



Campus da Quinta do Bom Nome , Estrada Correia 53, 1500-210 Lisboa | Portugal
Telf: (+351) 21 030 9900 | mestrados@universidadeeuropeia.pt



Adriana Figueiredo Ferreira

Estudos dos Dilemas Éticos e Estratégias de Coping adotadas por Profissionais de Saúde face à Recusa de Transfusões de Sangue por Motivos Religiosos

Prof. Dr. Miguel da Venda Nery

2021/2023

**ADRIANA
FIGUEIREDO
FERREIRA**

**ESTUDOS DOS DILEMAS ÉTICOS E
ESTRATÉGIAS DE COPING ADOTADAS
POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FACE
À RECUSA DE TRANSFUSÕES DE
SANGUE POR MOTIVOS RELIGIOSOS**

2021-2023

**ADRIANA
FIGUEIREDO
FERREIRA**

**ESTUDOS DOS DILEMAS ÉTICOS E
ESTRATÉGIAS DE COPING ADOTADAS
POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FACE
À RECUSA DE TRANSFUSÕES DE
SANGUE POR MOTIVOS RELIGIOSOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Tecnologia da Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a orientação científica do Prof. Dr. Miguel Venda da Graça Nery, professor auxiliar da Universidade Europeia.

Agradecimentos

Gostaria de dedicar a presente Dissertação em primeiro lugar ao meu pai e à minha mãe sem os quais o meu percurso académico não seria possível.

À Catarina, por ter estado sempre presente na minha vida.

Ao meu orientador Professor Dr. Miguel Nery por me ter acompanhado até ao último dia e ao seu apoio incondicional ao longo destes quase 2 anos.

À Márcia, por ser a maior Inspiração tanto a nível pessoal, quanto a nível académico.

Às amigas que a faculdade me proporcionou, obrigada!
Inês Faria, Margarida Lalande, Yanessa de Moraes e Patrícia Djaló.

Resumo

Background: A recusa de transfusões de sangue por motivos religiosos é, até aos dias de hoje um tema que continua a gerar dilemas éticos nas práticas clínicas e, por isso, deve ser entendido como um tema relevante, tendo em conta que existem profissionais de saúde a lidar com estas questões no seu quotidiano.

Objetivos: Analisar a forma como os profissionais de saúde interpretam os dilemas éticos que advêm da recusa das transfusões de sangue por parte das Testemunhas de Jeová, e descrever como agem face aos mesmos.

Método: Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais a cinco profissionais de saúde: um diretor hospitalar, uma enfermeira, um psicólogo, uma especialista de neonatologia e uma assistente social. A recolha de dados ocorreu entre março e junho de 2022. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo Temática.

Resultados: Os resultados sugerem que, nos casos em que existem dilemas éticos, os especialistas, em função do seu grau de proximidade com os pacientes (intervenção direta ou indireta), dividem-se sobre a posição a adotar. Os especialistas que trabalham diretamente com os doentes defendem que o Direito à Autonomia prevalece, enquanto os que não têm contacto direto defendem que o Direito à vida prevalece. As estratégias utilizadas pelos profissionais são, a de informar integralmente e de forma adaptada o paciente sobre a sua condição clínica e os possíveis tratamentos como também a procura de informação junto da equipa multidisciplinar de saúde. Quando se tratam de menores de idade a equipa é unânime na defesa do Direito à Vida.

Conclusão: Perante os dilemas apresentados aos profissionais de saúde sobre a recusa de transfusões de sangue por parte dos TJ, existem duas posições dominante quanto a pacientes maiores de idade: Uma posição considera que o Direito à Autonomia deve prevalecer sobre qualquer decisão (enfatizando a responsabilidade pessoal), enquanto uma segunda posição considera que o Direito à Vida deve prevalecer.

Quando se trata de pacientes menores de idade a Equipa Multidisciplinar de Saúde (EMS) é unânime na defesa da prevalência do Direito à vida (colocando-o acima da liberdade pessoal do menor e dos pais). As diferentes posições remetem para modos de atuação consonantes, com implicações práticas relevantes.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde; Testemunhas de Jeová; Transfusão de Sangue; Profissionais de Saúde; Coping; Dilemas Morais.

Abstract

Background: The refusal of blood transfusions on religious grounds is, to this day, a topic that continues to generate ethical dilemmas in clinical practices and, therefore, should be understood as a relevant issue, considering that there are health professionals dealing with these issues in their daily lives.

Objectives: To analyze how health care professionals interpret the ethical dilemmas that arise from Jehovah's Witnesses' refusal of blood transfusions, and describe how they act upon them.

Method: This is an exploratory and qualitative study. Semi-structured interviews were conducted with five healthcare professionals, namely, a hospital director, a nurse, a psychologist, a neonatal specialist, and a social worker. Data collection occurred between March and June 2022. The data were analyzed using Thematic Content Analysis.

Results: The results suggest that, in cases where ethical dilemmas exist, experts, depending on their degree of proximity with patients (direct or indirect intervention), are divided about the position to adopt. Experts who work directly with patients defend that the Right to Autonomy prevails, while those who do not have direct contact defend that the Right to Life prevails. The strategies used by professionals are to fully and adequately inform patients about their medical condition and possible treatments, as well as to seek information from the multidisciplinary health team. When dealing with minors, the team is unanimous in defending the Right to Life.

Conclusion: Facing the dilemmas presented to health professionals on the refusal of blood transfusions by JWs, there are two dominant positions regarding patients of legal age: One position considers that the Right to Autonomy should prevail over any decision (emphasizing personal responsibility), while a second position considers that the Right to Life should prevail.

When it comes to underage patients the Multidisciplinary Health Team (MHCT) is unanimous in defending the prevalence of the Right to Life (placing it above the personal freedom of the minor and the parents). The different positions refer to consonant modes of action, with relevant practical implications.

Keywords: Health Psychology; Jehovah's Witnesses; Blood Transfusion; Health Professionals; Coping; Moral Dilemmas.

Índice de Conteúdos

Resumo	6
Abstract	7
Índice de Conteúdos	8
Lista de Abreviaturas	10
Introdução	11
Enquadramento Teórico	15
1. Psicologia da Saúde e Testemunhas de Jeová	15
2. Comportamentos de Saúde	16
2.1 Testemunhas de Jeová e a proibição das Transfusões de Sangue	17
2.2 Testemunhas de Jeová menores de idade	18
3. Dilemas	19
3.1 Desenvolvimento Moral	19
3.2 Dilemas Éticos e Consentimento Informado	23
3.3 Desenvolvimento Moral e relação médico-paciente	23
3.4 Coping	24
3.4.1 Identificação de Estratégias	25
3.4.2 Estratégias de Coping em Contexto Clínico	25
3.4.3 Direito Pediátrico	26
Metodologia	28
Tipo de Estudo	28
Participantes	28
Instrumento	28
Procedimentos	29
Construção do Instrumento	29
Validação do Instrumento	29
Considerações Éticas	30
Recolha de Dados	30
Análise de Dados	30
Resultados e Discussão	32
Comportamento de Saúde	
Sensibilização dos Pacientes e Discussão da EMS	33
Dilema – Direito à Vida vs. Princípio da Autonomia	

Pacientes Adultos	34
Pacientes menores de idade	38
Recomendações	40
Inclusão dos Responsáveis Legais na EMS	40
Importância da Anamnese	42
Revisão de Regulamentos	43
Sensibilização do Corpo Clínico	43
Conclusão	45
Forças e Limitações do estudo	45
Sugestões para intervenções futuras	46
Implicações para a Prática Clínica	46
Referências Bibliográficas	47
Anexos	56
Anexo I. Parecer da Comissão de Ética para a intervenção da Universidade Europeia..	56
Anexo II. Guião de Entrevista	57
Anexo III. Consentimento Informado	63
Anexo IV. Declaração de recusa de transporte e/ou procedimentos médicos	64
Anexo V. Tabela de Categorias	65
Anexo VI. Transcrição Entrevista Diretor Hospitalar	70

Lista de Abreviaturas e Siglas

AC: Análise de Conteúdo

CS: Comportamentos de Saúde

TJ: Testemunhas de Jeová

PS: Psicologia da Saúde

EMS: Equipa Multidisciplinar de Saúde

Introdução

Em 2014 existiam cerca de 7.5 milhões de Testemunhas de Jeová (TJ) em todo o mundo (Chand et al., 2014). Em 1945, foi introduzida uma doutrina na religião que desaprova o consumo, armazenamento e transfusões de sangue humano, baseando-se no princípio da vida. Segundo a religião TJ, a vida é considerada uma dádiva de Deus que não deve ser sustentada utilizando o sangue sob qualquer circunstância, nem mesmo numa situação emergente (Hendrickson, 2013).

De acordo com Chand et al. (2014) devido a esta especificidade da religião, quando se tratam de TJ em contexto clínico, é comum que surjam dilemas profissionais a nível clínico, mais especificamente na área de atuação dos médicos (devido a recusas da utilização do sangue). Numa situação em que uma TJ se encontre num contexto em que seja necessário fazer uma transfusão de sangue a mesma devido à sua religião encontrasse ‘impedida’. Estes dilemas ocorrem, devido à colisão entre Direitos Fundamentais, nomeadamente, o Direito à Vida e o Direito de Liberdade Religiosa.

O Direito à Vida parte da premissa da vida humana ser inviolável, comportando consigo a proteção da mesma (Constituição da República Portuguesa [CRP], 2005).

O Direito da Liberdade Religiosa visa garantir a liberdade da consciência e do culto (Liberdade religiosa, n.d.).

Para além dos Direitos descritos anteriormente, é necessário considerar ainda os Princípios da Autonomia, da Beneficência e da não Maleficiência (Alves et al., 2000).

O Princípio da Autonomia, prevê que indivíduos capacitados possam decidir por si, relativamente a questões sobre o seu corpo e/ou a sua vida, enquanto que o Princípio da Beneficência, refere-se à obrigação moral do profissional de saúde de agir em benefício do outro, de modo a maximizar o benefício e minimizar o prejuízo, o Princípio da Não-Maleficiência, trata-se da obrigação de não infligir dano intencional (Diário da República, 2016). O equilíbrio entre os Direitos Humanos Fundamentais, princípios éticos importantes (que guiam a ação dos profissionais de saúde), e a prática quotidiana a nível hospitalar é por vezes precário, existindo situações extremas (dilemas éticos) nas quais são necessários decidir qual a solução menos prejudicial, de modo a maximizar os ganhos e reduzir as perdas, o que pode acarretar consequências para pacientes, corpo clínico e hospital.

A discussão em torno do Dilema Ético que confronta o Direito à Vida e o Direito à Liberdade Religiosa (quando impossíveis de sobrepor e coexistirem, como no caso de recusas

de transfusão de sangue), é até aos dias de hoje, um tema bastante atual e controverso, sendo que estes cenários se repetem na atualidade (Policastro, 2011).

Nos casos ou nas situações em que existe uma recusa de transfusão de sangue por motivos religiosos, e os pacientes envolvidos são maiores de idade é necessário que o paciente que recuse tratamento, assine um termo de Recusa de Procedimentos, (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2022). Nestes casos, o médico não pode proceder a uma transfusão de sangue, sendo obrigado a respeitar a vontade do doente, que evoca motivos religiosos. No entanto, e considerando que os médicos têm uma enorme responsabilidade e devem zelar pela saúde e bem-estar dos seus doentes, levanta-se um dilema que vai para além de questões meramente práticas. É importante considerar que se trata de um indivíduo que jurou a sua honra (Juramento de Hipócrates) com o objetivo de defender vidas (Viegas, 2015) e que se vê impedido de o fazer.

Quando se trata de menores, com idade igual ou superior a 16 anos, é necessária uma avaliação psicológica, para compreender se o menor possui o discernimento necessário para recusar uma intervenção médica. Esta avaliação é pedida pelo tribunal (Vale Noivo & Silva Dias, 2018). Após esta avaliação, o menor pode ou não, ser considerado maduro para negar a transfusão. Aquando do parecer positivo, é necessário que o mesmo assine o consentimento da recusa transfusão de hemoderivados¹. Uma grande parte dos hospitais possui políticas e/ou documentos inerentes, para o consentimento e para a recusa das transfusões de hemoderivados (Hendrickson, 2013), em Portugal esse documento denomina-se como Termo de Recusa de Procedimentos Médicos (Anexo IV).

Em Portugal, quando ocorrem situações em que um menor de idade igual ou inferior a 16 anos precise de transfusão de sangue, e este ou os seus representantes legais se oponham à intervenção com base nas suas crenças religiosas, a responsabilidade parental é transferida temporariamente ao Estado, até a intervenção médica estar finalizada (Vale Noivo & Silva Dias, 2018).

Os dilemas por vezes causam desconforto, desta forma, não existe uma solução ideal, tentando adotar-se a solução menos prejudicial. Devido ao fato de ser uma situação tão complexa, existem equipas multidisciplinares a cargo deste tipo de situações. Equipas multidisciplinares (EMS), são equipas que comportam uma panóplia de especialidades, sendo uma delas a Psicologia. Os Psicólogos da área da Saúde, são fundamentais quando estamos perante cenários de Recusa de Transfusões de Sangue por parte das TJ, pois desempenham

¹ Derivados de sangue.

funções de uma enorme importância, como por exemplo a Psicoeducação aos prestadores de cuidados e apoio psicológico às famílias (Hoffman, 2016).

A presente dissertação tem como objetivos, analisar a forma como os profissionais de saúde interpretam os dilemas éticos que advêm da recusa das transfusões de sangue por parte das TJ, e descrever como agem face aos mesmos. Para tal, neste estudo foram apresentados um conjunto de dilemas éticos reais aos participantes - 1) diretor hospitalar; 2) psicólogo; 3) especialista de neonatologia; 4) enfermeira; 5) assistente social, e foi-lhes solicitado para que analisassem as situações e descrevessem como atuariam, justificando a sua linha de ação. As estratégias de coping descritas foram analisadas com base no nível de desenvolvimento moral subjacente que sustentou as decisões clínicas, práticas e processuais.

Os dilemas resultam de um conflito cognitivo, é então necessário que se adotem um conjunto de comportamentos específicos para fazer face aos mesmos. De forma a analisar as interpretações dos dilemas e os comportamentos adotados por parte dos profissionais de saúde - assim como a ação decorrente desta leitura da realidade, tiveram-se em consideração diversas variáveis, entre elas o Coping, Desenvolvimento Moral, o Direito Pediátrico e os Comportamentos de Saúde.

Na presente dissertação, será feita uma reflexão das variáveis fundamentais consideradas na análise dos dilemas éticos relativos a um comportamento de saúde específico – recusa de transfusão de sangue por motivos de natureza religiosa -, seguida de uma revisão sobre as diversas formas de proceder (estratégias de coping) dos profissionais de saúde face aos mesmos. Será tida em consideração, o enquadramento legal que rege a ação destes mesmos profissionais de saúde em contexto hospitalar.

O presente estudo está dividido em três capítulos. O primeiro capítulo, é iniciado com uma contextualização relativa à Psicologia da Saúde e a Recusa das Transfusões de Sangue por motivos religiosos, neste capítulo está explicado o papel dos Psicólogos da área da Saúde nos casos em que surgem dilemas deste tipo e as diversas funções que os mesmos realizam.

No segundo capítulo, é abordado um comportamento de saúde específico – transfusão de sangue, comportando ainda dois subcapítulos, que dizem respeito às Testemunhas de Jeová e à proibição das Transfusões de sangue, aqui é contextualizada a parte histórica por de trás da religião e o tema das Testemunhas Jeová menores de idade, onde serão contextualizados os procedimentos com estes pacientes.

O terceiro capítulo foca-se na temática dos Dilemas Morais. Aqui, são consideradas sub-capítulos, referentes a variáveis importantes para a compreensão das formas de atuação face aos mesmos. Começamos por abordar o Desenvolvimento Moral, de forma a tentar

explicar os estágios de desenvolvimento em que os profissionais de saúde se encontram, de modo a justificar as ações tomadas, Dilemas Éticos e Consentimento Informado, Desenvolvimento moral e relação médico-paciente, o Coping, a Identificação de Estratégias que os profissionais de saúde adotam, em conjunto com o desenvolvimento moral para justificar a tomada de decisão, Estratégias de coping em contexto clínico, e por fim, o Direito Pediátrico, que explica a legislação por de trás de determinadas decisões.

Finalizando a explicação das variáveis acima mencionadas, terá início o capítulo da metodologia, este capítulo tem como objetivo explicar o método utilizado na pesquisa: o tipo de estudo; descrever os participantes - representantes de uma equipa multidisciplinar de saúde; Descrever o instrumento, trata-se de uma entrevista semi-estruturada; Procedimentos - construção do instrumento, o guião da entrevista foi criado tendo por base os dilemas morais de Kholberg; Validação do instrumento, o mesmo foi sujeito a processos de validação complementares; Considerações Éticas, foi submetido um pedido á Comissão de Ética com a descrição do estudo; Recolha e Análise de dados.

A discussão consiste numa análise de conteúdo (AC) do material recolhido junto da EMS.

Surgiram três temas principais, resultantes da AC, sendo estes, Sensibilização dos Pacientes e Discussão da EMS; Dilema – Direito à vida vs. Princípio da Autonomia (pacientes adultos e pacientes menores de idade); Recomendações – Inclusão dos Responsáveis na EMS; Importância da Anamnese; Revisão de Regulamentos e a Sensibilização do Corpo Clínico. Para cada um dos temas, fizemos uma discussão com base nas variáveis consideradas.

Enquadramento Teórico

O tema da presente dissertação – Estudos dos Dilemas Éticos e estratégias de coping adotadas por profissionais de saúde face à recusa de transfusões de sangue por motivos religiosos -, tem sido alvo de atenção pela comunidade científica, maioritariamente no âmbito médico, ético e do Direito.

