

Recusa às transfusões de sangue:

Qual a melhor solução para o conflito médico-usuário?

Ana Lesia Subotin Tavares¹

Elias Melo de Oliveira²



A recusa às transfusões de sangue proporciona conflitos entre os profissionais médicos e os usuários de serviços de saúde. Com o intuito de compreender os motivos que levam a esse posicionamento, buscou-se identificar na literatura brasileira os argumentos utilizados pelos profissionais e pelos usuários. Foi feita uma revisão da literatura realizada por meio de dois estágios de busca envolvendo os descritores em saúde e a busca de artigo nas bases de dados virtuais em saúde. Foram selecionados oito textos que destacam a posição dos profissionais médicos e dos usuários, com embasamento legal, além de possíveis soluções para o conflito. Percebeu-se a existência de motivos clínicos, éticos, religiosos e legais como justificativa para a recusa às transfusões de sangue, e que a melhor solução é uma tomada de decisão política que leva em consideração os interesses de todos os atores envolvidos e os aspectos econômicos relacionados. A literatura brasileira disponível sobre o assunto é escassa, contudo infere-se dela que as decisões relacionadas a esse conflito devem sempre objetivar o melhor tratamento ao usuário, levando em consideração os custos envolvidos. São necessários mais estudos sobre o assunto, determinando o ponto de vista dos profissionais médicos e dos usuários.

Introdução

A transfusão de sangue é amplamente utilizada pelos profissionais médicos para tratamento de pacientes com anemia crônica ou com grandes perdas de sangue decorrentes de cirurgias ou traumas. Alguns pacientes recusam essa modalidade terapêutica por questões religiosas, éticas e científicas. Contudo, muitos desses pacientes aceitam estratégias terapêuticas alternativas às transfusões.

No Brasil, surgem algumas questões sobre o fato de essas estratégias alternativas não serem plenamente utilizadas como demandado por alguns usuários. Alguns dos fatores responsáveis por essa não utilização são o desconhecimento por parte dos médicos, o custo considerado elevado, a praticidade das transfusões e a indisponibilidade dos métodos. A divergência entre a conduta preconizada pela classe médica e o desejo dos pacientes proporciona conflitos (FONSECA, 2011).

Buscou-se identificar neste artigo quais são os principais argumentos fundamentados pelos profissionais médicos e pelos usuários de serviços de saúde que levam a esse conflito e, em seguida, qual é a melhor maneira de solucioná-lo.

¹ Fonoaudióloga. Pós-graduanda em Audiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Ouvidoria Geral do Estado de Minas Gerais.

² Gestor de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-graduando em Epidemiologia.



Método

A revisão da literatura tem como objetivo a sustentação teórica para discutir o tema da pesquisa, possibilitando traçar um quadro conceitual contemporâneo do assunto abordado. Esta é uma revisão desenvolvida com produção científica realizada com base em dois estágios de busca.

No primeiro estágio foi realizada uma busca dos seguintes descritores no *site* Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>): Transfusão, Sangue, Recusa. O segundo estágio envolveu uma busca indexada nas seguintes bases de dados: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDEF (Base de Dados em Enfermagem), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e Cochrane, que focalizam a “Transfusão” como descritor principal e “Sangue” e “Recusa” como descritores adicionais.

O critério para a seleção dos artigos selecionados foi apresentar no título ou no resumo os descritores utilizados na pesquisa. Foram considerados os periódicos científicos publicados em língua portuguesa, por se tratar de aspectos da legislação com abrangência no Brasil, e a partir do ano de 1995, uma vez que nessa década intensificaram-se os questionamentos pela classe científica quanto à eficácia dos tratamentos com sangue e desenvolvimento de estratégias alternativas às transfusões. Foram excluídos os textos encontrados em duplicidade durante a pesquisa ou que não se enquadraram nos descritores.

Resultados

Foram encontrados 566 textos; destes, 12 em língua portuguesa. Após a exclusão dos textos em duplicidade e dos que não se enquadraram nos descritores, foram contemplados oito. Os textos destacam (1) a posição dos médicos diante desse tema, (2) a posição dos usuários de serviços de saúde perante esse tema e (3) qual é a melhor maneira de se administrar esse conflito.

Posição dos profissionais médicos

Dentre as justificativas identificadas pelos autores e que promovem a opção da utilização do sangue pela classe médica, mesmo em face da negativa do paciente, as principais são: adequação e respeito às normas e regulamentos ao que eles entendem como sendo preconizados pela Constituição Federal de 1988 e o Código Penal Brasileiro; e atuação em conformidade com os Conselhos Federal e de Ética levando em consideração os princípios da bioética, sendo eles: a autonomia; a beneficência; a não maleficência e a justiça (FONSECA, 2011; GRINBERG; CHEHAIBAR, 2010; CHEHAIBAR, 2010).

