niterói corresponde a 71,4% dos respondentes. Fora do estado do Rio de Janeiro, o município de São Paulo (SP) contribuiu com 9,52%, enquanto Minas Gerais (MG) representou 4,76%, indicando que os resultados do estudo tendem a refletir um recorte de realidades da região sul fluminense e Niterói, sendo que as demais regiões houve baixa expressividade amostral.

A análise do conhecimento dos profissionais sobre técnicas alternativas à transfusão de sangue revelou uma lacuna formativa que demanda atenção na formação e prática médica. Conforme a figura 4, embora a maioria dos participantes tenha afirmado conhecer tais técnicas (57,1%), uma parcela significativa de 42,9% declarou nunca ter ouvido falar no tema. Este resultado é particularmente relevante, visto que a falta de familiaridade com as estratégias do *Patient Blood Management* (PBM) e outras terapias que visam otimizar o sangue do paciente coloca em risco a segurança do paciente em contextos em que a transfusão pode ser evitada ou contraindicada (Leite; Silva, 2022).

Do ponto de vista crítico, esse desconhecimento assume maior gravidade quando associado ao perfil jovem da amostra. Esperar-se-ia que médicos recém-formados estivessem mais familiarizados

com práticas contemporâneas recomendadas por diretrizes internacionais, como aquelas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e pela Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH, 2023). No entanto, os resultados sugerem que o PBM ainda não está adequadamente incorporado aos currículos médicos, corroborando a análise de Leite e Silva (2022), que destacam a fragilidade da inserção desse tema na formação médica brasileira.

Figura 4: Porcentagem sobre o conhecimento a cerca das técnicas alternativas de transfusão sanguínea.

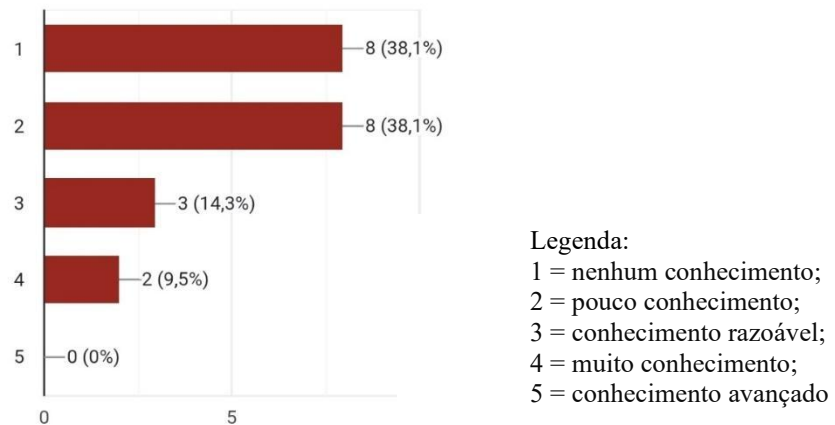


Fonte: Os autores, 2026.

Quando questionados sobre quais terapias alternativas conheciam, apenas 10 participantes responderam, evidenciando novamente a superficialidade do domínio técnico. As técnicas mais citadas foram o Cell Saver e o uso de eritropoetina (40% cada), seguidas por reposição de ferro (20%) expansão de volume sanguíneo (10%), substâncias expansivas plasmáticas (10%), técnicas cirúrgicas (10%), reservas prévias de sangue (10%) e transfusão de plasma (10%). Esses achados indicam que, mesmo entre aqueles que afirmam conhecer alternativas à transfusão, o repertório é restrito e, muitas vezes, limitado a técnicas mais amplamente divulgadas, sem compreensão aprofundada de sua aplicabilidade clínica.

Quando questionados sobre o conhecimento das técnicas alternativas para transfusão sanguínea, 76,2% afirmaram não ter nenhum ou pouco conhecimento, conforme figura 5.

Figura 5: Porcentagem referente ao nível de conhecimento sobre as técnicas alternativas



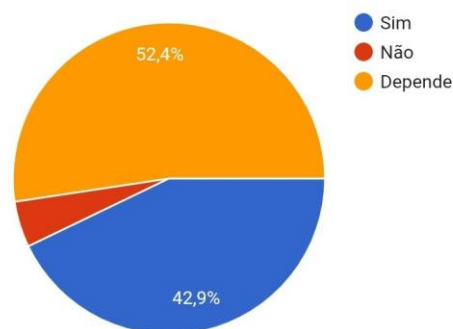
Fonte: Os autores, 2026.