Médico, uma vez que são os profissionais que têm de lidar de forma mais direta com este tipo de situações, e tomar decisões importantes para a saúde dos doentes, num contexto de dilema ético. Ético, na medida em que Direitos Fundamentais e Princípios Éticos colidem e a Ética tenta dar respostas aos mesmos. Da área do Direito sendo que, perante o surgimento de Dilemas Éticos, é necessário que haja legislação para guiar as ações (Chand et al., 2014; Conti et al., 2018; Félix, 2022; Garraud et al., 2014; Hendrickson, 2013; Shugart et al., 2013; Vale Noivo & Silva Dias, 2018; Xu et al., 2019). Foram feitos estudos no âmbito médico, mas, no que concerne à psicologia clínica e da saúde, existe uma escassez de produção científica e, tendo em consideração a importância da Psicologia, sendo esta fundamental para compreender e analisar esta questão bem como as suas implicações práticas, como também os contributos adjacentes, o nosso trabalho vai forçar-se nas estratégias de coping, desenvolvimento moral e no âmbito da Ética/Direito.

1. Psicologia da Saúde e a Recusa das Transfusões de sangue por motivos religiosos

A Psicologia da Saúde (PS) tem como objetivo aproximar a Psicologia de diferentes profissionais de saúde. A PS é considerada mais apropriada e específica para estabelecer a intervenção psicológica na área da saúde e a que melhor parece adequar-se às necessidades da prática clínica. Para a PS, o fundamental é trabalhar com as vivências que o sujeito expressa e/ou projeta e não tanto o problema de saúde em si, assim sendo, não é fundamental saber se o indivíduo partiu uma perna ou se está com tuberculose pulmonar, o importante é compreender quais as formas e os motivos que o indivíduo utiliza para lidar com os acontecimentos que experiencia (Teixeira & Leal, 1990).

No que diz respeito à recusa das Transfusões de Sangue em Testemunhas de Jeová, o papel dos Psicólogos da área da Saúde, nestes casos é o de serem consultados para realizarem diversas funções como, a psicoeducação aos demais prestadores de cuidados, estarem presentes

nas consultas entre o médico e a família de forma a que a família compreenda todas as recomendações médicas, realizarem a avaliação da possível necessidade de apoio psicológico às famílias e em alguns casos convocar os líderes da fé e/ou membros da comunidade de forma também a prestar apoio à família (Hoffman, 2016). Desta forma, a intervenção do psicólogo em momentos de crise é de extrema importância tanto para o paciente, como para a família de forma a lidarem com as diversas situações da forma menos conflituosa psicologicamente possível (Coelho & Silva, 2012).

O papel do psicólogo no contexto hospitalar, é o de funcionar como um membro de ligação da tríade, paciente, família e equipa multidisciplinar de saúde, o psicólogo atua como interlocutor dos desejos e das vontades do paciente e dos seus familiares de forma a que seja possível proporcionar a melhor qualidade no decorrer do tratamento por parte dos profissionais e da própria instituição (Coelho & Silva, 2012). Através deste trabalho feito pelo psicólogo, o seu objetivo é também o de aproximar o paciente da sua realidade para que este possa de forma clara lidar com a intervenção que possa ser necessária realizar (Nunes & Sousa, 2016).

O psicólogo hospitalar tem como objetivo, orientar o processo de doença – internamento – tratamento e as ações que dificultem e/ou agravem a doença do paciente, tanto a nível orgânico e/ou psicológico. O seu papel, passa também por ir de encontro aos profissionais das restantes áreas e/ou auxiliá-los no diagnóstico e tratamento do paciente, através da comunicação (Zito, 2007).

2. Comportamentos de saúde

Comportamentos de Saúde (CS), podem ser determinados como uma ação que cada individuo desenvolve, não obstante do seu estado de saúde, tendo assim como intuito a manutenção, promoção e proteção da saúde (Lei nº 95/2019, 4 de setembro – Lei de bases da Saúde). Segundo Pender (1990), os CS podem também ser definido como comportamentos preventivos, o que significaria um conjunto de ações tanto coletivas como singulares, praticadas de forma arbitrária pelo sujeito, minimizando desta forma situações de risco. Por outro lado, Mellborn (2015), considera que os CS consistem em atitudes, que influenciam diretamente a sua saúde (de forma positiva ou negativa, por exemplo: se tenho uma atitude mais favorável à saúde, tenho maior propensão para ter comportamentos de dieta, sono, exercício, e afins e vice-versa). Os comportamentos que podem ser considerados comportamentos de saúde são diversos, como por exemplo: tabagismo; uso de substâncias; a

qualidade do sono (por exemplo: número de horas dormidas); atividade física; alimentação saudável; recusa de transfusões de sangue; comportamentos da procura de cuidados de saúde e adesão a tratamentos médicos prescritos (Figueiredo, 2015).

Os comportamentos de saúde são dinâmicos e variam ao longo da vida. (Mollborn, 2015).

2.1 Testemunhas de Jeová e a proibição de Transfusões de Sangue

A Watch Tower Bible e Tract Society², emitiu uma série de doutrinas nas quais defendem que a Bíblia desaprova o consumo, transfusão e armazenamento de sangue humano, considerando que o sangue é sagrado para Deus e que nem mesmo em casos de emergência como os de vida ou morte, as transfusões são permitidas para sustentar a vida (Hendrickson, 2013).

Estimasse que o número de Testemunhas de Jeová (TJ) em 2014 fosse de 7,5 milhões de Testemunhas de Jeová em todo o mundo, e como em grande parte das religiões existentes, possui alguns parâmetros de atuação específicos, neste caso a sua especificidade alicerça-se na questão relativa à recusa de sangue, devido a esta singularidade, é comum que surjam dilemas a nível médico, sendo então um tema relevante a considerarmos (Chand et al., 2014).

A recusa em aceitar uma transfusão de sangue, pode resultar num dilema ético a nível médico, sendo que opõe dois Direitos Fundamentais: a liberdade do paciente de aceitar ou de rejeitar um tratamento médico (ou seja, autonomia) – ainda que desta possível recusa, possa resultar a sua morte e o dever do médico em definir o tratamento mais indicado, de acordo com os critérios médicos (Chand et al., 2014).

Durante décadas, a posição predominante da classe médica era a de realizar a transfusão mesmo que não tivessem autorização para tal, nem por parte dos seus pacientes nem dos seus responsáveis, podendo até a ser considerada uma postura paternalista, onde a vontade dos médicos se sobrepunha à vontade do indivíduo que tinha perante si (Barroso, 2009). Justificava-se este comportamento, como o dever de proteger o doente sob qualquer hipótese de restabelecer a saúde ou de prolongar a vida (Barroso, 2009).

O Código de Nuremberg (1947) surgiu após as atrocidades cometidas durante a 2.^a guerra mundial, comportando uma panóplia de princípios éticos, nomeadamente, o Princípio da Autonomia e o do Consentimento Informado.

² Associações religiosas destinadas a regulamentar e a dar suporte à religião TJ.

O Princípio da Autonomia, prevê que indivíduos capacitados possam decidir por si relativamente a questões sobre o seu corpo e/ou a sua vida (Alves et al., 2000), o consentimento informado, torna-se um pré-requisito para qualquer ato/intervenção médica.

Passados 27 anos, foi elaborado o Relatório de Belmont (1978), comportando consigo o Princípio do Respeito às Pessoas, da Beneficência – trata-se da obrigação moral do profissional de saúde, de agir em benefício do outro de modo a maximizar o benefício e minimizar o prejuízo (Alves et al., 2000) e da Justiça - garantir o acesso de todos os indivíduos aos Direitos previstos na Lei (Lopes, 2014).

Estes princípios éticos, foram sofrendo alterações e passaram a ser aplicados na relação médico-paciente, atualmente estes princípios, são designados como Princípios bioéticos (beneficência, não maleficência e Autonomia) (Policastro, 2011).

Segundo Hendrickson (2013), uma grande parte dos hospitais possui políticas e/ou documentos inerentes para o consentimento e para a recusa das transfusões de hemoderivados, este tipo de documentos são fundamentais, funcionando como uma garantia legal, de que o paciente foi informado dos riscos associados à aceitação ou recusa de determinada intervenção. Em Portugal esse documento denomina-se de Termo de Recusa de Procedimentos Médicos (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2022). (ANEXO IV).

2.2 Testemunhas de Jeová menores de idade

No estudo de Vale Noivo e Silva Dias (2018), o objetivo consistiu em estudar os procedimentos adotados pelas equipas médicas nos casos em que existe uma recusa de transfusão de sangue, em procedimentos médicos de urgência com menores de idade.

Quando se trata de menores de idade, a questão torna-se mais complexa. Quando falamos de um menor com idade igual ou superior a 16 anos, a sua opinião pode até ser considerada para decidir se aceita ou não receber a transfusão de sangue, mediante alguns critérios, sendo que não existe uma avaliação direta que permita atestar maturidade, nem compreender completamente se o menor tem consciência da decisão que está a tomar, sendo que essa decisão pode colocar a sua vida em risco. Desta forma a idade não pode ser utilizada como fator exclusivo. É necessário ter em consideração o fator do discernimento, este tipo de avaliações psicológicas, são pedidas pelo tribunal avaliando a singularidade de cada caso (Vale Noivo & Silva Dias, 2018).

Outro cenário a considerar, é o da incapacidade de menores. Por norma a decisão de realizar um determinado procedimento médico, fica a cargo dos responsáveis legais. No entanto, caso essa decisão divirja da opinião da equipa multidisciplinar de saúde (EMS), considera-se unicamente o parecer da EMS (Vale Noivo & Silva Dias, 2018). Quando ocorrem este tipo de situações, a responsabilidade parental é transferida temporariamente ao Estado até a intervenção médica estar finalizada. Este procedimento ocorre da mesma forma em Portugal.

3. Dilemas

3.1 Desenvolvimento moral

O desenvolvimento moral, é uma área de estudo que se tem vindo a consolidar bastante no campo académico da Psicologia, sendo que é extrema importância no que diz respeito ao estudo da conformidade das ações com os padrões comportamentais que predominam associados à cultura no qual o indivíduo se insere (Bataglia et al., 2010).

Jean Piaget estudou o desenvolvimento da capacidade de julgamento moral das crianças. Segundo Rego (2003), Piaget distinguiu diferentes formas de como as crianças mediante as fases de desenvolvimento cognitivo em que se encontrem, agem de um ponto de vista do julgamento moral. Sendo que, nenhuma realidade moral é totalmente singular, as bases instintivas da sociabilidade, da imitação e da subordinação, entre as demais, trarão à criança uma determinada capacidade de afeição, que a permitirá amar um ideal como amar os seus pais e querer o bem dos seus semelhantes (Piaget, 1964).

Piaget (1964), estudou diversos componentes do julgamento moral, a maioria das suas descobertas enquadram-se numa teoria de dois estágios. As crianças mais novas, consideram que existem regras fixas e absolutas (Rego, 2005). Acreditam que as regras são criadas pelos adultos e que não são passíveis de serem alteradas (Rego, 2005). Já a visão das crianças mais velhas é mais relativista. A criança entende, que é possível modificar as regras se todos concordarem. As regras não são absolutas, são sim uma ferramenta para que seja possível todos viverem em harmonia (Piaget, 1964).

Lawrence Kohlberg (1992), psicólogo, deu continuidade aos estudos de Piaget, não exclusivamente à teoria em si, mas também à faixa etária estudada, passando assim a

considerar crianças, a partir dos 10 anos e até aos 16 anos. Kohlberg (1992), entrevistou crianças e adolescentes sobre dilemas morais, tendo encontrado estágios de desenvolvimento que vão muito além dos de Piaget. Kohlberg descobre então seis estágios, dos quais apenas os três primeiros, são bastante semelhantes com os de Piaget (Babakr et al., 2019).

Os estudos de Kohlberg (1992), assentam nas teorias cognitivo evolutivas, bem como as de Piaget, baseando-se na hipótese de que o desenvolvimento prevê, que existam alterações básicas das estruturas cognitivas, como totalidades estruturadas num grupo de relações, estas direcionam a formas superiores de equilíbrio, consequente dos processos de interação entre o organismo e o meio. Segundo Kohlberg (1992), a teoria dos estágios é um dos pontos fulcrais da postura cognitivo-evolutiva, em que ocorre o desenvolvimento cognitivo e moral em simultâneo, através da evolução dos estágios. Estes estágios de raciocínio moral, estabelecido por Kohlberg, são de raciocínio de justiça e não de emoções ou das ações (Biaggio, 2002).

Kohlberg (1992), propõe assim a existência de 6 estágios de raciocínio moral agrupados em 3 níveis; o pré-convencional; o convencional e o pós-convencional.

No nível 1, o Pré-Convencional, existem 2 estágios o 1º denominado de ‘‘obediência e Punição’’ e o 2º ‘‘ Hedonismo Instrumental Relativista’’ (Sousa, 2006). Neste ponto, o individuo já é capaz de avaliar o certo e o errado, com base apenas nos seus próprios interesses, onde não se inclui o receio da punição. As questões morais são consideradas mediante o interesse das pessoas envolvidas (Sousa, 2006).

No 1.º estágio, o individuo obedece às normas sociais, por temer uma punição que pode vir a sofrer, sendo definido pelo autor como ‘‘estágio da moralidade heterónoma’’ a moralidade, encontra-se fora do sujeito, ou seja no outro (que regula o seu comportamento). É considerado um estágio primitivo (Sousa, 2006). Fazendo uma ligação com a relação médico/paciente, poderíamos considerar que neste estágio, o médico teria que adotar uma postura paternalista, desresponsabilizando o paciente do facto de tomar uma decisão totalmente consciente e informada (Sandu et. al., 2013).

No 2.º estágio, o individuo apresenta um raciocínio moral egocêntrico e age de acordo com as regras definidas, tendo em conta apenas os seus próprios interesses, sendo este considerado o estágio do individualismo (Kohlberg, 1992). Neste estágio, a característica

predominante é a conformidade do indivíduo com a norma, a fim de obter uma recompensa (Biaggio,1998) O bem não é considerado um valor moral, mas um valor instrumental. (Sandu et. al., 2013). É possível fazer uma associação entre a relação médico paciente, sendo que neste estágio, a saúde é compreendida como uma recompensa, ou seja, o indivíduo cumpriu as regras e a sua recompensa foi a de recuperar o seu bem-estar (Sandu et. al., 2013).

No nível 2, o Convencional, vemos contemplado o 3.º e o 4.º estágio, a ação moral apropriada é aquela que é baseada nas regras sociais estabelecidas por autoridades e ou instituições socialmente reconhecidas (Biaggio,1998). O indivíduo elabora juízos morais, tendo por base as regras do grupo social e as expectativas que estes têm sobre o mesmo (normas sociais) (Sandu et al., 2013). O 3.º estágio, é apelidado de “bom menino” distingue-se pelo desejo de ir de encontro às expectativas dos demais sobre esse mesmo indivíduo, nomeadamente em ser um bom filho, amigo e/ou marido (Melin, 1996). Existe, portanto, a consciência de que os interesses coletivos, são mais relevantes do que os individuais (Melin, 1996). No que diz respeito à relação médico/paciente, esta visão prevê uma parceria, em que o paciente considera o médico uma pessoa de confiança, que este quer impressionar (Sandu et al, 2013). A adesão ao tratamento, é baseada na relação de confiança do paciente no médico, tanto na sua pessoa como nas suas qualidades profissionais (Sandu et al, 2013).

O 4.º estágio denominado “Autoridade mantém a moralidade”, tem como entendimento moral, a manutenção da ordem social e do que tenha sido indicado pelas autoridades, assim sendo, para este bem comum, seria necessário que todos os indivíduos colaborassem entre si, quer com a organização social, quer com as instituições, o que pode também ser considerada uma beneficiação pessoal (Yilmaz et al.,2019). Desta forma, a saúde passa a tornar-se um valor, no entanto só é considerada, caso surjam ameaças à mesma (Sandu et al., 2013). O papel do médico, passa a ser compreendido como uma autoridade que advém da sua reputação profissional (Sandu et al., 2013). A aderência ao tratamento, traz benefícios ao paciente, para além de resolver os seus problemas de saúde, acarreta consigo a necessidade da auto-eficácia³ (Sandu et al., 2013).

Desta forma, a relação terapêutica surge como um desenvolvimento da relação com a realidade. Esta aliança é criada sob a forma de um poder exercido em prol do bem do paciente (Sandu et al., 2013).

³ conceito criado por Bandura (1973), crença de que o indivíduo é capaz de realizar um determinado comportamento.

Por último, existe o nível Pós-Convencional, que comporta os estágios, 5.º e 6.º. Neste nível, o certo é proceder de acordo com os princípios morais universais, regulados pela reciprocidade e pela igualdade. O pensamento é orientado por convicções e valores gerais (Ames et al., 2015).

No estágio 5.º, o raciocínio moral, tem em conta o contrato social e os Direitos do indivíduo (Sandu et al., 2013). Existe uma flexibilidade de crenças e de convicções morais (Sandu et al., 2013). As regras não são intransmissíveis, podem ser adaptadas, de acordo com as convicções racionais. Este contrato moral, fundamenta-se na reciprocidade entre a sociedade e o indivíduo, segundo a qual, o objetivo é o de proporcionar segurança (Sandu et al., 2013). No que diz respeito à relação terapêutica, a moralidade contratual baseia-se na necessidade do consentimento informado (Sandu et al., 2013).