Segundo Fonseca (2011), a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, é uma das principais alegações por parte dos profissionais médicos em utilizar as transfusões de sangue, uma vez que a sua não utilização colocaria em risco o direito à vida, garantido constitucionalmente. Agir de forma contrária configuraria, segundo esses profissionais, um desrespeito ao princípio bioético da beneficência, uma vez que o sangue poderia resguardar ou manter a vida do usuário (CHEHAIBAR, 2010).

Ainda usado como alegação por parte dos médicos para defender a utilização do sangue, mesmo contra a vontade do paciente, o Código Penal do Brasil, de 1940, em seu artigo 135, evidencia que o médico não deve deixar de aplicar um tipo de tratamento, ou insumo, quando este estiver em condições de fazê-lo, caso contrário, configuraria omissão de socorro (LEITE SEGUNDO et al., 2007).

Em conformidade com o Código Penal, o Conselho Federal de Medicina, Resolução 1.021/80, determina que em caso de iminente risco de o paciente perder a vida, o médico deverá realizar transfusões de sangue, ainda que sem o consentimento deste ou de seus responsáveis (GRINBERG; CHEHAIBAR, 2010).

O médico poderia responder por eventuais processos judiciais ao desconsiderar os referidos artigos e resolução e, além disso, estaria em desacordo com o princípio bioético da não maleficência, uma vez que ao deixar de utilizar o sangue como tratamento disponível, proporcionaria danos ao usuário (CHEHAIBAR, 2010; LEITE SEGUNDO et al., 2007).

O posicionamento tomado pelos indivíduos que optam pelo tratamento sem sangue, em sua grande maioria, é influenciado por fatores religiosos (FONSECA, 2011; GRINBERG; CHEHAIBAR, 2009). Esse padrão, segundo os profissionais, descaracteriza o princípio bioético da autonomia exigida pelo usuário, uma vez que sua decisão está sendo influenciada por terceiros, no caso, autoridades religiosas (CHEHAIBAR, 2010; LEITE SEGUNDO et al., 2007).

Por fim, quando existe a possibilidade do tratamento sem sangue, há profissionais e gestores que justificam a sua não utilização em virtude da possível injustiça que tal tratamento proporcionaria aos outros usuários de serviços de saúde, opondo-se a outro princípio da bioética: a justiça. Este tratamento é compreendido como oneroso e inviável, e sua utilização em um grupo específico de usuários incitaria a exigência de tratamentos também onerosos e inviáveis para os demais usuários da rede, pautada pelas diretrizes da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, artigos 196 e 198 da Constituição de 1988 (FONSECA, 2011; CHEHAIBAR, 2010).

Posição dos usuários de serviços de saúde

Os usuários de serviços de saúde argumentam que a Constituição e os mesmos regulamentos, normas e Conselhos servem de base para sua posição em favor da não utilização de sangue. E, além disso, segundo os autores, as justificativas dos usuários para a opção por tratamentos sem sangue vão além das religiosas. Os aspectos clínicos, bioéticos e legais também fundamentam tal escolha, ou seja, a ideia de que tais pacientes são meros religiosos que não aceitam sangue é equivocada. Tal concepção desses usuários

faz com que eles sejam vistos pelos médicos e juristas como estranhos morais, uma vez que estes discordam da posição adotada por eles (CHEHAIBAR, 2010; AZAMBUJA; GARRAFA, 2010; KIPPER, 1997).

Há um consenso na literatura de que não existe uniformidade quanto à correta utilização das transfusões de sangue, e que tais estão relacionadas A riscos imunológicos e de infecção, reações imediatas e tardias como as alérgicas ou hemolíticas, além da possibilidade de imunossupressão e sobrecarga de volume circulatório ou de ferro (LEITE SEGUNDO et al., 2007; IMBELLONI et al. 2005). O Ministério da Saúde do Brasil define a captação, os testes e a conservação desse insumo como dispendiosos e onerosos, preconizando a redução de sua utilização para o mínimo possível. E ainda que muito tenha se desenvolvido no que tange à segurança do sangue, este não está isento de riscos, sendo seu uso totalmente indesejável por grupos de usuários de serviços de saúde (IMBELLONI et al. , 2005; GRINBERG; CHEHAIBAR, 2009; BRASIL, 2010).