O fato de uma parcela considerável de médicos possuir baixo domínio ou desconhecimento sobre as Terapias Alternativas à Transfusão de Sangue, constitui um dado de alerta, pois indica uma falha na aplicação de práticas baseadas em evidências que são cruciais para a segurança do paciente.

Esse dado converge com os resultados de Rodrigues *et al.* (2022), ao evidenciar que a insegurança profissional não decorre apenas da complexidade técnica, mas da ausência de treinamento prático e institucionalizado, o que impacta diretamente a segurança do paciente e a qualidade da tomada de decisão clínica.

No âmbito ético, a análise das respostas sobre o direito do paciente de recusar transfusão mesmo em risco de vida revelou um cenário de ambivalência significativa. Embora 42,9% dos participantes concordem plenamente com esse direito, 52,4% optaram pela resposta “depende”, evidenciando um posicionamento condicional que reflete o tensionamento entre os princípios da autonomia e da beneficência (Figura 6).

Figura 6: Porcentagem de manifestações de respeito ao direito de o paciente recusar transfusão mesmo em caso de risco de vida.



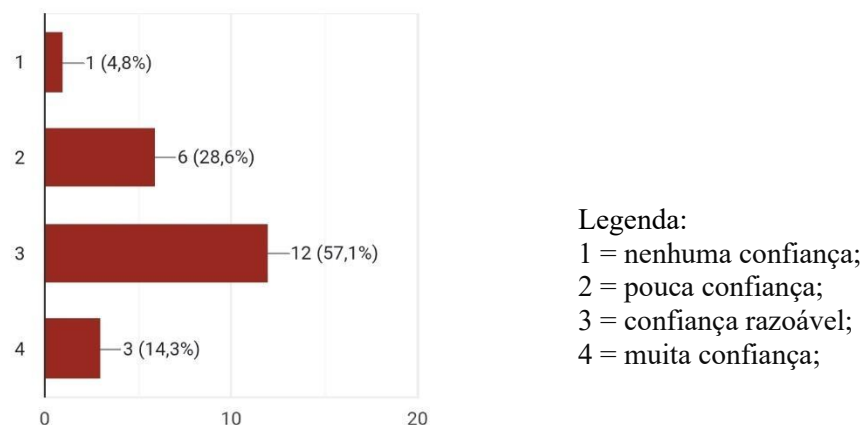
Fonte: Os autores, 2026.

Essa ambivalência é amplamente discutida na literatura. Gonçalves (2017) e Amâncio (2018) destacam que, apesar do reconhecimento jurídico da autonomia do paciente, muitos profissionais ainda priorizam a preservação da vida biológica como valor absoluto, especialmente em contextos de urgência. Os discursos coletados nas questões abertas reforçam essa análise, ao demonstrarem que a aceitação da recusa transfusional está frequentemente condicionada à idade, ao grau de consciência do paciente e à existência de risco iminente de morte.

A distinção recorrente entre adultos capazes e menores de idade, observada nas falas dos participantes, converge com o entendimento jurídico consolidado pelo Supremo Tribunal Federal e com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Esse resultado evidencia que, embora exista maior clareza normativa quanto à proteção de crianças e adolescentes, ainda persiste insegurança no manejo de adultos plenamente capazes, sobretudo quando não há protocolos institucionais claros que respaldem a decisão médica.

No que se refere à confiança para manejar clinicamente pacientes Testemunhas de Jeová respeitando sua decisão, a maioria dos participantes classificou sua confiança como razoável (57,1%), enquanto 33,2% relataram pouca ou nenhuma confiança (Figura 7).

Figura 7: Percentual da confiança em manejar pacientes Testemunha de Jeová.



Fonte: Os autores, 2026.

Esse achado reforça a noção de que o conhecimento teórico limitado e a escassez de experiências práticas contribuem para a insegurança profissional, conforme já apontado por Carvalho e Campos (2016).