O comportamento baseado na moral, é resultado de uma troca. Seguindo a perspetiva terapêutica, este contrato surge como adesão expressa ao tratamento, de modo a que o paciente possa receber o melhor tratamento possível. Esta relação, pode ser apresentada como forma de condicionamento na adesão ao tratamento, à qualidade dos serviços médicos prestados e ao condicionamento para ambos da qualidade do ato médico em si, através da adesão terapêutica (Sandu et al., 2013).

No que diz respeito ao 6.º estágio, Princípios Éticos Universais, este é caracterizado pelas conceções éticas universais e considerado o mais desenvolvido por Kohlberg (1992), pelo que, as leis, assim como os acordos sociais, apenas se tornam válidos derivando de princípios, neste sentido, é imperativo que quando a lei viola esses princípios estabelecidos, seja necessária uma atuação imediata de acordo com os mesmos.

Os princípios aqui retratados, são exatamente os da igualdade e respeito pela dignidade dos indivíduos, sendo estes considerados enquanto fins e não como meios, sendo que, para Kohlberg (1992), raras são as pessoas que chegam a atingir este estágio, no qual o indivíduo age por concluir que é o correto e não porque a ação é instrumental, legal, ou previamente estipulado.

Relacionando este estágio, com a relação médico-paciente, a saúde é então um valor fulcral e a sua manutenção é uma preocupação do indivíduo. (Sandu et al., 2013). O paciente é então capaz de tomar decisões informadas, através das quais exerce a capacidade de agente ativo. A adesão terapêutica, resulta então de uma decisão livre e surge devido à preocupação com o próprio estado de saúde e qualidade de vida (Sandu, et al., 2013). A relação paciente/médico, torna-se a forma de uma verdadeira aliança terapêutica e não é mais percebida como uma relação de poder (Sandu et al., 2013).

3.2 Dilemas éticos e o consentimento informado

Félix (2022), teve como objetivo, analisar através da perspectiva ética e bioética, a percepção dos profissionais de Saúde, perante a Recusa de Transfusão de Sangue por parte das TJ. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório-descritivo. Foram aplicados formulários, com perguntas, algumas estruturadas e outras abertas a 24 participantes, sendo eles, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Santa Catarina. Os dados foram analisados utilizando a Análise de Conteúdo.

Os resultados, demonstram que é assegurado ao paciente a liberdade do mesmo de decidir, se se submete ou não ao tratamento médico e que essa escolha deve ser feita, tendo em consideração o consentimento informado (tanto o documento por escrito como também a participação da EMD na criação e explicação do mesmo). Foram também considerados, os cenários de morte iminente em pacientes maiores de idade e que nem mesmo nestes cenários, se anulam o Princípio da Autonomia do paciente, que nem mesmo em risco de vida, se pode submeter um paciente a uma intervenção contra a sua vontade, resultando numa violação dos Direitos Fundamentais presentes na Constituição.

Quando se trata de um paciente menor de idade, não existindo risco de morte iminente, os pais podem optar por tratamentos alternativos. No entanto, se o cenário apresentar risco de morte iminente, a responsabilidade é atribuída ao Estado afim de salvaguardar a vida do menor.

Perante uma recusa de Transfusão de sangue, existem diversos Direitos e Princípios que acabam por colidir entre si, como por exemplo: o Direito à vida; Princípio da Autonomia; Lei da liberdade religiosa e da Crença. No entanto, tratando-se de Direitos Fundamentais, não é possível fazer uma hierarquização dos mesmos (Félix, 2022), e quando surgem os dilemas originados pela colisão de Direitos, cada caso deverá ser analisado com base no princípio da dignidade humana.

3.3 Desenvolvimento moral e a relação médico-paciente

No estudo de Sandu et al. (2013), o objetivo foi o de compreender o processo de construção social da autonomia e da responsabilidade do paciente com problemas de saúde, neste caso a diabetes, baseando-se na relação médico-paciente. Os participantes, foram entrevistados e os resultados sugerem que é possível afirmar que existem de facto, padrões de

relacionamento entre médico/paciente, que fazem correspondência com os estádios de desenvolvimento moral descritos por Kohlberg, sendo eles o pré-convencional, convencional e pós-convencional (Sandu et al., 2013)

3.4 Coping

O conceito de coping, consiste num conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas ou causadoras de stress (Lazarus & Folkman, 1980). Estas estratégias estão associadas à saúde mental, uma vez que, podem assumir um papel de moderação no impacto das adversidades ao longo do crescimento e da vida em si, potencializando o caminho para o bem-estar psicológico (Dias & Ribeiro, 2019).

Fazendo um enquadramento neste ponto de análise, o coping divide-se em duas vertentes, sendo elas, o coping focado na emoção e o coping focado no problema. Relativamente ao coping focado na emoção, pode determinar-se como sendo um esforço para regular o estado emocional que está correlacionado ao stress, ou é produto de eventos stressores (Lazarus & Folkman, 1980).

As estratégias de coping, são conduzidas a um nível somático e/ou a um controlo dos sentimentos, tendo como finalidade modificar o estado emocional do sujeito (Antonizzai et al., 1998). A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de stress. Estes tipos de estratégias são consideradas focadas na emoção (Dias & Ribeiro, 2019).

No que diz respeito ao coping focado no problema, este, traduz-se num esforço para atuar no contexto que deu início ao stress, de forma a alterá-lo. O papel desta função, é o de alterar o problema existente na ligação, entre o indivíduo e o ambiente que possa estar a causar o stress. A ação de coping, pode ser canalizada internamente ou externamente. Quando falamos de coping focado no problema, falamos do coping que é direcionado para uma razão externa de stress, esta inclui estratégias, como por exemplo, negociar a fim de resolver uma divergência interpessoal ou pedir auxílio de outras pessoas (Lazarus, 1983).

A utilização das estratégias de coping focadas no problema ou na emoção, estão dependentes de uma análise da situação que está a causar stress ao indivíduo (Folkman & Lazarus, 1980). Assim sendo, existem dois tipos de análise, a análise primária que consiste num processo cognitivo no qual o indivíduo verifica qual é o risco associado a uma determinada situação de stress, na análise secundária, os indivíduos avaliam quais são os

recursos que têm ao seu dispor e as opções para lidarem com determinada problemática. Em contextos considerados “modificáveis”, o coping focado no problema tende a ser utilizado (Folkman & Lazarus, 1980), por exemplo, quando indivíduo descobre que tem uma doença que tem cura e procura um especialista da área. Enquanto que o coping focado na emoção, tende a ser mais aplicado em situações percebidas como inalteráveis, um exemplo, pode ser um indivíduo que perca um filho e decida trocar de casa, como forma de evitar recordar-se do filho.

3.4.1 Identificação de estratégias

Estas estratégias que temos vindo a tratar ao longo da exposição, acarretam o potencial de afetar, de uma forma positiva ou negativa, a saúde mental e até mesmo física dos indivíduos, com o potencial de modificar o desenvolvimento do stress, tanto como forma de evitar a situação stressora ou de a confrontar (Lazarus & Folkman, 1980).

A capacidade e a forma como o indivíduo usa as estratégias de coping, pode modificar o funcionamento biológico e, assim sendo, afetar a sua saúde através de uma diversidade de mecanismos, sendo exemplo, o facto dessas duas vertentes poderem influenciar as respostas do stress neuroendócrino, cooperando assim para que existam modificações na saúde, quer nos comportamentos de risco quer nas alterações das respostas cognitivas e/ou comportamentos do indivíduo. Pressupõem-se então que os fatores psicológicos, englobando o stress e o coping, são capazes de afetar a saúde do sujeito, especialmente através de mecanismos fisiológicos ou de modificações de comportamentos (Helroyd & Lazarus, 1982).

O modelo de Lazarus e Folkman (1980), suporta que o stress é contextual, que se retrata num processo de relação entre indivíduo e o ambiente e que se modifica no decorrer do tempo.

O objetivo da presente dissertação, é o analisar a forma como os profissionais de saúde interpretam os dilemas éticos, que advêm da recusa das transfusões de sangue por parte das TJ, e descrever como agem face aos mesmos com base nos seus padrões morais.

3.4.2 Estratégias de coping em contexto clínico

O quotidiano hospitalar pode na grande maioria das vezes, ser considerado um local de intenso stress para os profissionais de saúde. Um estudo levado a cabo pela Beyond Blue (2018)⁴, afirma que os médicos apresentam níveis mais altos de sofrimento psicológico em comparação com a restante população e outros profissionais.

O estudo de Xu et al. (2019), teve como objetivo, fazer uma análise do impacto dos estilos de coping, experiência profissional e localização nas perceções dos profissionais sobre o ambiente de trabalho. Trata-se de um estudo transversal, realizado em 2017, em que participaram 250 enfermeiros de urgências e 150 médicos de urgências.

As estratégias de coping, reportadas pelos profissionais de saúde face à experiência profissional, localização e o ambiente de trabalho, mais frequentemente utilizadas no estudo de Xu et al. (2019) foram: a procura informação; manter o controlo das situações; tentar encontrar outras soluções. Xu et al. (2019), apontou que as estratégias usadas, quer pela equipa de enfermagem, quer pela equipa médica, incluíam discutir o problema com o grupo de suporte, uso do humor e lidar com o problema de forma objetiva.

Neste mesmo estudo (Xu et al., 2019), a equipa de enfermagem relatou uma tendência para a adoção de estratégias de coping desadaptativas. O facto do individuo tentar evitar uma situação, não a confrontando de forma realista, tentando substituí-la ou controlar o seu impacto emocional de stress, faz com que esse mesmo individuo, acabe por utilizar na sua maioria processos defensivos, que resultam então nas estratégias de coping desadaptativas.

As estratégias adaptativas são passíveis de serem aprendidas, principalmente na questão do aumento da resiliência. perante o stress continuado no local de trabalho. Estratégias como por exemplo: treinos de competências pessoais a fim de melhorar as habilidades da resiliência, gerenciar o stress e melhorar a assertividade. podem ser benéficos para este grupo de profissionais minimizando assim os impactos negativos (Xu et al., 2019).

• ⁴ A Beyond Blue é uma organização de saúde mental Australiana com 20 anos, que presta apoio pessoas com ansiedade, depressão e em questões de suicídio.

Em suma, estratégias de coping adaptativas, são imprescindíveis de serem desenvolvidas nas equipas multidisciplinares de saúde, de modo a que seja possível enfrentarem os desafios impostos pelo quotidiano hospitalar.

O presente estudo, tenta compreender a forma como os profissionais de saúde interpretam os dilemas éticos que advêm da recusa das transfusões de sangue por parte das TJ e como agem face aos mesmos, com base nos seus padrões morais.

3.4.3 Direito Pediátrico

O enquadramento legal de um país, define formas de atuação, responsabilidades, obrigações, Direitos e deveres descritos ao abrigo da lei. Para compreendermos a forma de proceder dos profissionais de saúde, temos de conhecer o enquadramento legal que rege a sua profissão.

É de salientar ainda, que este tipo de casos quando ocorre com menores de idade, é bem mais complexo de resolver e ou de lidar, caso exista discordância entre os responsáveis legais e a equipa multidisciplinar de saúde, caso esta situação se verifique, é necessária a intervenção do Estado (Vale Noivo & Silva Dias, 2018). A ação dos profissionais de saúde é sempre delimitada pela lei, assim sendo é fundamental considerar a influência que o Direito Pediátrico terá na tomada de decisão.

O Direito Pediátrico, assume-se como uma vertente do Direito direcionada à proteção e defesa da infância. Hoje, designa-se como supra denominado, contudo, este inicia-se na Lei de Proteção à Infância desde 1911, na qual já se distinguia a definição de criança e a definição de adulto (Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa [PGDL], 1990).

Desta forma, relativamente à definição de criança, muito se tem discutido ao longo dos anos para se chegar a um consenso de certa forma, mais sólido. Com o intuito de se debater também este ponto, é fundamental considerar a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal em 1990, que nos transmite que, a criança é definida como todo o ser humano que possua menos de dezoito anos, excetuando casos nos quais a lei nacional atribui a maioridade mais cedo (UNICEF, 2019). Os filhos estão então assim sujeitos a responsabilidades parentais até completarem 18 anos ou até à sua emancipação (artigo 1877º. Do Código Civil). Estas responsabilidades, constituem uma soma de situações jurídicas que devem ser cumpridas

pelos pais em prol dos filhos, respeitando a autonomia que lhes esteja assim atribuída mediante a sua maturidade (Pinheiro, 2021).

A intervenção do Estado é justificável (pese embora tratemos aqui de uma questão de ética, sendo notório o conflito existente entre a regulação dos pais e a regulação do estado), caso exista de facto uma elevada perspectiva de êxito no tratamento, caso contrário a vontade dos pais deve ser cumprida (Pinheiro, 2021).

Metodologia

Tipo de estudo

Este trabalho consiste num estudo qualitativo, exploratório, transversal.

Participantes

Os participantes, correspondem a profissionais de saúde que integram uma equipa multidisciplinar, e que são representados por: 1) diretor hospitalar; 2) psicólogo clínico; 3) especialista de neonatologia; 4) enfermeira; 5) assistente social.

A seleção de participantes baseou-se em critérios de inclusão e de exclusão. Em baixo estão descritos os critérios adotados.

Critérios de inclusão: 1) profissionais que trabalhassem em contexto hospitalar, 2) que ainda estivessem no ativo 3) que fossem representativos de uma equipa multidisciplinar de saúde.

Os critérios de exclusão foram: 1) profissionais que trabalhassem apenas por conta própria, 2) que fossem reformados.

A técnica de amostragem adotada foi por conveniência.

Instrumento

O instrumento utilizado, consistiu numa entrevista semi-estruturada, sendo que se verificou ser o mais indicado, na medida em que, o objetivo da presente dissertação trata-se de aprofundar como são vividas e como os profissionais de saúde agem, perante as recusas de transfusões de sangue por motivos religiosos. Este tipo de entrevista, permite que o entrevistado fale abertamente sobre os mais variados temas, não estando limitado pela entrevista estruturada, tendo sempre por base um guião de modo a orientar o rumo da entrevista de modo a manter o rigor da mesma (Amado, 2014).

O guião, consistiu na compilação de três casos reais de 3 dilemas éticos decorrentes de recusas de transfusões. As variáveis consideradas foram: coping, o nível de desenvolvimento moral, e o Direito pediátrico. O presente estudo teve como sustentação o estudo de Félix (2022) onde foi utilizada a entrevista semi-estruturada, com o objetivo de

compreender a perceção dos profissionais de saúde, perante a recusa de transfusões de sangue das TJ.

Os participantes, foram questionados sobre como agiriam perante aqueles cenários (coping) e os princípios que norteavam a sua ação (desenvolvimento moral). Consultar anexo II.

Procedimentos

Construção do instrumento

O guião da entrevista foi criado com base nos Dilemas Morais de Kohlberg (1958). Foram seleccionados 3 dilemas reais relativos à Recusa de Transfusões de Sangue por motivos religiosos, para cada dilema foram elaboradas um conjunto de questões orientadoras que visam promover a reflexão sobre o caso de modo a cobrir os conceitos que estamos a analisar: coping; desenvolvimento moral e o Direito pediátrico. Desta forma foi criada a 1º versão do guião de entrevista, tendo sido submetido a dois processos de validação complementares.

Os dilemas, consistem em casos reais tal como Kohlberg (1958). Este método já foi utilizado por outros autores (Félix, 2022).

Validação do instrumento

A 1.ª versão do guião, foi submetida a um processo de validação composto por 2 momentos: 1º) o guião foi analisado por um especialista em investigação científica tendo como objetivo a validação do constructo, após diversas reformulações, estas deram origem a uma nova versão. A 2.ª versão) foi sujeita a um teste piloto (ver secção de procedimentos) com um membro representativo de uma EMS TJ, tendo como fim a validação metodológica. O objetivo dos testes piloto são segundo Fraser et al. (2018), uma estratégia de mitigação dos riscos para reduzir as hipóteses de um projeto maior falhar. É fundamental, que exista um elemento pertencente ao objetivo do estudo para validar o instrumento, sendo o seu parecer fundamental para garantirmos que o instrumento é perceptível e que vai de encontro ao propósito da investigação.

Após todos estes procedimentos verificados, surge a 3.ª versão e final do guião. Consultar Anexo II.

Considerações éticas

Foi submetido um pedido à Comissão de Ética (Anexo I) com a descrição do estudo, este foi analisado e obteve um parecer positivo. De seguida, avançamos para a recolha e análise de dados.

Recolha de dados

Os participantes, foram contactados via telefónica, onde foram agendadas as entrevistas online. Antes de iniciar a entrevista, foi explicado que: 1) as informações suscetíveis de identificar os participantes ou outros seriam codificadas (nomes, instituições, etc); 2) que os dados seriam usados somente para investigação científica; 3) que os participantes teriam acesso à transcrição final da entrevista e que, nesse momento, poderiam eliminar elementos com os quais não concordassem; 4) os conteúdos áudio seriam destruídos após a transcrição da entrevista e procedeu-se à anominação de dados sensíveis; 5) Áudio foi destruído. Após esta explicação, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Informado (Anexo III), autorizando assim a gravação das entrevistas, a recolha e tratamento de dados, participação no estudo mediante determinadas condições, etc.

As entrevistas, decorreram entre maio e junho de 2022, e foram realizadas através do Google Meet.

Análise de Dados

Os dados, foram analisados com recurso a uma Análise de Conteúdo Temática. Esta segue diferentes fases, e baseia-se em procedimentos que garantem a sua validação. Segundo Bardin (1977) o uso da análise de conteúdo pressupõe 3 fases fulcrais, sendo elas: 1) pré-análise; 2) a exploração do material e 3) tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. Mais abaixo, estarão descritas estas fases.