Ainda nessa linha de raciocínio, no que se refere ao tratamento de pacientes anêmicos ou daqueles em que se busca evitar possível anemia, por exemplo, o limiar transfusional adotado pelos estabelecimentos em saúde na atualidade é minimamente contestável. Imbelloni et al. (2005) apontam que há na literatura níveis de hemoglobina iguais a 1,1 grama por decilitro de sangue e que há evidências de que uma taxa aproximada de 4 gramas por decilitro de sangue é tolerada em pacientes em grandes cirurgias. Kipper (1997), por sua vez, relatou que pacientes podem ser tratados sem transfusão com níveis baixos de hemoglobina – no caso demonstrado por este, o valor foi de 2,1 gramas por decilitro de sangue. Em suma, é possível manter as mesmas taxas de mortalidade, ou reduzi-las, apenas por diminuir o limiar transfusional, inclusive em pacientes internados em unidade de terapia intensiva ou politraumatizados, uma vez que o uso liberal do sangue está associado a uma taxa de mortalidade mais elevada (CHEHAIBAR, 2010; IMBELLONI et al., 2005).

Por outro lado, o uso de estratégias alternativas às transfusões de sangue tem sido disseminado entre a comunidade médica mundial como a solução para a crescente demanda por essa inovação, uma vez que, além de ser considerada com melhor custo-benefício se comparada às transfusões, reduz o tempo de internação do paciente e é de fácil produção e armazenamento. Além de seus benefícios econômicos, a utilização de estratégias alternativas às transfusões de sangue tem sido considerada mais segura, prática e eficiente do que o sangue, sendo utilizadas na maioria das nações mais desenvolvidas, como Estados Unidos, Japão, Austrália, Inglaterra, Bélgica e vários outros países da Europa (FONSECA, 2011; CHEHAIBAR, 2010; KIPEER, 1997).

Em virtude do acima exposto, há países em que os profissionais, por livre escolha de conduta, não aplicam sangue independentemente do estado de saúde do usuário, como é o caso do Japão e da Inglaterra, onde os médicos entendem ser de direito do paciente aceitar ou recusar um tratamento (GRINBERG; CHEHAIBAR, 2009, 2010). Tal comportamento profissional, que corresponde ao princípio bioético da autonomia, tem sido observado também no Brasil. Ainda, segundo Grinberg e Chehaibar (2010), numa enquete feita com 564 médicos cardiologistas no Instituto do Coração em São Paulo, 56,7% aceitam tratar pacientes que optam por não receberem sangue, sendo que 22,7% não transfundiriam em nenhuma hipótese.

Para Fonseca (2011), para que o ser humano seja definido como autônomo, este deve decidir sobre todas as questões relacionadas a si mesmo, não somente no sentido biológico, mas também sobre todos os outros valores que são atribuídos por ele à sua vida. Tal conceito está de acordo com a Organização Mundial da Saúde e a lei orgânica do SUS nº 8.080/90, artigo 3º, que definem a saúde como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (SILVA, WAISSMANN, 2010).

Em consonância com o que entendem como autonomia, os usuários que optam por tratamento sem sangue, por escolha religiosa, argumentam que a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 5º, define o direito à vida como igual direito à liberdade religiosa, ambos direitos fundamentais do cidadão, e que, portanto, manter-se vivo está além da sua manutenção biológica, e ainda continuar vivendo com bem-estar social, psicológico, emocional e espiritual (LEITE SEGUNDO et al., 2007).

Nesse contexto, deve-se levar em consideração que o Estado é laico, portanto toda decisão médica ou jurídica não deve levar em consideração juízo de valor moral, ou seja, não deve haver uma hierarquia tanto religiosa quanto de outro qualquer valor que se atribua a um aspecto da sociedade. Em outras palavras, o valor que é atribuído ao direito de viver como ao direito de liberdade religiosa depende do indivíduo, assim como depende de cada pessoa escolher como deseja continuar vivendo. O valor que se atribui à vida, como biológica, e vida não biológica é diferente para cada pessoa. Do contrário, haveria um totalitarismo de valores, não uma sociedade pluralista (FONSECA, 2011).

Há aqueles que optam pelo tratamento sem sangue em virtude de valores não espirituais. Para estes, a Portaria MS/GM nº 1.820 de 2009 serve de argumentação para o não consentimento à transfusão, uma vez disposto no artigo 4º, incisos IX e XI, o direito que a pessoa tem de escolher tratamentos alternativos, bem como considerar a possibilidade de recusa ou até mesmo recusar o tratamento inicialmente proposto (FONSECA, 2011; CHEHAIBAR, 2010). Segundo o princípio da legalidade, abrangido pelo inciso II, artigo 5º da Constituição Federal de 1988, ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer algo que não seja em prol do cumprimento da lei. Nesse contexto, e de acordo com o artigo 6º, parágrafo único, inciso V da Portaria MS/GM nº 1.820 de 2009, nenhum profissional médico é obrigado a tratar a pessoa quando esta o livra de tal responsabilidade, cabendo, portanto, à própria pessoa, responsabilizar-se pelas consequências daquilo que o profissional entende como recusa (FONSECA, 2011; CHEHAIBAR, 2010; LEITE SEGUNDO et al., 2007).