A ausência de orientações institucionais formais, relatada por 60% dos participantes, emerge como um fator crítico. A falta de protocolos claros transfere ao médico a responsabilidade individual por decisões altamente complexas, aumentando o risco de condutas heterogêneas, conflitos éticos e

judicialização. Tal resultado converge com Leite (2018) e Martinelli *et al.* (2022), que defendem a implementação de diretrizes institucionais baseadas no PBM, na bioética e na legislação vigente como estratégia essencial para qualificar o cuidado e proteger tanto o paciente quanto o profissional.

As respostas às questões abertas permitiram aprofundar a compreensão das percepções éticas e das experiências clínicas vivenciadas pelos participantes diante da recusa transfusional por pacientes Testemunhas de Jeová. As falas evidenciam que, embora o princípio da autonomia seja reconhecido, sua aplicação prática ocorre de forma condicionada, especialmente quando envolvem situações de risco iminente ou pacientes menores de idade.

Uma das falas mais representativas desse posicionamento foi a do Participante 1, que explicitou a distinção entre adultos capazes e crianças:

Participante 1: “Crianças que são testemunha de Jeová porque os pais são e por isso, os pais decidem que a criança não deve receber transfusão e isso colocar em risco a vida da criança, deveriam ser exceção à regra. Em casos de adultos, se conscientes e lúcidos, assinando termo de consentimento e negando de forma legalizada o procedimento, nada poderá ser feito de forma obrigatória.”

Essa fala revela alinhamento parcial com o princípio da autonomia, conforme previsto na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) e no Código de Ética Médica (CEM, 2019), ao reconhecer o direito de adultos capazes recusarem tratamento. Entretanto, ao estabelecer exceções rígidas para menores de idade, o discurso reforça a priorização do princípio da proteção integral, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), evidenciando a complexidade ética envolvida nesses casos. Tal posicionamento converge com a literatura jurídica e bioética, que reconhece limites à autonomia quando há incapacidade legal ou risco grave à vida (Carvalho; Campos, 2016; Gonçalves, 2017). Nesse sentido, os achados deste estudo convergem com Medeiros *et al.* (2023), que evidenciam que a tomada de decisão médica em situações de recusa terapêutica tende a ser marcada por ambivalência ética, sobretudo quando há risco iminente de morte ou quando o paciente não é plenamente capaz do ponto de vista legal.

Outras falas demonstraram a prevalência de uma concepção deontológica da prática médica, na qual o compromisso com a preservação da vida é compreendido como valor absoluto, ainda que em tensão com a autonomia do paciente. Um dos participantes fundamentou sua posição no juramento médico realizado durante a graduação:

Participante 3: “Eu prometo solenemente consagrar minha vida ao serviço da humanidade; a saúde e o bem-estar de meu paciente serão as minhas primeiras preocupações; Respeitarei a autonomia e a dignidade do meu paciente; guardarei o máximo respeito pela vida humana.”

A evocação direta do juramento evidencia como a formação médica tradicional ainda enfatiza fortemente os princípios da beneficência e da não maleficência, o que, em situações de urgência, pode levar à relativização da autonomia do paciente. Esse achado dialoga com Amâncio (2018) e

Gonçalves (2017), que apontam que muitos profissionais interpretam o dever de salvar vidas como justificativa ética suficiente para intervenções compulsórias, sobretudo em cenários críticos.

As experiências clínicas relatadas pelos participantes reforçam essa tensão entre princípios éticos e limitações técnicas. Em contextos de emergência, as falas evidenciam a percepção de insuficiência das terapias alternativas frente a quadros de sangramento agudo:

Participante 6: “Terapias medicamentosas não apresentam resposta imediata em casa de sangramento agudo. O paciente veio a óbito por hemorragia digestiva.”

Esse relato explicita a associação entre a gravidade clínica e a insegurança quanto à eficácia das alternativas à transfusão, corroborando Lima e Byk (2018), que destacam as dificuldades do manejo “bloodless” em situações de trauma e hemorragias extensas. Resultados semelhantes são discutidos por McCartney *et al.* (2014), que demonstram que o manejo sem transfusão pode ser realizado mesmo em contextos cirúrgicos de alta complexidade, porém exige equipes experientes, protocolos rigorosos e infraestrutura adequada, fatores que ajudam a explicar as limitações e os desfechos desfavoráveis relatados por alguns participantes deste estudo.