De forma a garantir a qualidade da análise, é necessário que se obedeça a uma série de regras: 1) exaustabilidade, deve ter-se em conta todos os elementos da análise; 2) Representatividade, a amostra deve ser representativa do universo; 3) Homogeneidade, os elementos devem obedecer a critérios precisos de escolha (e.g., mesmo tempo, técnicas iguais, participantes semelhantes); 4) Exclusividade: um elemento não pode ser classificado

em mais de uma categoria; 5) Pertinência: os elementos devem ser adequados ao conteúdo e objetivo da análise (Câmara, 2013).

Pré-análise

A pré-análise tem como objetivo o de organizar o material, a leitura flutuante do corpus (corpo do texto) e a escolha dos documentos a analisar (Câmara, 2013). No presente estudo foi realizada a análise flutuante, a transcrição das entrevistas foi lida e analisada tendo em conta todas as palavras ditas pelos participantes.

Exploração do material/Codificação

Processo através do qual, os dados brutos são transformados e agregados em unidades, que permitem uma descrição das características relevantes do conteúdo (Bardin, 1977). Nesta fase é necessário que se crie uma tabela de categorias, em que constam as categorias à priori e à posteriori (Consultar anexo V). Foram criadas categorias à priori, com base na literatura, no decorrer da análise foram sendo criadas categorias *À prostriori*. A grelha final resulta de um processo de codificação que contempla a criação de categorias à priori, categorias *À postriori* e aglutinação de categorias em excesso e separação de outras, até chegar à versão final (Anexo X).

Tratamento dos resultados

Por fim, temos a terceira fase, em que o objetivo é o de realizar uma interpretação dos dados obtidos, de forma a extrair significados dos mesmos idealmente com base na literatura.

Quando se encontra um tema nos dados, é necessário verificar enunciados de modo a tentar compreender se existe algum conceito que os una (Bardin, 1977). Assim desta forma encontram-se temas distintos, como também aspetos similares entre eles (Bardin, 1977). Na presente dissertação foram criados novos temas tendo sido extraídos os principais (unidades temáticas) e a relação entre os mesmos, para cada um dos temas foram analisadas as relações entre eles à luz das variáveis selecionadas.

No decorrer da interpretação dos dados, é fundamental voltarmos aos marcos teóricos relevantes para a investigação, de forma a que estes sustentem as perspetivas importantes do estudo (Bardin, 1977).

A interpretação está dependente da relação entre a literatura e os dados adquiridos. As interpretações têm como objetivo encontrar aquilo que não seria facilmente percebido/ que se encontra ‘escondido’ ou seja, o que determinados excertos querem dizer de facto e não apenas aquilo que aparenta e que à primeira vista, podem até ser considerados superficiais (Bardin, 1977). Após a análise de dados, surgiram categorias novas, as mesmas foram inseridas na tabela inicial e foi realizada uma interpretação de modo a criar novos nomes para estas categorias, a análise dos dados levou ao agrupamento dos resultados em três temas principais. Cada um dos temas foi alvo de análise e inferência.

O pesquisador tentará tornar dos seus resultados significativos e válidos (Bardin, 1977).

Resultados/Discussão

A partir das questões colocadas aos participantes, das suas respostas e após a análise de dados destacaram-se três temas principais para a nossa investigação, sendo eles: 1) Comportamento de Saúde; 2) Dilemas e 3) Recomendações. Cada tema divide-se em sub-temas.

Sensibilização dos Pacientes e Discussão da EMS corresponde ao tema 1; Direito à vida vs. Princípio da Autonomia (Diferenças entre paciente adulto e paciente menor de idade) corresponde ao tema 2 e Recomendações: Inclusão dos responsáveis legais na EMS; Importância da anamnese; Revisão de Regulamentos e Sensibilização do Corpo Clínico, corresponde ao tema 3. Para cada um destes temas serão descritas as reflexões dos participantes, considerando as variáveis do estudo: coping; nível de desenvolvimento moral e Direito pediátrico.

Comportamentos de Saúde

Sensibilização dos Pacientes e Discussão da EMS

Os resultados sugerem que, um paciente TJ se desloque a um hospital em situação não emergente, tem uma consulta com um médico em que este procede a explicar tudo o que o paciente necessita saber sobre o seu estado de saúde, quais as intervenções possíveis e que são necessárias, de modo a que exista uma sensibilização do paciente, por conseguinte é necessário que exista uma Discussão da EMS de modo a compreender como irão proceder a partir do diagnóstico.

Quando isto acontece, algumas pessoas aceitam a transfusão, dissipando o conflito/dilema.

“conheci por acaso uma pessoa que passou por uma situação destas, incluívé dessa religião e não foi fácil ela aceitar, (...) ela acabou por aceitar (...) também ficou convencida que se calhar se não tivesse feito aquilo (transfusão) por recomendação dos médicos, alguns familiares e amigos, hoje ela já não estaria cá.” Diretor Hospitalar

“conheço uma situação semelhante que me aconteceu (...) estava na unidade de cuidados intensivos, em que os doentes estão realmente gravemente doentes, e havia uma

Sra. que era TJ e que inicialmente precisava de fazer sangue e recusou fazer sangue, entretanto, foi explicada a necessidade e foi-lhe explicado o que aconteceria se ela não fizesse e ela tinha uma necessidade mesmo grande de fazer sangue, não havia volta a dar, era daquilo que dependia a vida dela naquele momento (...) Acabou por aceitar e acabou por fazer 9 transfusões de sangue que era realmente aquilo que ela precisava, a família não soube, a equipa manteve o sigilo e a senhora sobreviveu.” Enfermeira

O primeiro cenário, em que o paciente pode optar por aderir às recomendações do médico – transfusão de sangue. Ou estamos perante o segundo cenário, o paciente recusa a transfusão de sangue, gerando um dilema que coloca em choque o princípio do Direito à Vida e o Princípio da Autonomia. Face a isto, os profissionais de saúde têm diferentes formas de interpretação e de atuação, seguindo então diferentes procedimentos. Em baixo iremos focarmos nos casos em que ocorrem dilemas.

Dilema – Direito à vida vs. Princípio da Autonomia

Pacientes adultos

Nos casos em que os doentes TJ, recusam transfusões de sangue são maiores de idade, a opinião dos especialistas divergiu mediante proximidade. Por proximidade entendemos: 1) profissionais que contactam diretamente com os pacientes no seu quotidiano (Psicólogo Clínico, Especialista de Neonatologia e Enfermeira); 2) distantes: profissionais que não contactem diretamente com os pacientes (Diretor Clínico e Assistente Social), desta forma dividimos os participantes em 2 grupos.

Os resultados sugerem aparentemente que, quanto mais próximo o profissional de saúde estiver do paciente no decorrer do tratamento maior tendência apresenta para defender que o Direito de liberdade de escolha do paciente deve ser respeitado. Enquanto que quanto mais distante esteja por exemplo: Diretor Hospitalar e Assistente Social concordam que a Direito à vida se sobrepõe a qualquer outro Direito individual, podemos considerar o afeto como mediador desta proximidade.

Segundo Félix (2022), nenhum Direito se sobrepõe a outro ainda que perante um dilema desta natureza. Quando falamos de Direitos Humanos, não é possível afirmar que exista algum que seja mais e/ou menos relevante que os restantes. Todos os Direitos humanos têm a mesma importância, o que pode parecer influenciar a perceção dessa importância varia

mediante o cenário que estejamos a avaliar, neste caso - dilemas que advêm da recusa das transfusões de sangue.

No campo da medicina, os médicos têm por base de formação o princípio da não-maleficência, cujo propósito é o de não infligir dano intencional (Diário da República, 2016), tentando sempre salvar vida sob todas e quaisquer circunstâncias. No entanto é também de ressaltar que os médicos tratam indivíduos, ou seja, indivíduos que ainda com algum problema de saúde, têm vontades, crenças e desejos e como tal possuem também Direitos, sendo um deles o Princípio da Autonomia (Duarte, 2009). (ou seja, o Direito de poderem tomar as suas próprias decisões, ainda que a consequência destas decisões resulte na sua morte).

Nesta questão e perante os dilemas apresentados, a Enfermeira, o Psicólogo e a Especialista de Neonatologia, defenderam que a vontade do paciente maior de idade tem sempre que ser respeitada, a que a equipa tem que se esforçar ao máximo para explicar toda a informação sobre estado de saúde do paciente e/ou alternativas, do que possa vir a acontecer caso o mesmo continue a negar receber determinado tratamento, neste caso a transfusão de sangue.

“ Eu iria agir de acordo com a vontade do doente ”

Especialista de Neonatologia

“ é um bocadinho complicado, porque nós somos formados para tratar as pessoas, é esse o nosso instinto quando vamos para o trabalho, é, vamos fazer o melhor pelo doente mas às vezes o melhor pelo doente não é o que nós achamos que é o melhor para o doente, é aquilo que ele quer, porque é uma pessoa livre, maior de idade, é uma pessoa que tem Direito à sua decisão. ” Enfermeira

“ eu respeitaria a vontade do doente, mas ele teria que escrever isso, eu acho que como psicólogo clínico de formação que sou de base eu respeitaria, porque acho se a vontade dele é morrer, eu respeitaria a vontade da pessoa, acima de tudo isso. Nós profissionais de saúde temos a noção de que a vida pela vida não é nada, a vida vale pela qualidade e pelo prazer que as pessoas têm, estar vivo por estar, é apenas um corpo que está ali. ”. Psicólogo

Os três elementos da equipa defendem, que caso de se tratar e uma situação emergente, em que a pessoa não esteja consciente e não tenha consigo nenhum representante legal, a transfusão deva ser realizada. Prevalendo o Direito à Vida e o Princípio da não maleficência. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2009), em cenários de emergência onde o paciente se encontre inconsciente ou incapaz de consentir e onde não existam representantes legais realiza-se a intervenção necessária. Neste caso, o hospital assume um conjunto de ações que, do ponto de vista clínico, são consideradas as que melhor servem os interesses do doente. Esta tomada de decisão segue a regulamentação/indicações da ERS (moral externa).

Quando uma TJ recusa uma transfusão de sangue, sendo maior de 18 anos nestas circunstâncias, é necessário que o paciente assine um termo de Recusa de Procedimentos (INEM, 2022), este documento, consiste num espaço de liberdade para o paciente recusar o tratamento com base na informação que o médico lhe transmitiu, tendo de proceder a uma espécie de moral externa (declaração), de forma a assumir as consequências das suas ações.

Caso as decisões se rejam por um pensamento baseado no pensamento formal, abstrato e regido por princípios éticos (em vez de lei ou regulamentação externa), os participantes orientam o seu pensamento e acção de acordo com o estágio pós-convencional da teoria de Kohlberg, que tem por base os princípios éticos, nomeadamente: o da igualdade e do respeito pela dignidade.

Relacionando este estágio com a relação médico-paciente, a saúde é então um valor fulcral e a sua manutenção é uma preocupação do indivíduo (Sandu et al., 2013). O paciente é então capaz de tomar decisões informadas através das quais ele exerce a capacidade de agente ativo e a adesão terapêutica resulta então de uma decisão livre e surge devido à preocupação com o próprio estado de saúde e com a própria qualidade de vida (Sandu et al., 2013).

Em caso de se tratar de uma situação não emergente, e se a única alternativa for mesmo a transfusão e a pessoa continuar a recusar, em caso de se tratar de hospital privado, este pode mesmo transferi-la para o hospital público.

“ nos privados, tem que se separar aqui um pouco, porquê? A partir do momento em que o cliente diz que não que e que tem tempo ainda para poder decidir ou seja não é uma situação de emergência, o hospital privado também se pode recusar a ter aquele doente lá, porque depois temos esse tema, não é? Ou seja, o doente não quer, nós também não queremos

assumir a responsabilidade de ele morrer, portanto, temos o Direito de o poder transferir para um hospital público por exemplo, o público é o último recurso.” Diretor Hospitalar

A hipótese explicativa para esta decisão, pode estar associada ao facto da equipa multidisciplinar se sentir impotente perante um individuo que recusa tratamento e que dessa recusa pode advir a sua morte, assim sendo o Diretor Hospitalar não quer ser responsabilizado por uma morte da qual na sua perspetiva poderia ter sido evitada.

Sempre que estamos perante um cenário de doença, é necessário compreender que os médicos e a própria EMS, devem ter em consideração o Princípio da Autonomia do paciente, sendo que naquele momento a vida do paciente está dependente destes. Partindo do princípio de que o paciente TJ recusa neste caso, uma transfusão de sangue, cabe à equipa tentar encontrar alternativas, sem desrespeitar as vontades do mesmo, no entanto, como já verificado nem sempre é possível encontrar essas alternativas. É então importante ter em consideração que, da mesma forma que os pacientes têm as suas crenças, os médicos também as têm e necessitam de autonomia para exercerem a sua profissão.

É exatamente desta premissa, que advém o conceito da Objeção de Consciência que consta no Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Diário da República, 2016), em que este conceito garante aos médicos a possibilidade de se negarem a participar de um determinado procedimento/tratamento, justificando esta decisão com base nos seus princípios morais e ideológicos. É importante considerar que se trata de um individuo que jurou a sua honra (Juramento de Hipócrates) com o objetivo de defender vidas, e quando este se vê impedido de o fazer, tem o direito de dizer não (Viegas, 2015).

O Diretor Hospitalar e a Assistente Social defendem que o direito à vida prevalece sob qualquer outro Direito individual. Perante esta afirmação, é possível compreender que ambos os participantes estabelecem uma hierarquia de Princípios e Direitos, baseando as suas decisões nos mesmos. Esta posição pode ser entendida se partirmos da premissa de que, o Direito à Vida rege os demais Direitos, sendo que se não existir vida, os restantes Direitos não serão exercidos. No entanto, como referido anteriormente, segundo Félix (2022), nenhum Direito se sobrepõe a outro ainda que perante um dilema desta natureza .

“ Acima de tudo está o princípio do Direito à vida” Assistente Social

“ tem muito a ver com a questão de salvar vidas, aqui no hospital muito respeitando a questão da crença eu não tenho dúvidas que casos emergentes a solução passa por salvar a vida, não tenho dúvidas disso.” Diretor Hospitalar

“ A questão mais ética não é só ética, é também ética pessoal, o médico dá a cara acaba por ter que decidir entre a vida e a morte de uma pessoa, portanto se eu estivesse no papel do médico, também optaria por salvar a vida.” Diretor Hospitalar

Segundo Viegas (2015), existem diferenças de posições por parte dos médicos entre aceitar ou recusar tratar doentes Testemunhas de Jeová, estando dependente do grau de responsabilidade ou gravidade possível que será enfrentada pelos profissionais de saúde.

A decisão do profissional de saúde deve ser respeitada, sendo que se trata de um indivíduo que jurou a sua honra (Juramento de Hipócrates) com o objetivo de defender vidas, e quando este se vê impedido de o fazer, tem o direito de dizer não (Viegas, 2015).

Relativamente às estratégias de coping utilizadas pela equipa de saúde, são na sua maioria de tentar explicar ao máximo ao paciente tudo o que o mesmo necessita saber, quer sobre o seu estado de saúde, quer sobre tratamentos médicos passíveis de serem realizados, adaptando sempre o vocabulário ao paciente que têm perante si, esclarecendo sempre todas as questões que o paciente tenha. Segundo a literatura é também comum os profissionais procurarem mais informação, tentarem encontrar outras alternativas e discutir o problema com o grupo de suporte, estratégias como utilização do humor e encarar o problema de forma objetiva é também muito comum (Vale Noivo & Silva Dias, 2018).

“ (...) posso discutir com ela, posso aconselhar, mas a decisão última é dela.”

Especialista de Neonatologia

“ (...) às vezes não é só o médico, é uma equipa multidisciplinar que tem que decidir (...) ”

Diretor Hospitalar

“Numa situação semelhante lá está, temos que falar com o doente, temos que explicar qual é o quadro clínico, porque muitas vezes os doentes recusam porque não sabem o que se passa com eles, também acontece. Temos que lhes explicar com todas as palavras

com as palavras e com a linguagem adequada ao seu grau de instrução aquilo que se está a passar com ele.” Enfermeira

Verificou-se também no presente estudo, que os profissionais confrontados com estes dilemas utilizam ou utilizariam a procura de mais informação, procurando ajuda juntamente com os colegas da equipa multidisciplinar e também de explicar de forma adaptada toda a informação ao paciente.

Pacientes menores de idade

Quando se trata de uma situação em que existe conflito ético relativo à transfusão de sangue que envolve menores de idade, a opinião dos profissionais de saúde é unanime em defender que o Direito à Vida prevalece, quer estejam perante uma situação emergente ou não, pois estes acreditam que um menor de idade, não tem ainda a capacidade de decidir pela sua morte. Aqui, coloca-se a questão de o livre arbítrio do adulto, não se aplicar às crianças (porque não têm maturidade). O registo de moralidade é externo, o que não permite tomar uma decisão responsável.

Em caso de não se tratar de uma situação emergente, foi unânime a decisão, de que se os pais quiserem procurar tratamentos alternativos o devem fazer, mas que o princípio é sempre, o de salvar a criança.

“ enquanto pai eu sou a favor de salvar a minha filha mesmo que ela não me queira falar para o resto da vida dela.” Psicólogo

“ O lema é salvar vidas e uma criança de 16 anos não me parece que tenha capacidade consciente de poder decidir (...)” Diretor Hospitalar

“ fazer a transfusão e pronto e a criança ficava bem (...)” Enfermeira

“ acho que o nosso objetivo é salvar, não fazer mal e se nós achamos que podemos decidir por ele (adolescente de 16 anos) e que ele está nessa situação então vamos fazer a transfusão.” Especialista de Neonatologia

“ mas sendo que era para salvar uma vida eu optaria por fazer a transfusão, sim. ”

Assistente Social

Em caso de oposição ao tratamento por parte dos responsáveis legais, a guarda da criança é automaticamente atribuída ao Estado e mantém-se assim até que se finalizem os tratamentos (Pinheiro, 2021).