O Código Civil brasileiro, capítulo II, dos direitos da personalidade, no artigo 15, define que nenhum tratamento médico, inclusive cirurgias, mesmo em face de iminente risco de perder a vida, deve ser imposto à pessoa quando não há o consentimento desta em aceitar. Tal artigo coaduna com o princípio da autonomia pressuposto pela bioética e a Constituição Federal de 1988 (CHEHAIBAR, 2010; LEITE SEGUNDO, 2007).

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, bem como o Código de Ética Médica, principalmente nos artigos 6º, 32, 46, 48, 53, 56, 59, 64 e 70, abordando os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, colocam-se, de forma geral, a favor do direito de que a pessoa tem de optar pelo que ela entende ser a melhor forma de tratamento, e conseqüentemente a recusa ao que entende ser desfavorável a sua vida, em todos os aspectos a que essa se dispõe (CHEHAIBAR, 2010; LEITE SEGUNDO, 2007).

Solução do conflito

Sob o aspecto legal, há uma heterogeneidade nas interpretações que se têm sobre esse conflito pelos médicos e pelos juristas. A Constituição Federal de 1988, o Código Civil e o Código de Ética Médica, em suma, têm-se colocado a favor do direito da escolha do paciente. Por outro lado, o Código Penal e o Conselho Federal de Medicina estipulam que o médico deve determinar qual é a melhor terapêutica. Contudo, entende-se que a Constituição de 1988 deve prevalecer sobre os demais, privilegiando, portanto, os direitos do paciente de recusar ou aceitar um tratamento, envolto ao princípio da autonomia (FONSECA, 2011; CHEHAIBAR, 2010; KIPPER, 1997).

A implantação de um programa de medicina e cirurgia sem sangue ou programa de conservação de sangue, por meio de uma equipe multidisciplinar, foi o melhor meio de administrar a questão da opção pelos tratamentos sem sangue e intermediar tais

conflitos nos países mais desenvolvidos. Tal solução, além de ser uma tendência também nos países em desenvolvimento, é possivelmente aplicável nos estabelecimentos de saúde no Brasil (FONSECA, 2011; LEITE SEGUNDO et al., 2007; KIPPER, 1997; IMBELLONI et al., 2005).

Este programa tem se mostrado bem-sucedido porque envolve os profissionais da ponta do serviço, neste caso os médicos, bem como os outros profissionais da instituição, como a assistência social e a equipe de enfermagem, junto à Colih (Comissão de Ligação com Hospitais)³, e tem como finalidade fundamentar um protocolo específico para esses usuários em questão. Os resultados têm beneficiado médicos, usuários e o estabelecimento de saúde, levando em consideração os pontos de vista bioético, clínico e econômico (CHEHAIBAR, 2010; LEITE SEGUNDO et al., 2007; AZAMBUJA; GARRAFA, 2010; IMBELLONI et al., 2005).

Discussão

A literatura brasileira se apresenta de forma tímida quanto a esse tema se comparado à literatura internacional. Dos 566 textos encontrados, apenas nove eram de filiação brasileira; por sua vez, 86 textos eram de filiação americana. Tal característica literária pressupõe um descompasso literário brasileiro em relação à referência mundial quanto às pesquisas sobre o assunto — Estados Unidos —, destacando, portanto, o campo vasto para investigação do tema.

Um dos motivos do não tratamento é a busca pela integralidade por parte dos profissionais médicos. Ao paciente que opta por um tratamento livre de transfusão de sangue, existe o estigma de que o seu tratamento será mais oneroso em comparação ao mesmo onde lhe é administrado sangue, e que ao tratar de forma integral a pessoa que recusa o tratamento com sangue, estaria indo de encontro ao princípio da isonomia. Tal posicionamento é equivocado, uma vez que as alternativas às transfusões têm sido consideradas com melhor custo-benefício em relação à terapêutica transfusional, por poderem ser produzidas em escala industrial, armazenadas em temperatura ambiente e não acrescentarem grandes gastos iniciais às instituições e sim mudanças significativas em protocolos, como alteração de limiar transfusional. Porém, ainda que fosse mais caro, não estaria ferindo o princípio constitucional da isonomia, porque, como configura a diretriz da Equidade do SUS, os diferentes devem ser tratados de forma diferente.