Por outro lado, alguns participantes relataram tentativas de conciliação entre alternativas terapêuticas e transfusão, quando consentida:

Participante 7: “Paciente vítima de trauma, gestante. Eventualmente necessitou de transfusão sanguínea consentida devido instabilidade hemodinâmica e preocupação com saúde fetal, mas manejada inicialmente com EPO, ferro, B12 e folato.”

Esse relato demonstra que, quando há planejamento e possibilidade de intervenção progressiva, estratégias do Patient Blood Management podem ser utilizadas como primeira linha, ainda que não excluam totalmente a necessidade transfusional em situações extremas, conforme apontado por Martinelli *et al.* (2022).

Nos cenários eletivos, as falas indicam maior possibilidade de adoção de alternativas à transfusão e respeito à decisão do paciente, como observado nos relatos a seguir:

Participante 15: “Durante a especialização houve uma paciente com cirurgia eletiva para retirada de útero (histerectomia) e foi realizada reserva de sangue da própria paciente antes do procedimento.”

Participante 16: “Paciente com quadro de miomatose uterina, sangramento uterino anormal e necessidade cirúrgica, porém recusou transfusão caso fosse necessário, houve manejo clínico da paciente e suspensão do procedimento até segunda ordem.”

Essas falas evidenciam que, em contextos não emergenciais, o respeito à autonomia tende a ser mais viável, permitindo planejamento terapêutico e uso de estratégias alternativas, conforme defendido por Leite (2018) e ABHH (2023). Contudo, também revelam limitações assistenciais, como o adiamento de procedimentos cirúrgicos, o que pode impactar a qualidade de vida e a evolução clínica do paciente.

Por fim, relatos envolvendo óbitos e decisões impostas reforçam o impacto emocional e ético dessas situações na prática médica:

Participante 17: “Lactente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, pais testemunhas de Jeová, sendo feita a transfusão de sangue. Os pacientes que acompanhei eram graves, devido a comorbidades de base, com piora devido fratura de fêmur (sangramento elevado), que vieram a óbito mesmo tentando alternativas a transfusão sanguínea.”

Esses relatos evidenciam que, na ausência de protocolos institucionais claros e capacitação específica, as decisões tendem a ser tomadas de forma reativa, centradas no risco imediato, o que reforça a sobreposição do princípio da beneficência sobre a autonomia. Tal achado converge com Carvalho e Campos (2016) e Martinelli *et al.* (2022), ao apontar que a falta de diretrizes institucionais contribui para condutas heterogêneas e insegurança profissional. Conforme destacado no Manual de *Patient Blood Management* do PRÓ-SANGUE (2022), a implementação institucional do PBM contribui para a redução da necessidade de transfusões, padroniza condutas clínicas e oferece respaldo técnico e ético ao profissional de saúde, aspecto ainda ausente na realidade relatada pelos participantes desta pesquisa.

4. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a recusa à transfusão sanguínea por pacientes Testemunhas de Jeová permanece como um desafio ético, técnico e institucional significativo na prática médica contemporânea. Embora parte dos profissionais reconheça formalmente o princípio da autonomia do paciente, sua aplicação prática mostra-se condicionada por fatores como risco iminente de morte, idade do paciente, insegurança clínica e ausência de respaldo institucional. Tal cenário revela que a autonomia, apesar de juridicamente assegurada, ainda é frequentemente relativizada no cotidiano assistencial.

A análise quantitativa demonstrou lacunas relevantes no conhecimento e na confiança dos médicos quanto às técnicas alternativas à transfusão sanguínea, especialmente no que se refere ao PBM. Esses achados foram corroborados pela análise qualitativa das falas dos participantes, que evidenciaram insegurança técnica, limitações formativas e dificuldade de aplicação dessas estratégias, sobretudo em contextos de urgência e emergência. Em contrapartida, observou-se maior viabilidade do uso de alternativas à transfusão em cenários eletivos, nos quais há possibilidade de planejamento terapêutico, diálogo ético e organização assistencial.

As falas dos participantes também revelaram a persistência de uma lógica predominantemente paternalista na formação médica, na qual o princípio da beneficência e a preservação da vida biológica tendem a se sobrepor à autonomia do paciente, especialmente em situações críticas. Esse tensionamento ético se manifesta de forma ainda mais intensa na assistência a menores de idade,

evidenciando a necessidade de maior clareza normativa e formativa quanto aos limites da autonomia e ao papel do médico frente à proteção integral da criança e do adolescente.