O primeiro aspeto a ter em consideração, é o de limite de atuação do Estado, ou seja, até que ponto pode o Estado, como órgão com a função principal de assegurar a proteção dos cidadãos, interferir na liberdade dos mesmos?

É importante ter em consideração, que o Estado, age em primeira instância em defesa da sociedade e só depois dos interesses de cada indivíduo em particular, é através desta forma que o Estado delimita a atuação dos indivíduos em sociedade.

No capítulo do Direito Pediátrico, foi explicado como funcionam os cenários caso os pais ou um menor com menos de 16 anos recuse tratamento, com base nas suas crenças religiosas, ou seja, o Estado intervém e fica com a responsabilidade legal passando assim a ser responsável por aquele(a) jovem. A questão a colocar perante esta situação é, até que ponto o Estado pode/deve intervir neste tipo de situações? Segundo Kipper (2015), os pais têm uma autoridade natural sobre os seus filhos e estes devem ter o direito de os ver crescer de acordo com os seus valores e padrões morais transmitindo-os aos mesmo, no entanto o autor, também considera que a vida dos menores não possa ser posta em causa devido a convicções religiosas dos pais e que as crianças podem ou não partilhar da crença religiosa, quando tiverem idade suficiente para compreender o que essa crença significa.

O autor acima, referiu que não se pode pôr em causa a vida de um menor devido a crenças religiosas, esta afirmação vai de encontro ao objetivo que a área da saúde tem tentado alcançar - a redução da mortalidade infantil (United Nation, 2015).

Considerando o princípio do superior interesse da criança, princípio esse que norteia todo o processo de promoção e proteção de crianças e jovens em perigo, sendo um critério prioritário que tem como finalidade, o de orientar todas as questões que digam respeito à criança, representando um objetivo a alcançar para todos os indivíduos que lidam diariamente com as mesmas, os seus responsáveis, igualmente pela sociedade e pelo Estado, que têm o dever de as proteger, com vista ao seu total desenvolvimento (Carvalho, 2018).

Para que seja possível, atingir um equilíbrio justo entre os Direitos dos pais em relação à educação e manutenção da vida dos filhos, os Direitos da criança e o seu superior

interesse, é necessário analisar a situação específica de cada criança e o ambiente familiar em que esta se encontra inserida (Carvalho, 2018).

Recomendações

No seguimento das suas reflexões, os participantes descreveram um conjunto de recomendações.

Em baixo, descrevemos e analisamos cada uma das recomendações dadas.

Inclusão dos responsáveis legais na EMS

Os participantes, apresentaram um conjunto de recomendações que descrevemos em baixo. A primeira, consiste na ‘‘inclusão dos responsáveis legais na EMS‘’, baseia-se em integrar os responsáveis legais do menor na EMS, de modo a serem participantes ativos nas decisões futuras, com o objetivo de estarem a par de toda e qualquer decisão que se tome e para que compreendam a importância do que se passa, perante aquele cenário.

Como podemos observar nas seguintes citações do Diretor hospitalar:

‘‘ vou dar o exemplo que acontece aqui, neste tipo de situações, (...) neste caso pai ou mãe desta criança são envolvidos na própria equipa multidisciplinar, ou seja, eles passam a ter também a responsabilidade de tomar a decisão junto com os médicos, porque às vezes qual é o problema? A decisão às vezes passa quase dos hospitais diretamente para o familiar sem dar o enquadramento do impacto de que aquilo pode ter nos outros, como é que fica o pai e a mãe? Nós procuramos dar sempre resposta a como é que os outros vão ficar caso aquilo tiver que acontecer porque às vezes nós estamos só a olhar para a pessoa, o cliente, mas todos os outros vão ter problemas, os pais se calhar vão ficar com algum problema psicológico e portanto a resposta tem que ser dada aqui pela equipa multidisciplinar. ’’

Quando os profissionais de saúde, compreendem que é benéfico para a criança incluir os seus responsáveis legais na equipa multidisciplinar, estes desenvolvem um relatório de estratégias como forma de alcançar um terreno comum na prática de cuidados partilhados,

estas estratégias, passam por adotar linguagem mais articulada de forma a que os pais compreendam o que está ou o que se pensa fazer, no decorrer do tratamento (Swallow et al., 2013). Segundo Kipper (2015), o apoio dos pais tem significado clínico, na medida em que, colabora para a recuperação do paciente, sendo que os pais são motivados pelos melhores interesses no bem-estar dos filhos.

Desta forma, o princípio fundamental da bioética, parte do respeito pelo ser humano. Todos os interesses envolvidos, devem participar por serem atores fundamentais e morais válidos para exprimirem os seus argumentos racionais, justificando-os com base na moral. É fundamental, que todos os envolvidos tenham uma atitude de tolerância e de compreensão com todos os valores e posicionamentos que possam eventualmente surgir (Kipper, 2015).

Importância da Anamnese

Surgiu no decorrer da entrevista, o tema da importância da anamnese e que deve ser o primeiro procedimento a ser realizado. Na medida em que, é através da Anamnese que o corpo clínico obtém toda a informação relevante sobre o paciente, seria então fundamental constar na mesma, qual a religião do indivíduo. Desta forma nos casos em que o corpo clínico receba por exemplo, uma TJ, a EMS conseguiria previamente planear estratégias e procedimentos mais eficientes de modo a encontrarem uma solução benéfica para ambas as partes.

“nem todos os hospitais têm isto, às vezes internam os doentes e só depois de ele estar deitadinho é que lhe vão fazer questões sobre a dieta e as religiões, ‘ah vamos lá preencher a ficha’, (...) tomam como ponto de partida que são todos iguais. Se nós olharmos para estes 3 casos, se eu souber a religião logo da pessoa já vou ter um comportamento mais proactivo do que reativo ... até me deixou a mim a pensar o que seria que iria acontecer se eu tivesse do outro lado.” Diretor Hospitalar

“eu não tenho dúvidas nenhuma que em termos de lei portuguesa, pode não estar ajustada primeiro à realidade de hoje (...)” Diretor Hospitalar

É importante para os pacientes, que as suas crenças religiosas sejam reconhecidas, integradas no desenvolvimento de um plano de cuidados e nas decisões que são tomadas relativamente aos cuidados de fim ou de manutenção de vida (McCormick et al., 2014). O respeito pelos valores e crenças dos doentes requer capacidades de comunicação competente nos profissionais de saúde (McCormick et al., 2014). Nos últimos anos, tem sido feito um esforço considerável na formação profissional para promover uma comunicação centrada no doente que tenha em consideração e que respeite os valores culturais e espirituais dos doentes de modo a que estes tenham os melhores cuidados de saúde possíveis (King et al., 2013). No entanto, há margem para melhorias. Num inquérito recente aos médicos, apenas 17% dos médicos que responderam, relataram inquéritos rotineiros sobre religião/espiritualidade com novos pacientes, enquanto numa situação de crise, 49% relataram inquéritos sobre a religião/espiritualidade do paciente (King et al., 2013).

Revisão de Regulamentos

À medida que a sociedade vai evoluindo vão sendo criados novos hábitos e crenças; desta forma, é necessário ter em consideração que alguns regulamentos e lei possam beneficiar de uma atualização, que vá de encontro às mudanças decorridas desde que foram escritos e que com isto, exista uma urgência em revê-los de modo a continuar a dar resposta às necessidades que vão surgindo com a evolução natural das diversas sociedades.

“ eu não tenho dúvidas nenhuma que em termos de lei portuguesa, pode não estar ajustada 1º à realidade de hoje, 2º, as próprias religiões, nós falamos sempre dos Jeová e da própria religião, mas há muitas outras que têm isso (...) eu acho é que devia ser feita uma revisão até para perceber qual é o poder que aquela lei possa ter sob aquela pessoa, porquê? Porque não basta só dizerem “se não querem então fiquem em risco de morte (...)”

Diretor Hospitalar

Segundo o Ministério da Saúde (2015), parece ser necessário rever a legislação atual, sendo que existe um conjunto de legislação que se encontra desatualizada, nomeadamente programas, estratégias e ações, que ainda que nunca tenham sido revogadas já não são passíveis de serem aplicadas atualmente.

Sensibilização do Corpo Clínico

No decorrer das entrevistas, foi possível verificar que não são muito conhecidas as alternativas às transfusões de sangue, existindo uma lacuna de conhecimento nesta área, seria então fundamental, investir na sensibilização do corpo clínico de modo a fornecer um melhor e mais adequado tratamento aos pacientes que recusem transfusões de sangue com base neste caso nas suas crenças religiosas.

“ A questão aqui, era ter conhecimento, numa decisão desde tipo não pode haver dúvidas, eu acho que podem haver situações em que existe dúvida, é muito difícil entrar num hospital hoje em dia e que toda a gente tenha esta resposta na ponta da língua sobre quais os tratamentos alternativos à transfusão, acredito que 90% não vai saber, os médicos provavelmente sabem para uma decisão emergente, agora para uma situação em que existe tempo acredito que ninguém sabe e isto na minha opinião pessoal, nós somos para ai 80% cristãos aqui em Portugal a minoria que são Jeovás, têm aquela decisão bem elencada, mas se calhar eles não passam esta resiliência para os 80% e portanto sair de lá é novidade, não é assim tão simples decidir, lá está nos 2 primeiros casos eu não tenho dúvida que eu administrava a transfusão agora no 3º caso dava uma alternativa. ” Diretor Hospitalar

Segundo Pereira e Ribeiro (2014), poucos são os profissionais que estão a par das alternativas ao uso do sangue bem como os seus pacientes. O dever dos profissionais de saúde, é também o de adquirirem o máximo de literacia sobre o tema, de modo a fornecerem aos seus pacientes o melhor tratamento possível (Vale Noivo & Silva Dias, 2018).

De modo a considerar a autonomia do paciente, é fundamental que o corpo clínico esteja apto a fornecer o melhor tratamento possível ao paciente, considerando sempre este princípio. A literatura descreve formas de possíveis tratamentos alternativos, que talvez fossem benéficos explorar e caso se verifiquem efetivamente fiáveis, considerar a possível adoção por parte dos hospitais, assim como na formação das equipas sobre esta forma alternativa de proceder, fornecendo desta forma o melhor tratamento isento de riscos e adaptadas individualmente a cada paciente (Pereira & Ribeiro, 2014). Segundo Shugart et al., (2013) constatou-se a existência de tratamentos alternativos, em que Patrícia Ford testa os níveis de hemoglobina dos doentes. Se forem baixos o paciente terá que tomar vitamina K e

suplementos de ferro) que são muitas vezes desconsiderados pelos médicos. Tendo sido possível confirmar ainda que o campo medicinal seja notório, as transfusões de sangue não estão 100% livres de acarretarem riscos para os pacientes. Existem cenários em que colocar a vida do paciente em risco pela não adesão à transfusão de sangue não é mais prejudicial do que o risco que se segue à própria da transfusão de sangue (Shugart et al., 2013).

As alternativas às transfusões de sangue, têm vindo a ser estudadas nas últimas décadas, a medicina tem vindo a desenvolver inúmeras técnicas e tratamentos de modo a evitar o uso de sangue (Modesto et al., 2019).

Conclusão

Após analisar os resultados da presente dissertação, é-nos possível afirmar que o surgimento de dilemas em contexto médico não são situações raras, quando um ou mais Direitos Fundamentais colidem entre si.

Em primeiro lugar, os resultados demonstram que, quanto maior for o grau de proximidade do profissional de saúde com o paciente no decorrer do tratamento mais este defende que o Direito de liberdade de escolha do paciente deve ser respeitado, enquanto que quanto mais distante esteja por exemplo, Diretor Hospitalar e Assistente Social defendem que a Direito à Vida se sobrepõe a qualquer outro Direito individual.

É também possível compreender que, é válido um paciente maior de idade que recuse tratamento médico com base nas suas crenças desde que esteja devidamente informado sobre os riscos que essa decisão pode acarretar para a sua vida, partindo da premissa de que este doente tenha sido informado devidamente através do consentimento informado e adaptado, prestado pelas equipas multidisciplinares de saúde.

No caso de se tratar de um paciente menor de idade e os pais se oponham ao tratamento médico a responsabilidade legal é transferida temporariamente ao Estado até que o tratamento seja finalizado e o menor seja salvo.

É fundamental que haja uma revisão dos regulamentos na área da saúde e que exista uma maior sensibilização sobre os tratamentos alternativos que possam existir para além das transfusões de sangue.

O tema da presente Dissertação é relevante e atual, pois como referido no capítulo dos resultados, o tipo de cenário abordado - recusa de transfusões de sangues por parte das TJ - ocorre com frequência, devendo, por isso, ser alvo de debate. É então fundamental investir na sensibilização e futuramente na revisão da legislação da área da saúde de modo a que esta consiga comportar o maior número de religiões e culturas possível.

Forças e Limitações do Estudo

As forças do estudo passam por ser um tema atual, que é alvo de muita atenção por parte da comunidade científica e que continua a ser alvo de importantes debates, no entanto a literatura é escassa no que diz respeito à relação entre as variáveis escolhidas e a recusa de sangue por parte das Testemunhas de Jeová.

As limitações, deveram-se sobretudo à escassa literatura existente sobre o tema de como os profissionais de saúde interpretam os dilemas éticos, que advêm da recusa das transfusões de sangue por parte das TJ e como agem face aos mesmos com base nos seus padrões morais, pelo número de participantes e pelo prazo para realizar a presente dissertação.

Sugestões para Investigações Futuras

As propostas para estudos futuros passam por: aumentar a dimensão da amostra, ter mais profissões representadas, abordarem outras variáveis como por exemplo, a avaliação psicológica a menores que recusam tratamento.

Implicações para a Prática Clínica

Sendo um tema tão atual e pertinente, no qual os psicólogos são de facto necessários, pois são estes que muitas vezes estabelecem uma ponte entre a família, a equipa de saúde e que realizam as possíveis avaliações que possam ser necessárias, prestando o apoio psicológico às famílias e/ou ao paciente. É ainda fundamental ressaltar, a necessidade de prestar apoio psicológico aos profissionais de saúde.

É então necessário, que se aprofunde esta investigação de forma que, seja possível continuarem a surgir novos temas a ter em consideração, tendo por objetivo a prestação de um melhor serviço clínico e psicológico.

Referências bibliográficas

- Abreu, C. R. S. (2015). *Os menores e o consentimento informado para o ato médico* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- Alves, D. R., Carvalho, I., Tellechea, I., Sousa, M., & Ribeiro, P. (2000). *Dilemas Éticos e Legais em paciente Testemunha de Jeová*. 20061.
- Amado, J. (2014). Manual de investigação qualitativa em educação. Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>
- Ames, M. C. F. D. C., Costa, A. E., Serafim, M. C., & Pinheiro, D. M. (2016). O arcabouço metodológico da teoria do desenvolvimento moral de Lawrence Kohlberg em pesquisas sobre a racionalidade nas organizações: Uma análise dos resultados obtidos com o uso do Defining Issues Test – 2. *XL Encontro da ANPAD*, 1–16.
- Anderson, J. R. (2015). The social psychology of religion. Using scientific methodologies to understand religion. In: B. Mohan (Ed.), *Construction of social psychology: Advances in psychology and psychological trends series*. Science Press.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273–294.
<https://doi.org/10.1590/s1413-294x1998000200006>
- Assembleia da República. (2005). Constituição da república portuguesa. Assembleia da República. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Azevedo, G. X., & Lemos, C. T. (2018). O sistema de crenças: Aspectos qualitativos. *Estudos de Religião*, 32(3), 51. <https://doi.org/10.15603/2176-1078/er.v32n3p51-67>
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Persona Psicologia.

- Barroso, L. R. (2010). Parecer: Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por testemunhas de Jeová. Dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. *Revista de Direito Da Procuradoria Geral Do Rio de Janeiro*, 65, 327–359.
- Bataglia, P. U. R., de Moraes, A., & Lepre, R. M. (2010). A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 15(1), 25–32. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2010000100004>
- Batista, B., Rodrigues, D., Moreira, E., & Silva, F. (2021). Técnicas de recolha de dados em investigação: Inquirir por questionário e/ou inquirir por entrevista. In *Reflexões em torno de metodologias de investigação: Recolha de dados* (Vol. 2).
- Beyond Blue. (2018, November). *National Mental Health and Wellbeing Study of Police and Emergency Services*. Beyond Blue. <https://www.beyondblue.org.au/about-us/about-our-work/workplace-mental-health/pes-program/national-mental-health-and-wellbeing-study-of-police-and-emergency-services>
- Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: Da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179–191.
- Carvalho, A. M. V. (2018). *Harmonização entre os direitos dos pais de educação e manutenção dos filhos e o superior interesse da criança: Breve análise do Caso Pontes contra Portugal* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- Chand, N. K., Subramanya, H. B., & Rao, G. V. (2014). Management of patients who refuse blood transfusion. *Indian Journal of Anaesthesia*, 58(5), 658–664. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.144680>
- Connors, M. H., & Halligan, P. W. (2015). A cognitive account of belief: A tentative road map. *Frontiers in Psychology*, 5(February), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01588>
- Constituição da República Portuguesa. (2005). VII Revisão Constitucional. CRP

- Crain, W.C. (1985). Kohlberg's stages of moral development. In *Theories of Development*, 118–136. Prentice-Hall. <http://www.polsci.tu.ac.th/lawrence.pdf>
- Da Costa Claro, P., & Mota, C. P. (2021). The role of the personality and coping strategies on investment in appearance in young adults. *Psicologia*, 34(2), 143–158. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i2.1516>
- Diário da República. (2016). **(Capítulo III)**. Código deontológico: Ordem dos médicos, 2(139), **(9)**.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O Modelo de coping em Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11, 55–66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Duarte Moritz, R. (2009). *Fairness, not maleficence, in terminal critical patients care* <https://www.scielo.br/j/rbti/a/Sy9TnSNqDDXmDcZ5sCWy3Ls/?format=pdf&lang=pt>
- Durkheim, E. (1959). *Contrato Social*. 21(3), 1149–1153.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Entidade Reguladora de Saúde. (2009). *Consentimento informado - Relatório final*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf
- Escada, A. V. (n.d.). *O Consentimento e a recusa informados em idade pediátrica*.
- Fagundes, M. M., Zanella, M., & Torres, T. L. (2012). Cidadão em foco: Representações sociais, atitudes e comportamentos de cidadania. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(1), 55–69.
- Félix, M. F. (2022). *Recusa à indicação de transfusão de sangue em pacientes testemunhas de jeová: Uma abordagem ética/bioética* [Graduation, Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde]. Repositório Institucional UFCS.