Entender que a condição de continuidade da vida do paciente resume-se às características clínicas e biológicas, sem levar em consideração a dignidade da pessoa, o que inclui a religiosidade no caso dos que recusam as transfusões por motivos religiosos, seria o mesmo que reprimi-lo à mera condição de animal, esquecendo-se de seus sentimentos, emoções, pensamentos, valores e ideais, eximindo assim o direito que a pessoa tem de viver com dignidade e o direito de propriedade sobre seu próprio corpo, direitos estes descritos fundamentais na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 5º. Além disso, os que optam por tratamento sem sangue por motivos religiosos recusam a transfusão total, bem como de seus hemocomponentes, mas são susceptíveis aos tratamentos com hemoderivados, uso de *cell saver* durante as cirurgias, hemodiálise, entre outros, desde que sejam discutidos anteriormente com o paciente (AZAMBUJA; GARRAFA, 2010).

Há alguns aspectos que não foram abordados pelos autores, como os pacientes que recebem grandes números de transfusões ou transfusões contínuas como no tratamento de neoplasias, hemofilia, leucemia, anemia falciforme e talassemia. Existe, portanto, um amplo campo de investigação para a literatura brasileira que permitiria perceber os benefícios e os malefícios das transfusões

³ Na busca de soluções não contenciosas, as Testemunhas de Jeová, conhecidas por não aceitarem transfusões, criaram uma equipe que tem por objetivo manter contato constante com médicos e hospitais, visando encontrar profissionais e serviços de saúde dispostos a colaborar, utilizando tratamentos alternativos às transfusões. Essa comissão é conhecida como Colih (ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIA E TRATADOS, 2016).

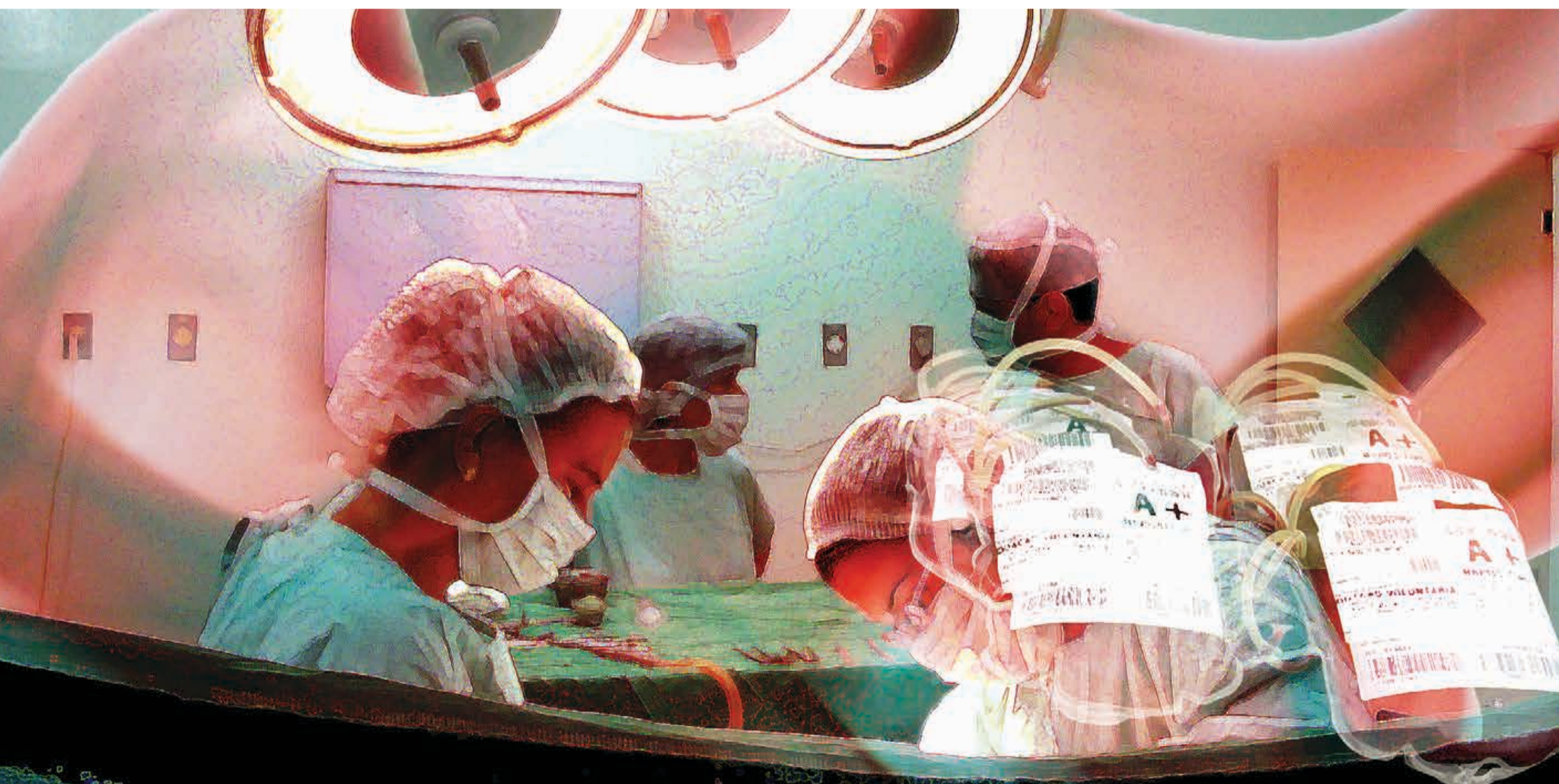
nesse grupo específico, bem como se as estratégias alternativas às transfusões de sangue seriam ou não aplicáveis também a esses usuários, ainda que na literatura internacional o conceito que se tem tanto pelas transfusões quanto pelas alternativas a elas seja o mesmo que o apresentado neste artigo.