Outro achado central diz respeito à ausência de protocolos institucionais claros sobre o manejo de pacientes que recusam transfusão sanguínea. A falta de diretrizes transfere ao profissional a responsabilidade isolada por decisões complexas, aumentando a insegurança clínica, a heterogeneidade das condutas e o risco de conflitos éticos e judicialização. Nesse sentido, o estudo reforça a necessidade urgente de implementação de políticas institucionais baseadas em evidências científicas, princípios bioéticos e legislação vigente, capazes de orientar a prática profissional e proteger tanto o paciente quanto o médico.

Dessa forma, conclui-se que a qualificação do cuidado a pacientes Testemunhas de Jeová exige investimentos estruturais na formação médica, com maior inserção do PBM nos currículos de graduação e educação continuada, além do fortalecimento de espaços de reflexão bioética e da elaboração de protocolos assistenciais específicos. Ao evidenciar convergências e tensões entre teoria, prática e experiência profissional, esta pesquisa contribui para o debate acadêmico e assistencial, apontando caminhos para uma prática médica mais ética, segura e respeitosa da autonomia do paciente.

REFERÊNCIAS

AMANCIO, B. (2018). O princípio da autonomia da vontade, o direito à vida e as excludentes da responsabilidade civil médica nos casos de transfusões de sangue em Testemunhas de Jeová. **Universidade Presbiteriana Mackenzie**.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA, HEMOTERAPIA E TERAPIA CELULAR (ABHH). **Consenso da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular sobre Patient Blood Management**. São Paulo: ABHH, 2023. Disponível em: <https://abhh.com.br/consenso/consenso-pbm14.pdf>.

CARVALHO, M. C.; CAMPOS, T. R. (2016). O estigma religioso imposto às Testemunhas de Jeová no Brasil em face da não aceitação da transfusão de sangue. **Universitas Jus**, 27(3), 156-172.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2005. 13 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf.

FONTOURA H. A. Tematização como proposta de análise de dados na pesquisa qualitativa. In: FONTOURA, H. A. (Org.) **Formação de professores e diversidades culturais: múltiplos olhares em pesquisa**. Niterói: Intertexto, 2011.

GONÇALVES, T. C. (2017). Paradoxal relação da vida versus morte e a transfusão de sangue nas Testemunhas de Jeová. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, 6(3), 177-197.

MEDEIROS, L. et al. Fatores envolvidos na decisão de doar ou não sangue por acadêmicos da área da saúde. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 45, p. S657–S658, 1 out. 2023.

LEITE, Ana C.; SILVA, Bruno G. A Inserção do Patient Blood Management na Formação Médica Brasileira: um Estudo de Caso. **Revista de Educação Médica**, v. 46, n. 3, p. 110-125, set. 2022.

LEITE, I. R. T. (2018). Transfusão de sangue em pacientes Testemunhas de Jeová. **Universidade Presbiteriana Mackenzie**.

LIMA, G. L.; BYK, J. (2018). Trauma e transfusão sanguínea precoce: o desafiante manejo de hemorragias em Testemunhas de Jeová. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 45(6), e 1974.

MARTINELLI, A. E. et al. **Técnicas alternativas à transfusão de sangue dos pacientes Testemunhas de Jeová: uma revisão bibliográfica**.

MCCARTNEY S. et al. **Witnesses and cardiac surgery: a single institution's experience**. **Transfusion Practice**. 09 May 2014;54(10pt2):2745-52.

PRÓ-SANGUE. Manual PBM: Patient Blood Management. 2. ed. São Paulo: **Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo**, 2022. Disponível em:
<https://prosangue.sp.gov.br/uploads/arquivos/Manual%20PBM%20%202a%20educacao%20-%202022.pdf>.

RODRIGUES, Q. P. S. et al. Transfusão de sangue e hemocomponentes para as Testemunhas de Jeová: revisão de escopo. **Revista Enfermagem UERJ**, 30, e65063.

ZHAO JC, et al. A Review of Growth Factor Support in Bloodless Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplant. **Biology of Blood and Marrow Transplantation**. Out 2019; 25(10): e305-e309.