- Figueiredo, J. P. (2015). *Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida: Indicadores de risco epidemiológico: Avaliação de estados de saúde e doença* [Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra]. ProQuest.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239.
<https://doi.org/10.2307/2136617>
- Fraser, J., Fahlman, D., Arscott, J., & Guillot, I. (2018). Pilot testing for feasibility in a study of student retention and attrition in online undergraduate programs. *International Review of Research in Open and Distance Learning*, 19(1), 260–278.
<https://doi.org/10.19173/irrodl.v19i1.3326>
- Garraud, O., & Tissot, J.-D. (2018). Transfusion and refusal: Trials and tribulations. *International Journal of Clinical Transfusion Medicine*, 6, 15–20.
<https://doi.org/10.2147/ijctm.s150554>
- Godoy, A. S. (1995a). Introdução à pesquisa qualitativa e as suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 35(2), 57–63. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000200008>
- Greenslade, J. H., Wallis, M. C., Johnston, A., Carlström, E., Wilhelms, D., Thom, O., Abraham, L., & Crilly, J. (2019). Development of a revised Jalowiec Coping Scale for use by emergency clinicians: A cross-sectional scale development study. *BMJ Open*, 9(12), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033053>
- Hendrickson, J. E. (2013). Management of Patients Who Refuse Blood Transfusion. In *Transfusion Medicine and Hemostasis: Clinical and Laboratory Aspects: Second Edition* (Second Edition). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397164-7.00054-9>
- Hoffman, A. (2016). Jehovah's witness parents' refusal of blood transfusions: Ethical considerations for psychologists. *Journal of Health Psychology*, 21(8), 1556–1565.
<https://doi.org/10.1177/1359105314558896>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022, July 7). *Declaração de recusa de transporte e/ou procedimentos médicos*. Serviço Nacional de Saúde.

https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/06/Mod.INEM_.423-1.-Recusa-Transporte.pdf

King, S. D. W., Dimmers, M. A., Langer, S., & Murphy, P. E. (2013). Religion of their Patients in Pediatric and Oncology Settings in the Northwest USA. *Journal of Health Care Chaplaincy Doctors' Attentiveness to the Spirituality*, 37–41.

<https://doi.org/10.1080/08854726.2013.829692>

Kipper, D. J. (2015). Limites do poder familiar nas decisões sobre a saúde de seus filhos – diretrizes. *Revista Bioética*, 23(1), 40–50. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231044>

Kohlberg, L. (1958). The development of modes of moral thinking and choice in the years 10 to 16 [Doctoral dissertation, The University of Chicago]. ProQuest.

Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Desclée de Brouwer.

Krippendorff, K. (2004). Measuring the Reliability of Qualitative Text Analysis Data. *Quality & Quantity*, 38(6), 787–800. <https://doi.org/10.1007/s11135-004-8107-7>

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1–21.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.44.1.1>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.

learning. *Journal of Research in Science Teaching*, 2(3), 176–186

<https://doi.org/10.1002/tea.3660020306>

Leiria, C. (2004). Transfusões de sangue contra a vontade de paciente da religião testemunhas de jeová: Uma gravíssima violação de direitos humanos. *Atuação*, 14, 203–258.

Liberdade religiosa. (n.d.) Diário da República.

<https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/liberdade-religiosa>

- Lopes, J. A. (2014). Bioethics - A brief history: From the Nuremberg code (1947) to the Belmont report (1979). *Revista Médica de Minas Gerais*, 24(2), 262–273. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20140060>
- Maina, E. W. (2015). *The effect of peer pressure: A case study of the public service* [Master's thesis, University of Nairobi]. Academia.
- Marsh, K. L., Wallace, H. M., Johnson, B. T., Eds, M. P. Z., & Attitude, H. (2021). The Influence of Attitudes on Beliefs: Formation and Change. *The Handbook of Attitudes*, January, 383–410. <https://doi.org/10.4324/9781410612823-17>
- Martins, L. C., & Branco, A. U. (2001). Desenvolvimento moral: Considerações teóricas a partir de uma abordagem sociocultural construtivista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(2), 169–176. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722001000200009>
- McCormick, T. R. (2014, April). *Spirituality and Medicine*. UW Medicine Department of Bioethics and Humanities. <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/detail/79>
- Mendes, E. D. P. D. A. (2012). *Quebrando as regras: Um estudo sobre testemunhas de jeová desassociadas* [Master's thesis, Universidade Federal da Paraíba]. Repositório Institucional da UFPB.
- Menin, M. S. S. (1996). Desenvolvimento moral. In: L. Macedo (Ed.), *Cinco estudos de educação moral* (pp. 37-104). Casa do Psicólogo.
- Ministério da Saúde. DGS. (2015). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. *Direção-Geral Da Saúde*, 38.
- Modesto, T., Paiva, A. C., Rodrigues, A. G., & Moraes, T. I. (2019). Estratégias alternativas para transfusão de sangue. *Revista Saúde em Foco*, 11, 1362-67.
- Mollborn, S. E. S. and S. (2015). Social determinant and health behaviours. *Physiology & Behavior*, 176(10), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.002.Social>
- Nation, U. (2015). Health policy interventions and systems. In *World Economic and Social Survey*.

- Nunes, V. B., & Bataglia, P. U. R. (2019). Trabalho com dilemas morais na resolução de conflitos entre escolares: Fundamentos habermasianos a teoria kohlberguiana. *Revista de Educação PUC-Campina*, 24(1), 125.
- Nuremberg, T. I. (1947). *Código de Nuremberg*
- Office for Human Research Protections (2022, October 17). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. HHS.gov. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- Oliveira, C. I. D., Pires, A. C., & Vieira, T. M. (2009). A terapia cognitiva de Aaron Beck como reflexividade na alta modernidade: Uma sociologia do conhecimento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(4), 637-645. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000400020>
- Pender, N. J. (1990). Expressing health through lifestyle patterns. *Nursing Science Quarterly*, 3(3), 115–122. <https://doi.org/10.1177/089431849000300306>
- Pereira, A. L., & Ribeiro, M. C. (2014). Terapias Alternativas Às Transfusões De Sangue. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 566–579. <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1597>
- Piaget, J. (1964). Part I: Cognitive development in children
- Pires, A. C. (2013). Sistema de estruturação de crenças sociointerativo: Estruturação de crenças, lógicas de interação e processos de contingenciamento. *Psicólogo In Formação*, 17(17), 133–191. <https://doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v17n17p133-191>
- Policastro, D. (2011). As Testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue. *Consultor Jurídico*, 3(2), 1–4.
- Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. (1990). *Convenção sobre os direitos da criança*. Legislação. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1894&tabela=leis

- Rego, S. (2003). *Teoria do desenvolvimento moral de Jean Piaget e Lawrence Kohlberg*, 75–102. FIOCRUZ.
- Rego, S. (2005). Teoria do desenvolvimento moral de Jean Piaget e Lawrence Kohlberg. *A Formação Ética Dos Médicos: Saindo Da Adolescência Com a Vida (Dos Outros) Nas Mãos*, 75–102. <https://doi.org/10.7476/9788575413241.0005>
- Rosa, L. S. da, & Mackedanz, L. F. (2021). A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. *Atos de Pesquisa Em Educação*, 16, 8574. <https://doi.org/10.7867/1809-0354202116e8574>
- Rosenberg, M. J., Hovland, C. I., McGuire, W. J., Abelson, R. P., & Brehm, J. W. (1960). *Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components. (Yales studies in attitude and communication.)*. Yale University Press.
- Rossberg, J. I., Eiring, Ø., & Friis, S. (2004). Work environment and job satisfaction: A psychometric evaluation of the Working Environment Scale-10. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(7), 576–580. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0791-z>
- Sandu, A., Caras, A., & Nica, E. A. (2013). The levels of doctor-patient relationship: Analysis from the Kohlberg's theory of moral development. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 92(Lumen), 846–853. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.08.764>
- Sharot, T., Rollwage, M., Sunstein, C. R., & Fleming, S. M. (2021). Why and when beliefs change: a multi-attribute value-based decision problem.
- Shugart, J., Richter, R., Williams, C.P., S., Sanford, J., Conger, K., Digitale, E., & White, T. (2013). Blood: What do we know about it? *Stanford Medicine*, 58.
- Sousa, P. M. L. (2006). Desenvolvimento moral na adolescência. *O Portal do Psicólogo*, 1–21.
- Souza, L. K. de. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: Conhecendo a análise temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 51–67.

- Swallow, V. M., Nightingale, R., Williams, J., Lambert, H., Webb, N. J., Smith, T., Wirz, L., Qizalbash, L., Crowther, L., & Allen, D. (2013). Multidisciplinary teams, and parents, negotiating common ground in shared-care of children with long-term conditions: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, *13*(1).
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-264>
- Teixeira, J. C., & Leal, I. (1990). Psicologia da saúde - contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, *8*, 453–458.
- Thompson H. A. (1989). Blood transfusions and Jehovah's Witnesses. *Texas Medicine*, *85*(4), 57–59.
- UNICEF. (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. *Unicef*, 1–80. https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vale Noivo, A. R., & Silva Dias, A. (2018). *O Tratamento médico e a sua recusa: Uma análise à luz do direito penal* [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório ULisboa.
- Viegas, A. M. (2008). *A Bioética Entre as Convicções do Doente e o Avanço Científico, na Área da Medicina Transfusional*. [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
- Xu, H. (Grace), Johnston, A. N. B., Greenslade, J. H., Wallis, M., Elder, E., Abraham, L., Thom, O., Carlström, E., & Crilly, J. (2019). Stressors and coping strategies of emergency department nurses and doctors: A cross-sectional study. *Australasian Emergency Care*, *22*(3), 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.10.005>
- Yilmaz, O., Bahçekapılı, H.G., Sevi, B. (2019). *Theory of Moral Development*. In: Shackelford, T., Weekes-Shackelford, V. (Eds) Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science. https://doi.org/10.1007/978-3-319-16999-6_171-1
- Zito, D. M., Listening, P., Hospitalized, O. F., & Study, A. C. (2009). *A escuta psicanalítica do paciente hospitalizado e da equipe: Estudo de caso*. *7*(1), 23–43.

Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Europeia



PARECER

DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO

DA UNIVERSIDADE EUROPEIA

Projeto de Investigação em análise: **Entrevista para Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde: Reflexão sobre a influência das crenças religiosas na adesão a comportamentos de saúde. Estudo qualitativo com figuras de referência.**

Investigadora: Adriana Figueiredo; Orientador: Professor Doutor Miguel Nery

Unidade Curricular: Dissertação

A Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Europeia dá o seu parecer favorável ao projeto de investigação em epígrafe, tendo por base as informações a que teve acesso através do orientador, Doutor Miguel Nery, designadamente o acesso a dados pessoais pseudonimizados. A pseudonimização dos dados considerados pessoais, é recomendada por forma a reduzir os riscos de exposição dos titulares de dados e a possibilitar uma segurança adicional para a Universidade Europeia, entidade responsável pelo tratamento. Em caso de vir a ser utilizado dados pessoais, reitera-se que seja cabalmente respeitado o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

Reitera-se que sejam respeitadas, ainda, os Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos, constantes das Declarações de Helsínquia da Associação Médica Mundial, bem como as recomendações da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.

Lisboa, 29 de janeiro de 2021

Cristina Maria de Gouveia Caldeira

Presidente da Comissão de Ética



Anexo II – Guião de Entrevista

No âmbito da Tese de Mestrado com o título ‘Estudos dos dilemas éticos e estratégias de coping adotados por profissionais de saúde face à recusa de transfusões de sangue por motivos religiosos’ pedido aos participantes que respondam a um conjunto de perguntas com base em 3 dilemas éticos, partilhando experiências prévias ou expondo a sua opinião e como pensam que agiriam perante determinadas situações.

Exemplos:

Exemplo 1. Caso São Paulo⁵

1. Enquadramento

A Justiça de São Paulo autorizou o Hospital Unimed de Piracicaba a realizar uma transfusão de sangue em uma paciente que se recusava a receber o tratamento por convicções religiosas. A professora J.P., de 58 anos, foi internada em julho com um quadro de hemorragia digestiva. Os médicos entenderam que seria necessário realizar uma endoscopia para investigar a localização da hemorragia mas, por se tratar de um exame invasivo, queriam submetê-la a uma transfusão de sangue para a estabilização do quadro clínico. A professora, no entanto, por seguir os preceitos da associação religiosa Testemunhas de Jeová, não aceitou o tratamento proposto.

2. Princípio de liberdade religiosa

De acordo com a Igreja, a bíblia proíbe os cristãos de aceitar sangue por ser algo sagrado, que representa a vida. Veda a transfusão, assim como ingerir alimentos com sangue. Diante da recusa, o hospital recorreu à Justiça alegando que a professora corria risco de morte iminente por estar em choque hemorrágico. "O hospital tem o dever de preservar a vida da paciente", afirmou no processo.

⁵ Fonte:

<https://noticias.uol.com.br/colunas/rogerio-gentile/2021/10/19/justica-obriga-testemunha-de-jeova-a-receber-transfusao-de-sangue.htm?cmpid=copiaecola>

3. Princípio de preservação da vida

O juiz Lourenço Carmelo Tôrres concedeu uma tutela de urgência autorizando a Unimed a adotar todos os procedimentos médicos necessários para a preservação da vida da professora "ainda que contra a vontade da mesma". O mesmo referiu na sentença que:

“A escusa religiosa não pode se sobrepor ao direito à vida”.

Com base nesta decisão, os médicos sedaram a professora e a transfusão de sangue acabou mesmo por ser realizada.

4. Conflito ético e queixa

No seguimento desta acção, foi apresentada uma petição à Justiça por parte de J.P., em que considerou ter sido torturada, e que encara o ato médico como uma violação. "A ideia de sedar um cidadão adulto e capaz para submetê-lo a tratamento médico invasivo soa totalmente descabida, inaceitável e irracional", disseram os advogados à Justiça. "É assustadora". A defesa declarou no processo que a professora havia tomado uma decisão inequívoca, reconhecendo a responsabilidade por sua escolha e que a Constituição não permite que um médico assuma a posse do corpo de um paciente a ponto de decidir por ele qual a melhor maneira de seguir a sua vida.

"Trata-se de uma escolha existencial legítima, baseada em crenças religiosas que não podem ser questionadas por outros." A professora afirmou à Justiça que o tratamento forçado lhe causou sérios danos morais e psicológicos e exige o pagamento de uma indenização.

5. Defesa do hospital

Em sua defesa, o representante do hospital defende - citando o artigo 5º da Constituição - que o direito à vida prevalece em relação aos demais direitos individuais, inclusive a liberdade de crença. Referiu ainda que a professora teria poucas horas de vida se o procedimento não tivesse sido realizado.

Questões:

1. Geral

- O que pensa desta situação? O que sentiu?
- Conhece alguma situação semelhante?
- Se de um menor se tratasse a sua opinião seria igual ou diferente? Porquê?

2. Conduta específica

- Os médicos deviam ter feito a transfusão de sangue ainda que contra a vontade da professora? Porquê?
- Como agiria numa situação semelhante (coping)?
- Como deveria actuar a equipa? O que pensa dos procedimentos adoptados neste caso?

3. Ética e deontologia

- Quais os princípios que guiam a sua acção? Que princípios devem prevalecer?
- O que deveria ser feito? Qual o racional para as medidas que apresenta?

4. Enquadramento legal

- Existem medidas nas organizações nacionais? Qual o enquadramento legal?

Exemplo 2: Caso Lisboa⁶

1. Enquadramento

O Tribunal da Relação de Lisboa admitiu num acórdão que um jovem de 16 anos, com leucemia, “[tem o direito a escolher entre a vida e a morte](#)”, se provar que toma a decisão de forma livre e consciente, e que tem maturidade para compreender as consequências da decisão de não receber uma transfusão de sangue - que lhe é vital - por ser Testemunha de Jeová.

2. Conflito ético/legal

A decisão da Relação de Lisboa apesar de inédita não surpreende o professor de Direito da Família, Jorge Duarte Pinheiro, porque esta tem acolhimento na escola de Direito de Coimbra. No entanto este professor da Universidade de Lisboa “não encontra base legal para a decisão tomada” pela instância a quem o jovem recorreu. Duarte Pinheiro defende que não há norma específica que possa conferir essa faculdade a um adolescente de 16 anos sobre uma questão de vida ou de morte. Trata-se de uma extrapolação a partir do 38 número 3 do artigo do Código Penal que, no entanto, “tem um quadro de aplicação muito circunscrito”.