A Lei de Transplantes de Órgãos e Tecidos, nº 9.434/97, também não foi abordada pelos autores, apesar de constituir importante argumento à recusa de transfusões. No artigo 10º, tal lei preconiza que qualquer transplante – e nesse âmbito as transfusões são entendidas como transplantes de tecido – deve apenas ser efetivado caso haja o consentimento devidamente expresso e esclarecido pela pessoa que receberá o órgão ou tecido.

Abre-se então o precedente, com a lei acima referida, de que outras formas de tratamento também sejam questionadas quanto aos seus riscos, benefícios e alternativas, permitindo à pessoa aceitar ou não ser tratada por meio de um consentimento livre e esclarecido. Exemplo disso pode ser observado nos pacientes muçulmanos ou judeus que se recusam a aceitar qualquer substância, fluido ou parte corporal advindo de suínos, como os *stands*. Outros exemplos são encontrados nas pessoas que recusam tratamento de neoplasias por meio de quimioterapia ou radioterapia, além daqueles que recusam a amputação de membros ou manobra de ressuscitação (KIPPER, 1997).

O Artigo 17 do Estatuto do Idoso, lei nº 10.741/2003, garante ao idoso o direito de recusar ou aceitar os tratamentos de saúde a ele propostos mesmo em iminente risco de perder a vida. O mesmo artigo define que, em caso de incapacidade da pessoa idosa de optar, a escolha deve ser feita pelo curador⁴ ou pela família, sendo o médico somente a terceira pessoa legalmente responsável pela escolha do paciente. Nesse sentido, é plenamente justificável que esse direito seja também ampliado às pessoas com menos de 60 anos.

A tradição hipocrática faz com que os médicos coloquem o princípio da beneficência acima do princípio da autonomia. Essa característica se deve à aceitação da população brasileira dessa imposição hierárquica vertical existente entre o profissional médico e a



população, visto que a população que opta por tratamentos alternativos é pequena em relação à população total do Brasil (FONSECA, 2011; KIPPER, 1997). Porém, segundo Fonseca (2011), não existe paternalismo, ou pelo menos não deveria existir, numa sociedade em que a pessoa é identificada como ser autônomo. Contudo, essa característica social e demográfica populacional está evoluindo, nivelando horizontalmente o conflito médico-usuário (FONSECA, 2011; CHEHAIBAR, 2010; FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2008).

Em uma sociedade definida como pluralista, que preconiza a democracia, pressupõe-se que esta não seja vista com características constitucionais totalitárias. Nesse contexto, entender as políticas e leis como privilegiando um grupo em detrimento de outro é tão errôneo quanto deixar de abranger todas as partes de grupos que compõem a sociedade. Ou seja, os valores preconizados pelos profissionais médicos não estão acima dos valores defendidos pelos que preferem tratamentos sem sangue (FONSECA, 2011; IMBELLONI et al., 2005).

A implantação de um programa de gerenciamento do sangue ou de um programa de medicina e cirurgia sem sangue mostra-se eficaz na redução de conflitos entre médicos e pacientes nos estabelecimentos de saúde. Esse programa pode ser definido como uma inovação de tecnologia leve, leve-dura e dura de característica incremental, radical e disruptiva, como conceituado por Tidd et al. (1997).

É considerada como inovação de tecnologia leve a mudança de protocolo caracterizada pela adoção de um limiar transfusional mais restritivo, em que é aceitável a maior perda de sangue pelo paciente durante a cirurgia, ao mesmo tempo que se aumenta o hematócrito inicial do paciente por meio de fármacos e dieta individualmente estabelecida. Por sua vez, a adoção da política de educação continuada e a implantação de novas técnicas e sistemas informatizados, que proporcionam aos profissionais a adequação do programa às características hospitalares e a utilização deste, podem ser caracterizadas como inovações de tecnologia leve-dura. Ambas as inovações acima podem ser entendidas como inovações incrementais. Tal concepção se dá pelo fato de que essas inovações são propostas pela gestão do estabelecimento de saúde, discutidas com os profissionais sobre sua melhor formulação e adequação às especificidades do estabelecimento, bem como o treinamento dos profissionais.

Por sua vez, a compra e utilização do *cell saver*, bisturi cauterizador, entre outros, ou seja, tecnologia dura, pode ser considerada uma inovação radical no contexto brasileiro por se tratar de um equipamento relativamente novo no país, e, por isso, demanda-se um alto investimento inicial, uma vez que é produzido e ofertado por poucas organizações.

Ainda que haja concepções distintas para cada uma das inovações tecnológicas apresentadas pelo programa estabelecido, no geral o programa de gerenciamento e conservação de sangue pode ser considerado uma inovação disruptiva. Em curto prazo, tal inovação implicará mudanças apenas dentro dos estabelecimentos, contudo, em longo prazo, essas mudanças serão observadas também na política nacional de sangue. Nesse caso, os bancos de sangue e seus profissionais, bem como o fundo que os financiam, serão os mais afetados. Ou seja, haverá mudanças organizacionais e mercadológicas também em outros segmentos.

Segundo Schumpeter (1934), inovações são fundamentais para o desenvolvimento das organizações e, conseqüentemente, da economia em geral. Os hospitais nos países mais desenvolvidos mostraram-se inovadores porque perceberam a necessidade de programas de gerenciamento ou conservação de sangue como principal meio de solução dos conflitos envolvendo médicos e usuários, sendo benéfico para todos os autores envolvidos.

Conseqüentemente, nesses países a viabilização desses programas se apresenta de forma mais avançada, uma vez que os insu-

4 Curador é alguém designado pelo juiz para responsabilizar-se por um adulto declarado incapaz. Este representa, administra e zela pelos seus bens, direitos e garantias fundamentais (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ, 2016).

mos que contribuem para a sua efetivação no segmento hospitalar já são produzidos e ofertados em escala industrial por diversas organizações. O aumento da demanda por esses produtos desloca as curvas de demanda e oferta para a direita, aumentando a elasticidade-preço da demanda, o que proporciona a redução de preços. Essa diminuição de preços viabiliza ainda mais a oferta e inserção dos produtos no segmento hospitalar (SILVA; WAISSMANN, 2010).

Além disso, esses programas atuam como bens substitutos à terapêutica transfusional tradicional no mercado de saúde. E, uma vez que o aumento da renda está positivamente relacionado ao aumento da utilização dos programas sem sangue e negativamente relacionado ao uso do sangue, em corolário, a terapêutica transfusional tradicional deve ser compreendida, economicamente, como bem inferior (SILVA; WAISSMANN, 2010). Pode-se concluir então que quanto mais o país é desenvolvido, maior será a utilização dos programas de medicina e cirurgia sem sangue.

Por sua vez, no Brasil, apesar de já serem observados exemplos desse programa, como no Instituto do Coração, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Albert Einstein, Hospital Regional de Franca e Hospital Saulo de Tarso, todos no Estado de São Paulo, a produção desses insumos se limita a poucas organizações e, conseqüentemente, no curto prazo, é considerada cara, inviável e indisponível nos estabelecimentos de saúde. No entanto, estes já observam benefícios clínicos imediatos e econômicos no médio e no longo prazo. O traço de desenvolvimento e inovação observado nos estabelecimentos acima citados condiz com o estigma de que as organizações estão intensificando sua tomada de decisão com base em fatores políticos e econômicos, e que as inovações tecnológicas em saúde demandam mais tempo para serem efetivadas nos serviços de saúde do que nos outros segmentos (FOLLAND; GOODMAN; STANO, 2008).

O artigo 1º, do atual Código de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina, em suma, diz que a medicina e os profissionais detentores desse saber estão a serviço do ser humano. Diante disso, o principal ator ou sujeito nesse caso passa a ser o usuário dos serviços de saúde. Os profissionais médicos, juntamente com a equipe inteira, os protocolos e a estrutura devem ser entendidos como meros coadjuvantes, ferramentas utilizadas pelas instituições no atendimento aos usuários, uma vez que o Sistema Único de Saúde brasileiro foi discutido, fundamentado e estruturado pelo povo e para o povo.