⁶ Fonte:

<https://rr.sapo.pt/artigo/em-nome-da-lei/2021/10/16/uma-crianca-de-16-anos-tem-liberdade-para-escolher-morrer/257117/>

Na mesma linha, a procuradora jubilada e atual presidente do Instituto de Apoio à Criança, Dulce Rocha, diz que “reconhecer que um jovem de 16 anos tem direito a decidir sobre a vida ou a morte torna completamente incoerente o nosso sistema legal, uma vez que não é reconhecido ao menor de idade outros direitos bem menos importantes como o direito de voto”.

Também a enfermeira Carmen Garcia sublinha “a incoerência de um sistema jurídico que reconhece que um jovem de 16 anos tem o direito a condenar-se à morte, em nome da sua liberdade religiosa, quando não se lhe reconhece o direito de voto ou o direito a ter carta“. Conta que os responsáveis pelas Testemunhas de Jeová exercem uma enorme pressão sobre os seus membros que estão hospitalizados, para impedir que sejam convencidos pelos médicos e enfermeiros a receberem as transfusões de sangue que podem salvar-lhes a vida.

A enfermeira explica que "não há medicação alternativa à transfusão em muitos casos, ao contrário do que argumentam as Testemunhas de Jeová". E por isso defende que alguém que opta por não aceitar o tratamento "não está a tomar uma decisão esclarecida" porque essa decisão é tomada com base em argumentos desmentidos pela ciência. São casos limite, diz, é a transfusão ou a morte. E recorda que a doente uma doente de 21 anos cujo caso seguiu acabou por morrer, porque se opôs sempre a que lhe fosse dada a transfusão.

3. Pressão social e cultural

A enfermeira contesta também que “possa falar-se de uma decisão esclarecida e consciente do doente, quando os anciãos das Testemunhas de Jeová exercem a pressão que exercem sobre os doentes. Acampam literalmente nos hospitais. E os doentes sabem que se aceitarem receber a transfusão são irradiados do seu culto, onde está todo o seu círculo familiar e de amigos”.

Questões:

2. Geral

- O que pensa desta situação? O que sentiu?
- Conhece alguma situação semelhante?

5. Conduta específica

- Como agiria numa situação semelhante (coping)?
- Como deveria actuar a equipa? O que pensa dos procedimentos adoptados neste caso?

6. Ética e deontologia

- Quais os princípios que guiam a sua acção? Que princípios devem prevalecer?
- O que deveria ser feito? Qual o racional para as medidas que apresenta?

7. *Enquadramento legal*

- Existem medidas nas organizações nacionais? Qual o enquadramento legal?

Exemplo 3: Caso Catalunha⁷

1. *Enquadramento*

Em 1994, Marcos, que tinha 13 anos de idade e, na sequência de queda de bicicleta, foi encaminhado para um hospital catalão, onde, atendendo à existência de alto risco hemorrágico, os médicos prescreveram uma transfusão de sangue.

2. *Conflito ético/legal*

Os pais, Testemunhas de Jeová, opuseram-se ao procedimento, solicitando tratamento alternativo. Tendo-lhes sido dito que o hospital não dispunha de alternativa à transfusão, tentaram transportar a criança para outro hospital.

3. *Princípio de liberdade religiosa*

O tribunal interveio, confiando a criança ao estabelecimento de saúde. Com base na decisão judicial, os médicos procuraram efetuar a transfusão, o que não conseguiram devido à resistência veemente de Marcos, que partilhava a fé dos pais.

4. *Princípio de preservação da vida*

Dadas as circunstâncias, foi concedida alta à criança, para que os pais a levassem para um local onde pudesse ser administrado tratamento alternativo. No entanto, não foi possível efetuar esse tratamento, tendo sido realizada, em seu lugar, uma transfusão de sangue, por nova decisão judicial, num momento em que Marcos se encontrava já em coma profundo.

5. *Conflito ético/legal*

O procedimento, demasiado tardio, não obsteu à morte da criança, que ocorreu quando ainda não tinham decorrido duas semanas desde o acidente de bicicleta. Condenados por

⁷ Fonte: Pinheiro, D. J. (2021). *Temas de Direito Pediátrico* (GESTLEGAL (ed.); 1º).

homicídio do filho, os pais recorreram da sentença para o Tribunal Constitucional, que anulou a condenação, por colidir com o direito fundamental de liberdade religiosa dos recorrentes.

1. O que sentiu?
2. A religião deveria sobrepor-se à vida do filho?
3. Segundo a sua perspectiva como pensa que atuaria numa situação semelhante?
4. Qual é a coisa que considera mais importante que um pai deve ter em conta no que respeita ao seu filho?

Questões:

1. Geral

- O que pensa desta situação? O que sentiu?
- Conhece alguma situação semelhante?

2. Conduta específica

- Os médicos deviam ter feito a transfusão de sangue ainda que contra a vontade de Marcos e dos Pais? Porquê?
- Como agiria numa situação semelhante (coping)?
- Como deveria actuar a equipa? O que pensa dos procedimentos adoptados neste caso?

3. Ética e deontologia

- Quais os princípios que guiam a sua acção? Que princípios devem prevalecer?
- O que deveria ser feito? Qual o racional para as medidas que apresenta?

4. Enquadramento legal

- Existem medidas nas organizações nacionais? Qual o enquadramento legal?

Anexo III - Consentimento Informado



Consentimento informado

Entrevista para Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde:

Estudos dos Dilemas Éticos relacionados com as transfusões de sangue, uma perspetiva das equipas multidisciplinares de Saúde

Investigadora: Adriana Figueiredo

Orientador: Professor Doutor Miguel Nery

Em concordância com as Declarações Helsínquia da Associação Médica Mundial, o código deontológico e ético da American Psychological Association e da Ordem dos Psicólogos Portugueses relativamente à investigação realizada, informamos que a sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar ou retirar-se a qualquer altura, sem nenhum tipo de prejuízo, ou penalização. Pode também igualmente corrigir os dados durante todo o tempo. A entrevista será gravada para posteriormente ser transcrita e ser analisada recorrendo à análise de Conteúdo. Apenas os investigadores terão acesso aos dados.

As informações pessoais recolhidas serão anonimizadas e não serão reveladas a terceiros.

Os dados serão usados apenas com a finalidade a que se refere esta investigação, e, no âmbito de publicações científicas/académicas, onde os resultados agregados serão publicados sem individualizar a informação à luz dos direitos, liberdades e garantias, salvaguardando os legítimos interesses dos participantes envolvidos.

No caso de concordar em participar neste estudo, solicitamos que preste o seu acordo e consentimento informado, assinalando nas caixas de verificação em baixo, referentes a cada afirmação:

sejo participar no estudo (*“Estudos dos Dilemas Éticos relacionados com as transfusões de sangue, uma perspetiva das equipas multidisciplinares de Saúde”*)

claro ter lido e compreendido a informação prestada, incluindo o âmbito em que este trabalho está a ser realizado, os seus objetivos e o tratamento de dados pessoais.

mpreendo que posso, em qualquer altura, desistir de participar neste estudo sem ter que dar qualquer justificação e sem ter qualquer tipo de penalização.

nsinto no tratamento das minhas respostas à entrevista para as finalidades do estudo de investigação supra assinaladas.

nsinto dar indicação do meu e-mail para ser conservado, pelo prazo máximo de 1 ano, como meio de contacto no sentido de ser convidado a participar num estudo com este relacionado.

Assinatura: _____ Data: __/__/__

Anexo IV – Declaração de Recusa de Transporte e/ou Procedimentos Médicos



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Evento CODU n.º

--	--	--	--	--	--	--	--

DECLARAÇÃO DE RECUSA DE TRANSPORTE E/OU PROCEDIMENTOS MÉDICOS DECLARATION OF REFUSAL OF TRANSPORTATION AND MEDICAL PROCEDURES

Português: Declaro que expliquei o procedimento ao utente e/ou seu representante legal, abaixo identificado(s), bem como os riscos inerentes à sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo e que de acordo com o estabelecido na Deliberação nº 25/2012 do Conselho Diretivo do INEM – Substituição do consentimento real pelo consentimento presumido do doente, no meu entendimento, o utente e/ou seu representante legal está em condições de compreender o que lhe foi informado, pelo que procedi em conformidade com a sua decisão.

English: I have informed the patient or the patient legal representative of the risks of refusing ambulance transport and medical procedures, in accordance with INEM Policy 25/2012, ensuring she/he is capable of providing informed consent. It is my understanding that the patient or the patient legal representative realized that refusing pre-hospital treatment or refusing transportation to the hospital for further evaluation and treatment could make the patient's condition worsen and/or cause additional problems, including death or permanent disability.

Français: Je déclare que j'ai expliqué la procédure au patient et/ou à son représentant légal, identifié (s) ci-dessous, ainsi que les risques de son refus, ayant répondu aux questions qui m'ont été posées. Conformément aux dispositions de Résolution n° 25/2012 Conseil du INEM – remplacement du consentement effectif par le consentement présumé du patient, dans ma compréhension, le patient et/ou son représentant légal est (sont) en mesure de comprendre ce que lui (leur) a été expliqué, et j'ai donc procédé conformément à sa (leur) décision.

Deutsch: Hiermit erkläre ich, dass ich den Patienten und/oder seinen gesetzlichen Vertreter, welche weiter unten benannt sind, über die unten beschriebenen Hilfsmassnahmen und über die aus einer Ablehnung derselben resultierenden Risiken aufgeklärt und auf seine dahingehenden Fragen geantwortet habe. Im Einklang mit dem Beschluss des Verwaltungsrats des INEM, Nr. 25/2012 (Ersatz der tatsächlichen Einwilligung durch mutmaßliche Einwilligung des Patienten), ist der Patient und/oder sein gesetzlicher Vertreter in der Lage, die ihm Übermittelten Informationen zu verstehen. Deshalb gehe ich gemäß seiner Entscheidung vor.

Español: Declaro que expliqué al paciente y/o a su representante legal identificado(s) abajo, los riesgos inherentes a su decisión de recusa, habiendo respondido a las preguntas formuladas por el mismo. De acuerdo con lo establecido en la Deliberación nº 25/2012 del Consejo Directivo del INEM – Substitución del consentimiento real por el consentimiento asumido por el paciente, a mi entender, el paciente y/o su representante legal está(n) en condiciones de comprender la información que le(s) fue dada, por lo cual procedí en conformidad con su decisión tomada.

Assinatura legível do profissional de saúde / N° de identificação profissional

Para os devidos efeitos, declaro ter sido informado(a) dos riscos inerentes à minha decisão e assumir toda a responsabilidade pelas eventuais consequências de recusar o:

- EN For the proper effects, I declare that I was informed of the riskiness of my decision and I take full responsibility for possible consequences of refusing.
- FR À des fins appropriées, je déclare avoir été informé des risques inhérents et j'assume toutes les responsabilités même si les conséquences peuvent être les suivantes refuser.
- DE Über die möglichen Folgen der Ablehnung bin ich aufgeklärt worden. Ich übernehme die volle Verantwortung für die möglichen Folgen meiner Ablehnung. Lehne hiermit.
- ES Para los debidos efectos, declaro tener sido informado de los riesgos inherentes a mi decisión y asumir toda la responsabilidad por las eventuales consecuencias de rechazar.

Procedimento de | the medical procedurs of/la procédure/die hilfeleistung/el procedimiento de _____

Transporte ao serviço de saúde | transportation by ambulance/ transport à l'hôpital/transport in ein Krankenhausab/transporte para el servicio de salud

Nome | Name/Nom et prénom/Name/Nombre _____

Documento de identificação/N° | identity card/porteur de la carte d'identité/personalausweis _____

Utente | patient/usuário

Representante legal | legal representative/représentant legal/gesetzlicher vertreter von/representante legal

<p>_____/_____/_____</p>	<p>Assinatura legível signature/signature lisible/leserliche unterschrift/firma legible</p>
--------------------------	---

Mod. INEM.423/1

Anexo V

Tabela 1. Descrição das categorias que advirão da análise da informação qualitativa das entrevistas

Nº	Categoria	Descrição do Conteúdo
1	Princípios da Medicina	Princípios éticos através dos quais os profissionais de saúde se regem (por exemplo: não maleficência)
2	Regulamento ético/hospitalar	Regras inerentes a cada hospital através das quais os profissionais se têm que reger.
3	Pedido de Sangue	Circuito procedimental prático que um pedido de sangue percorre até ser administrado num paciente.
4	Poder de decisão	Avaliação feita pelos profissionais de saúde com a finalidade de atestar se um menor de idade com mais de 16 anos pode ou não negar a transfusão de sangue.
5	Suporte Psicológico	Acompanhamento psicológico, problemas psicológicos que advenham de por exemplo: da perda de um filho.
6	Frequência	Quantidade de vezes que um determinado cenário se repete num contexto hospitalar.
7	Dilema	Conflito moral decorrente da colisão de princípios éticos.
8	Vivência Corporal	Sensação de invasão reportada por testemunhas de Jeová quando uma transfusão de sangue (ex: sentir sangue recebido como corpo estranho)
9	Direito à Vida	Proteção da vida acima de qualquer outro direito. Este direito encontra-se previsto na constituição.
10	Medidas ético/religiosas / Ajuste das medidas legais	Necessidade de criação/atualização de medidas ético/legais de modo a abranger um maior número possível de culturas.

11	Influência da Pares	Pressão que um indivíduo e/ou um grupo de indivíduos exerce sobre um outro determinado indivíduo como forma de o/os coagir a agir de outra determinada forma (Maina, 2015)
12	Transmissão de responsabilidade Legal	Procedimento legal que ocorre quando existem episódios em que os pais se opõem ao tratamento do filho menor de idade e o Estado fica temporariamente responsável pelo menor até a intervenção médica estar finalizada.
13	Direito Pediátrico	O Direito Pediátrico, assume-se como uma vertente do Direito direcionada à proteção e defesa da infância. Delimitando as formas de atuação da EMS.
14	Inclusão dos responsáveis legais na equipa multidisciplinar	Medida que contempla a inclusão dos responsáveis legais na equipa multidisciplinar de saúde sempre que os profissionais de saúde considerarem que seja benéfico para o paciente.
15	Responsabilização	Documento que qualquer paciente necessita de assinar em caso de rejeição de tratamento.
16	Experiência Profissional	Episódios da vida profissional relatados na 1ª pessoa com pacientes TJ.
17	Estigma Cultural	Preconceito para com uma cultura e/ou religião.
18	Sensibilização em saúde	Explicação detalhada ao paciente do seu estado atual de saúde e orientações médicas de forma a melhorar/tratar este mesmo paciente.
19	Situação emergente	Situações de vida ou morte em que a única solução é a transfusão de sangue.
20	Situação não emergente	Situações em que podem ser considerados tratamentos alternativos, não sendo a transfusão uma necessidade iminente.

22	Motivo de recusa (sub categoria – questões religiosas – motivo da recusa – crenças religiosas)	Compreensão de qual o real motivo da recusa da transfusão de sangue (influência dos pares; motivos religiosos; desconhecimento ...)
23	Dignidade	Base de todos os princípios fundamentais.
24	Sensibilização do corpo clínico sobre Tratamentos Alternativos	Importância de maior conhecimento sobre possíveis tratamentos alternativos à transfusão.
25	Irrelevante	Material transcrito não relevante para o tratamento de dados (ex: interrupções, atender chamadas telefônicas, comentários não relacionados com a entrevista etc). Tendo em consideração o princípio da exaustividade enunciado na metodologia, todo o material recolhido foi alvo de análise (daí a necessidade de criar esta categoria).
26	Atitude negativa face à religião	Atitude negativa face à religião TJ.
27	Expectativa de coping (Coping)	Forma como os profissionais de saúde consideram que iram agir perante determinadas situações.
28	Medidas procedimentais em Hospitalar Privado	Medidas procedimentais que são seguidas no hospital privado. Por exemplo no caso do paciente negar o tratamento prescrito pelo médico (e.g: transfusão de sangue) o hospital tem o poder de transferir este paciente para um hospital público.
29	Decisão médica (coping)	Procedimentos médicos.
30	Procedimentos com Menores de idade	Modus operandi da equipa médica quando se trata de um paciente menor de idade.
31	Consentimento Informado	Documento que os profissionais de saúde utilizam para explicar o que se passa com o doente e possíveis intervenções que necessitam de serem feitas.

33	Coping focado no problema	Esforço para atuar no contexto que deu início ao stress, de forma a alterá-lo (Lazarus, 1983).
34	Coping focado na emoção	Esforço para regular o estado emocional correlacionado ao stress, ou é produto de eventos stressores (Lazarus & Folkman, 1980). Por exemplo, fumar um cigarro, tomar um tranquilizante, ver uma comédia na televisão, praticar exercício físico, são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional (Dias & Ribeiro, 2019).
35	Estádio Pré-convencional	O indivíduo é capaz de avaliar o certo e o errado, com base apenas nos seus próprios interesses, onde não se inclui o receio da punição. As questões morais são consideradas mediante o interesse das pessoas envolvidas (Sousa, 2006).
36	Estádio Convencional	O indivíduo elabora juízos morais tendo por base as regras do grupo social e as expectativas que estes têm sobre o mesmo (normas sociais) (Sandu et al., 2013).
37	Estádio Pós Convencional	No presente estágio, o certo é proceder de acordo com os princípios morais universais, regulados pela reciprocidade e pela igualdade. O pensamento é orientado por convicções e valores gerais (Ames et al., 2015).
38	Dissonância Cognitiva/Conflito de conduta	Surge quando um indivíduo possui uma crença, mas age em desacordo com a mesma.
39	Comportamento de saúde	Ação que cada indivíduo desenvolve com intuito de manutenção, promoção e proteção da saúde

- | | | |
|-----------|-------------------------------|--|
| 40 | Recomendação prática | Importância da realização de anamnese antes de proceder ao internamento do paciente. |
| 41 | Princípio de autonomia | Direito do paciente para consentir ou recusar determinada intervenção médica. |

Anexo VI – Transcrição da Entrevista com o Diretor Hospitalar

Exemplo 1. Caso São Paulo⁸

Questões:

Geral

- O que pensa desta situação? O que sentiu? Como deveria atuar a equipa? O que pensa dos procedimentos adotados neste caso?