Entende-se neste artigo tais programas como uma ferramenta de gestão que coloca todos os atores que fomentam esse conflito sob o mesmo patamar de discussão, objetivando o melhor para o usuário. Para tanto, deve-se promover a resiliência dos profissionais em virtude das inovações também quando os valores dos pacientes diferem dos preconizadas por eles. Onde ainda não existe um programa de gerenciamento e conservação de sangue, as transfusões de sangue não devem ser encaradas como a única, nem como a melhor terapêutica para o paciente, conforme os autores sugerem. Contudo, a tomada de decisão política pode proporcionar um bem-estar aos usuários bem como às instituições e profissionais, evitando impetração em juízo de causas, em decorrência dos conflitos que poderiam ser facilmente resolvidos de forma política.

Defende-se a tese de que, no caso brasileiro, quanto mais desenvolvido for o país, maior será o ideal da população, dos profissionais médicos e dos juristas, em prol da não utilização das transfusões de sangue, privilegiando assim a utilização das estratégias alternativas às transfusões de sangue. Tal tese fundamenta-se por duas características observadas nos países mais desenvolvidos: a primeira é o desenvolvimento tecnológico no segmento de saúde e a exigência da população pelos tratamentos alternativos, uma vez que estes geram benefícios a todos os pacientes e não somente aos que recusam receber transfusões; a segunda é a escassez do insumo sangue, em decorrência do envelhecimento populacional, uma vez que este aumenta o número dos que, teoricamente, necessitariam de transfusões e, paralelamente, ocorre a redução da população doadora.

Conclusão

Para o profissional médico, a falta de um protocolo padrão predefinido, a inexistência de insumos necessários para o tratamento sem sangue, bem como o desconhecimento da prática da utilização das estratégias alternativas fomentam o conflito. Torna-se necessário, portanto, um investimento em educação continuada, em que seria privilegiada a resiliência do profissional diante de mudanças organizacionais e tecnológicas.

O Estado, bem como as instituições e os estabelecimentos de saúde, devem adequar os serviços de tal forma que as diretrizes do Sistema Único de Saúde, de equidade e integralidade, sejam respeitadas. Equidade em vista de que os diferentes sejam tratados de forma diferente, o que não romperia com o ideal da isonomia. E integralidade, uma vez que é dever do Estado financiar a assistência visando o melhor tratamento possível aos seus usuários, do início ao fim de sua terapêutica.

Cabe ao gestor, administrar o conflito de forma política, articulando os interesses de médicos, usuários e organização, que devem sempre convergir para o melhor tratamento ao usuário, levando em consideração os aspectos econômicos.

Referências bibliográficas

ASSOCIAÇÃO TORRE DE VIGIA DE BÍBLIA E TRATADOS. Comissão de Ligação com Hospitais. Disponível em: <<https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/contatos-comissao-ligacao-hospitais-colih/brazil/>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

AZAMBUJA, L. E. O.; GARRAFA, V. Testemunhas de Jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados. *Revista Associação Médica Brasileira*, Brasília, v. 56, n. 6, p. 705-710, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia para o uso de hemocomponentes*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010.

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

FOLLAND, S.; GOODMAN, A. C.; STANO, M. A economia da saúde. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

FONSECA, A. C. C. Autonomia, pluralismo e a recusa de transfusão de sangue por testemunhas de Jeová: uma discussão filosófica. *Revista Bioética*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 485-500, 2011.

GRINBERG, M.; CHEHAIBAR, G. Z. Conduta em paciente testemunha de Jeová sob o enfoque da bioética. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, vol. 93, n. 5, 2009, pp. 85e.

_____; _____. Enquete Testemunha de Jeová. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 6, p. 765-766, 2010.

IMBELLONI, L. E.; BEATO, L.; ORNELAS, A.; BORGES, C. R. J. Manuseio de grave diminuição de hemoglobina em paciente jovem,

testemunha de Jeová, submetido à proctocolectomia total. Relato de caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 5, p. 538-545, 2005.

KIPPER, D. J. Até onde os pais têm o direito de decidir sobre os filhos? *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 73, n. 2, p. 67-74, 1997.

LEITE SEGUNDO, A. V.; BARROS, K.M.A.; AXIOTES, E. C. G.; ZIMMERMANN, R. D. Aspectos éticos e legais na abordagem de pacientes testemunhas de Jeová. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 16, n. 4-6, p. 257-265, 2007.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. Centro de Apoio Operacional de Justiça Cíveis, Familiares e de Liquidações Extrajudiciais. Disponível em: <<http://www.civel.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=9>>.

Acesso em: 14 jan. 2016.

SILVA, F. S.; WAISSMANN, W. Normatização, o Estado e a saúde: questões sobre a formalização do direito sanitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 237-244, 2010.

SCHUMPETER, J. A. *The theory of economic development: An inquiry into profits, capital, credit, interest, and the business cycle*. Boston: Harvard University Press, 1934.

TIDD, J.; BESSANT, J.; PAVITT, K. *Managing innovation: Integrating technological, market, and organization change*. New York: Wiley and Sons, 1997.