“ eu se calhar faço a resposta em função do meu trabalho, e do que é que isso podia ter impacto na minha função aqui propriamente dita, isto porquê? Em termos de opinião eu não sou tão radical assim, e num ponto hospitalar, eu faria aquilo que o hospital fez. Não tenho dúvidas disso, porque é uma questão de ética minha também e em termos de ética humana, compreendendo ainda a questão religiosa que foi também apontada e eu entendo também isso, o que é que eu acho?!”

Em termos práticos e olhando para o que acontece num hospital, nós também temos muita atenção a estes temas, porque temos muitas pessoas que vêm de países da arábia saudita e muçulmanos e etc ... e eles cumprem muito à regra isso e em termos práticos no software propriamente dito nós também temos salvaguardadas este tipo de situações que é feito por exemplo um pedido de sangue pelo médico e se aquele pedido não for administrado neste caso poderia não ter sido administrado nós temos que justificar o porquê da não administração porque existe uma lei também que obriga a não administração daquele sangue o porquê, dizer o porquê de não usar. Isto porquê? Porque se eu não estiver a usar também para essa pessoa e também não conseguir usar para outra eu estou a perder 2 vidas, não é?! Portanto eu tenho que arranjar uma forma de ter um circuito que foi montado para isso também ...”

- Conhece alguma situação semelhante?

“ já conheci por acaso uma pessoa que passou por uma situação destas, incluívé dessa religião e não foi fácil ela aceitar. Não ficou com esses traumas psicológicos mas não foi fácil aceitar isso, porque ela tinha mais a questão da crença não tem a ver propriamente com não estar a fazer porque a minha religião é assim, era mesmo por uma questão de acreditar que não

⁸ Fonte:

<https://noticias.uol.com.br/colunas/rogerio-gentile/2021/10/19/justica-obriga-testemunha-de-jeova-a-receber-transfusao-de-sangue.htm?cmpid=copiaecola>

era bom para ela, não tanto a ver com a questão da religião mas sim a ver com o facto de estar a injetar uma coisa que não é minha e que não é bom para mim, e ela tinha muito essa sensação, por outro lado, também ficou convencida que se calhar se não tivesse feito aquilo (transusão) por recomendação dos médicos, familiares e amigos, hoje ela já não estaria cá, portanto tem a visão dos 2 lados, de não querer e ficar com a sensação de que tem uma coisa que não é dela e por outro lado o lado positivo, de que se não aceitar ... (eu perguntei: a família fazia parte dessa religião também ou não tinha nada que ver? R: Fazia, algumas pessoas outras não, porque são casados com religiões diferentes e se calhar esses que não tinham essa mesma crença é que apoiaram)''

- Se de um menor se tratasse a sua opinião seria igual ou diferia? Porquê?

Acho que se fosse menor, acho que era igual, eu diria que era para fazer pelo menos é a minha opinião pessoalmente.

Conduta específica

- Os médicos deviam ter feito a transusão de sangue ainda que contra a vontade da professora? Porquê? Como agiria numa situação semelhante (coping)? O que deveria ser feito? Qual o racional para as medidas que apresenta?

''tem muito a ver com a questão de salvar vidas, aqui no hospital muito respeitando a questão da crença eu não tenho dúvidas que casos emergentes a solução passa por salvar a vida, não tenho dúvidas disso. ''

Ética e deontologia

- Quais os princípios que guiam a sua ação? Que princípios devem prevalecer?

'' a questão mais ética não é só ética, é também ética pessoal, o médico dá a cara acaba por ter que decidir entre a vida e a morte de uma pessoa, portanto se eu estivesse no papel do médico, também optaria por salvar a vida.''

(Eu: No hospital quando o doente recusa a transusão, eles têm que assinar um termo de responsabilidade? E vocês justificam que o doente não aceitou devido as crenças religiosas?

R: Sim. E se a pessoa não tiver capacidade de resposta, se for uma situação emergente, tem que

ser algum responsável legal ou familiar direto e aí lá está, já estamos a passar a decisão ética para outra pessoa.)

Enquadramento legal

- Existem medidas nas organizações nacionais? Qual o enquadramento legal?

“existem medidas, a lei está estipulada sobre essas situações ético religiosas e, portanto, não tenho dúvidas que este hospital e todos os outros seguem essa regra. “

“ para além de que o mais complicado será efetivamente justificar o porquê, qual é que é o critério?! Porque em equipas multidisciplinares é muito complicado, porque estamos sempre a falar do hospital ou do médico, às vezes não é só o médico, é uma equipa multidisciplinar que tem que decidir, e isso é que o problema, porque aí podemos 2 pessoas que são a favor e uma que é contra e aí temos o problema da questão ética dos médicos em si. (Eu: Nesses casos em que há conflito quem é que acaba por ter a decisão final? R: o diretor clínico, porque esse é que é o chapéu maior dentro do hospital quando se trata de uma questão de decisão clínica, às vezes nós achamos que são os administradores ou os presidentes, mas não, o diretor clínico é que é o maior responsável. “

Eu: Imaginando que um doente precisa de uma transfusão de sangue, mas não é uma situação emergente, precisa só na próxima semana, mas que até agora está estável mas o doente se nega a receber a transfusão, não se faz? R: Do conhecimento que eu tenho aqui, nos privados, temos que separar aqui um pouco, porquê? A partir do momento em que o cliente diz que não que e que tem tempo ainda para poder decidir ou seja não é uma situação de emergência, o hospital privado também se pode recusar a ter aquele doente lá, porque depois temos esse tema, não é? Ou seja, o doente não quer, nós também não queremos assumir a responsabilidade de ele morrer, portanto, temos o direito de o poder transferir para um hospital público por exemplo, o público é o último recurso).

Exemplo 2: Caso Lisboa⁹

Questões:

Geral

- O que pensa desta situação? O que sentiu?

“ esta aqui é quase parecido com o que acontece aqui diariamente, não com as TJ mas com as pessoas de etnia cigana porque não temos muitos clientes assim que vêm cá e isso acontece, qualquer coisa que eles tenham que decidir em função da opinião pessoal é quase montado aqui um grupo de pessoas que vem para o hospital e ficam todos à porta para que se houver alguma coisa são eles que decidem entre família. “

“ O que é que eu acho sobre isso? Quase que mantenho a mesma opinião do primeiro caso, porque o que é que acontece? O lema é salvar vidas e se uma criança de 16 anos não me parece que tenha capacidade consciente de poder decidir o que é que é o melhor ou o que é que é o pior e portanto aquilo que nós fazemos aqui em termos hospitalares é sempre tutor ou pai ou mãe que possa vir a ter que decidir e em alguns casos dependendo do caso em que estamos aqui a falar pode ser um adolescentes com outro tipo de problemas até psíquicos pode até ter que ter aqui um apoio mais tutelar mesmo de justiça para apoiar numa decisão dessas, porque não sabemos primeiro que tipo de pais é que temos ali ou que responsáveis é que temos naquela criança portanto quando se trata desse tipo de decisões para o lado negativo mesmo com a pressão que haja desses grupos religiosos ou etnias não tenho dúvida nenhuma que é feita uma consulta mais psicológica e psiquiátrica que vais ajudar nesta decisão falando mais no âmbito de hospitais privados, no público acredito que não seja assim tão linear porque são mais clientes e não é fácil tomar essa decisão, agora em termos pessoais eu continuo a salvar vidas. “

- Conhece alguma situação semelhante?

Não.

Conduta específica

- Como agiria numa situação semelhante (coping)? Como deveria atuar a equipa? O que pensa dos procedimentos adotados neste caso?

” sinceramente, e vou dar o exemplo que acontece aqui neste tipo de situações, acontece com tempo que nos permite fazer isso, o próprio cliente ou neste caso pai ou mãe desta criança

⁹ Fonte:

<https://rr.sapo.pt/artigo/em-nome-da-lei/2021/10/16/uma-crianca-de-16-anos-tem-liberdade-para-escolher-morrer/257117/>

são envolvidos na própria equipa multidisciplinar, ou seja, eles passam a ter também a responsabilidade de tomar a decisão junto com os médicos.”

“Porque às vezes qual é o problema? A decisão às vezes passa quase dos hospitais diretamente para o familiar sem dar o enquadramento do impacto de que aquilo pode ter nos outros, como é que fica o pai e a mãe? Nós procuramos dar sempre resposta a como é que os outros vão ficar caso aquilo tiver que acontecer porque às vezes nós estamos só a olhar para a pessoa, o cliente, mas todos os outros vão ter problemas, os pais se calhar vão ficar com algum problema psicológico e portanto a resposta tem que ser dada aqui pela equipa multidisciplinar.
“

Ética e deontologia

- Quais os princípios que guiam a sua ação? Que princípios devem prevalecer? O que deveria ser feito? Qual o racional para as medidas que apresenta?

“ em termos práticos o que é que eu acho que devia ser feito para menores ou não menores? Ou para qualquer religião? “

“ Eu não tenho dúvidas nenhuma que em termos de lei portuguesa, pode não estar ajustada primeiro à realidade de hoje, segundo, as próprias religiões, nós falamos sempre dos Jeovás e da própria religião, mas há muitas outras que têm isso e nós criamos o estigma que só aquela é que tem aquelas limitações e não é verdade, existem muitas mais eu acho é que devia ser feita uma revisão até para perceber qual é o poder que aquela lei possa ter sob aquela pessoa, porquê?
“

“ Porque não basta só dizerem “se não querem então fiquem em risco de morte “ mas é preciso explicar o porquê, porque é que aquela pessoa tem aquela crença e porque é que ela fica em risco, se calhar aquilo para ela não é um risco, é o fim da vida dela ponto. Se calhar nós que não temos essa religião vemos como um problema e se calhar essas pessoas que têm essa religião não vêm como um problema, veem como um facto e se acontecer nós temos que aceitá-la e eu acho que isso aí é fundamental, que é esclarecer o que é que de facto aquela lei representa tanto para quem é da religião tanto para quem não é, para quem não é, qual é o impacto daquilo?! Eu acho que isto aqui é que e a discussão mais difícil de ter, porque quando se trata da própria pessoa, pode ser mais fácil do que se forem os próprios pais a decidirem. “

Exemplo 3: Caso Catalunha¹⁰

Questões:

Geral

- O que pensa desta situação? O que sentiu?

“ aqui é um pouco diferente, porque neste caso tiveram mais tempo para poder fazer algum outro tratamento, aqui existia a oportunidade de os pais levarem para outro sitio e tentarem um plano B em relação a isto, na minha opinião pessoal, havia aqui pareceu-me que havia um plano B que está a ser salvaguardado que aquela criança não está a decidir sozinha nem só a própria equipa médica tem o direito de fazer alguma coisa quando há alternativa e daí eu ter dito à pouco que aqui no hospital se efetivamente a pessoa não quer ou os pais não querem que seja feita a transfusão de sangue, quando não há tempo acabamos por fazer mas quando há tempo ok vai ter que sair do nosso hospital e vai ter que procurar uma nova solução nem que seja no público, aqui neste 3º caso já não defendo tanto se calhar o hospital ter feito aquilo porque parece-me haver aqui algum tempo em que a solução alternativa possa ter efeito, esta situação ao contrário das outras ainda é uma situação em que havia tempo ...”

- Conhece alguma situação semelhante?

Não.

Conduta específica

- Os médicos deviam ter feito a transfusão de sangue ainda que contra a vontade de Marcos e dos Pais? Porquê? Como agiria numa situação semelhante (coping)?

“ aqui eu não conheço mesmo a lei mas acredito que hajam definidos LSA'S que permitam os doentes serem transferidos a x distancia a serem tratados de outra forma ou outro sitio que não aquele, e acho que isso também pode ser um tema, até que ponto é que todos os médicos ou todos os responsáveis por esse tipo de transfusões, (...)”

“ o tema aqui pode ser mesmo desconhecimento da própria equipa médica saber quais são, ou seja dizer “ok, ele tem esta crença/religião, não quer levar transfusão mas tem x tempo para ser movido para outro lado”, qual é esse tempo? O que é que leva a pessoa a dizer que não quer mas que tem que ir para outro lado? Eu pessoalmente, mas é difícil uma pessoa entender

¹⁰ Fonte: Pinheiro, D. J. (2021). *Temas de Direito Pediátrico* (GESTLEGAL (ed.); 1º).

qual é o plano B, de uma pessoa que não quer levar transfusão, mas há alternativa? Há medicação? Ok, tudo bem, nem sempre funciona, aqui em Portugal a maioria desconhece, se não há transfusão então é para morrer, é este o sentimento que toda a gente tem e também não é verdade, de alternativas eu desconheço também, se essa transfusão for feita por familiares próximos eu não tenho conhecimento disso, eu creio que existe uma regra que permite uma exceção dos familiares, creio que seja alternativa.”

- Como deveria atuar a equipa? O que pensa dos procedimentos adotados neste caso?

“ a questão aqui, era ter conhecimento, numa decisão desde tipo não pode haver dúvidas, eu acho que podem haver situações em que existe dúvida, é muito difícil entrar num hospital hoje em dia e que toda a gente tenha esta resposta na ponta da língua, acredito que 90% não vai saber, os médicos provavelmente sabem para uma decisão emergente, agora para uma situação em que existe tempo acredito que ninguém sabe e isto na minha opinião pessoal, nós somos para ai 80% cristãos aqui em Portugal a minoria que são Jeovás, têm aquela decisão bem elencada, mas se calhar eles não passam esta resiliência para os 80% e portanto que sair de lá é novidade, não é assim tão simples decidir, lá está nos 2 primeiros casos eu não tenho dúvida que eu administrava agora no 3º caso dava uma alternativa. “

“ Eu: Imagine que não havia alternativa, ninguém na família era compatível, não havia mesmo alternativa?

R: Então é transfusão na mesma. “

Ética e deontologia

- Quais os princípios que guiam a sua ação? Que princípios devem prevalecer? O que deveria ser feito? Qual o racional para as medidas que apresenta?

“ acaba por ser o mesmo, tem sido aquilo que temos vindo a falar, eu que tenho aqui uma função aqui na área de IT, eu acompanho toda a o circuito desde que um pedido de sangue é feito até a sua administração e é interessante ver do outro lado, porque não é só o médico pedir, vai passando por várias fases e vários interlocutores, o médico prescreve, o enfermeiro faz uma tipagem do sangue para ver se é compatível, depois vai ao serviço de sangue ver se tem algum, se tiver vai despachar, quando chega ao serviço faz um novo teste reagente para ver se está

tudo ok, é administrado e depois volta tudo até chegar ao serviço de sangue para ser homologado aquele pacote e ficar registado no IPST, o que é que isto quer dizer? ‘‘

‘‘isto quer dizer que eu acompanho todas as fases e é engraçado que quando o médico faz a prescrição da transfusão, a preocupação daquele médico de ver as condições daquele doente é enorme, vai a vários pontos, vai por exemplo a um deles a questão religiosa, mas daquilo que eu conheço já estes anos todos que estou cá, é o último ponto a ver, curiosamente e que isto é que é interessante, porquê? A questão social e religiosa é um dos pontos, nem todos os hospitais fazem isso, mas o nosso eu sei porque fizemos há pouco uma certificação que é as características pessoais/religiosas e psicológicas são os pontos chave na anamnese do doente e nós temos muito bem isso vincado e porquê? ‘‘

‘‘ Porque o risco de nós termos problemas com essas 3 perguntas é enorme, porque se eu não souber a religião daquelas pessoas eu posso ter problemas por exemplo na parte da administração do sangue, se eu não souber por exemplo as questões psicológicas daquela pessoa, a avaliação dela ela pode-me responder coisas do tipo que nem são verdade mais à frente e eu estou já a antecipar problemas, e isto tem risco num hospital privado (...) nem todos os hospitais têm isto, às vezes internam os doentes e só depois de ele estar deitadinho é que lhe vão fazer questões sobre a dieta e as religiões, ‘‘ah vamos lá preencher a ficha ‘‘, (...) tomam como ponto de partida que são todos iguais.’’

‘‘ se nós olharmos para estes 3 casos, se eu souber a religião logo da pessoa já vou ter um comportamento mais proactivo do que reativo ... até me deixou a mim a pensar o que seria que iria acontecer se eu tivesse do outro lado. Porque é o médico no final é que dá a cara, mesmo que seja decisão da equipa multidisciplinar, acaba por ser responsabilidade daquele que organizou. Reservas de sangue estão baixas em Portugal, conheço o responsável do IPST da Hemovida em Portugal, e o que ele diz é que estas questões religiosas estão cada vez a aumentar mais, eu costumo dizer que é os índices de vegan, são as pessoas que depois começam a querer ser diferentes e ser alternativas e até nisso já está a haver, já há gente a não querer dar sangue só porque sim porque acha que não tem que dar e se perguntar se é questão religiosa, não, é só porque está na moda. Se falha qualquer coisa acontece um problema gigante. Até o sangue chegar a um centro cirúrgico é tudo muito meticoloso, a questão religiosa passa a ser um dos indicadores daquele sangue fica mesmo tudo registado como se fosse uma matrícula de um carro, o doente não quis porque é uma questão religiosa.’’