



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Rebecca Renata Lapenda do Monte

**Avaliação Crítica e proposta de atualização do
fluxograma institucional do atendimento cirúrgico
a pacientes Testemunha de Jeová**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestra em Anestesiologia.

Orientadora: Profa. Titular Norma Sueli Pinheiro Módolo
Coorientador: Prof. Titular Paulo do Nascimento Junior

**Botucatu
2026**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANESTESIOLOGIA

REBECCA RENATA LAPENDA DO MONTE

**AVALIAÇÃO CRÍTICA E PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO
DO FLUXOGRAMA INSTITUCIONAL DO ATENDIMENTO CIRÚRGICO A
PACIENTES TESTEMUNHAS DE JEOVÁ**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
de Botucatu – Unesp como parte dos requisitos
para obtenção do título de mestre.

Professora Titular: Norma Sueli Pinheiro Modolo
Orientadora

Professor Titular: Paulo do Nascimento Junior
Coorientador

Botucatu
2026

M772a

Monte, Rebecca Renata Lapenda do

Avaliação Crítica e Proposta de Atualizacao do fluxograma Institucional do atendimento cirúrgico a pacientes Testemunha de Jeová / Rebecca Renata Lapenda do Monte. -- Botucatu, 2026

56 p. : tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu

Orientadora: Norma Sueli Pinheiro Módolo

Coorientadora: Paulo do Nascimento Nascimento

1. Testemunha de Jeová. 2. Anestesiologia. 3. Gerenciamento de Sangue do Paciente. 4. Administração Hospitalar. 5. Patient Blood Management. I.

Título.

Impacto potencial desta pesquisa

Este estudo contribui diretamente para a compreensão do fluxo assistencial dos pacientes Testemunhas de Jeová no âmbito hospitalar. Seus resultados subsidiam a reestruturação dos protocolos assistenciais vigentes, promovendo uma linha de cuidado proativa e fortalecendo o respeito à autonomia e às convicções religiosas.

Potential impact of this research

This study directly contributes to a better understanding of the care pathway for Jehovah's Witness patients within the hospital setting. Its findings subsidize the restructuring of current care protocols, promoting a proactive care pathway and strengthening respect for patient autonomy and religious beliefs.

Impacto potencial de esta investigación

Este estudio contribuye directamente a una mejor comprensión de la trayectoria asistencial de los pacientes Testigos de Jehová en el entorno hospitalario. Sus resultados respaldan la reestructuración de los protocolos asistenciales vigentes, promoviendo una ruta de atención proactiva y fortaleciendo el respeto por la autonomía y las convicciones religiosas de los pacientes.

Rebecca Renata Lapenda do Monte

Avaliação crítica e proposta de atualização

Do fluxograma institucional do atendimento cirúrgico a pacientes Testemunhas de Jeová

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Norma Sueli Pinheiro Modolo

Co-orientadora: Prof. Dr. Paulo do Nascimento Junior

Comissão Examinadora

Prof.(a) Dr(a) Guilherme Antonio Moreira de Barros
Depto.de Anestesiologia
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof.(a) Dr(a) Paula Danielle Lopes da Costa Rosseti
Depto. de Anestesiologia
Faculdade de Medicina de Botucatu

Profa. Dra. Norma Sueli Pinheiro Modolo
Depto.de Anestesiologia
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof. Dr. Paulo do Nascimento Junior
Depto.de Anestesiologia
Faculdade de Medicina de Botucatu

Botucatu, 24 de Julho de 2026

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos pacientes Testemunhas de Jeová, que frequentemente enfrentam desafios no acesso à assistência em saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dedico também aos colegas médicos e demais profissionais da saúde, na esperança de que este trabalho contribua para ampliar o conhecimento sobre as particularidades do cuidado a essa população, promovendo uma assistência mais qualificada, ética, segura e respeitosa às convicções individuais dos pacientes.

À minha orientadora, pela confiança depositada em meu trabalho, pela paciência, pelos ensinamentos e por todas as contribuições que foram fundamentais para a realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À minha família, meu mais profundo agradecimento. Pelo amor, apoio incondicional e compreensão.

Aos pacientes Testemunhas de Jeová, razão e inspiração deste estudo, agradeço pela confiança e pela oportunidade de aprender com suas histórias, desafios e convicções. Espero que este trabalho possa contribuir, ainda que modestamente, para uma assistência mais acolhedora, segura e respeitosa.

Aos colegas médicos e profissionais de saúde com quem tive a oportunidade de trabalhar, pelas discussões, aprendizados e pela construção diária do conhecimento que motivou esta pesquisa.

Ao meu coorientador, que, com generosidade, compartilhou conhecimentos e experiências, incentivou meu desenvolvimento acadêmico e profissional e contribuiu de forma decisiva para esta trajetória, sempre com um olhar crítico, sábio e acolhedor.

Por fim, agradeço a todos que fizeram parte desta caminhada, de forma direta ou indireta. Cada incentivo, palavra de apoio e gesto de confiança foram importantes para que este trabalho se tornasse realidade. Esta dissertação representa não apenas uma etapa acadêmica concluída, mas também um compromisso contínuo com a busca por uma medicina cada vez mais humana, ética e centrada no paciente.

“O bom médico trata a doença; o grande médico trata o paciente que tem a doença.”

William Osler

DO MONTE, Rebecca Renata Lapenda. *Avaliação crítica e proposta de atualização do fluxograma institucional do atendimento cirúrgico a pacientes Testemunhas de Jeová.* 40 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, 2026.

RESUMO

A recusa à transfusão sanguínea por pacientes Testemunhas de Jeová representa um desafio para a gestão dos serviços de saúde, exigindo estratégias assistenciais que conciliem segurança clínica, eficiência organizacional e respeito à autonomia individual. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico dos pacientes Testemunhas de Jeová submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, relatar o caso de uma paciente dessa religião submetida a procedimento de grande porte e mapear os gargalos estruturais do fluxo institucional vigente de modo a subsidiar a proposição de uma nova linha de cuidado. Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, do tipo coorte histórica, realizado por meio da revisão e busca ativa em prontuários eletrônicos de pacientes atendidos no período de 2014 a 2026. Foram incluídos na amostra final 49 pacientes Testemunhas de Jeová. A idade média observada foi de 65,3 anos, com predominância do sexo feminino (61,2%). A maioria dos pacientes foi classificada com estado físico ASA II (61,2%), sendo a hipertensão arterial sistêmica a comorbidade mais prevalente (20,4%). Os procedimentos realizados foram predominantemente de caráter ambulatorial (73,5%), concentrando-se nas especialidades de Oftalmologia (38,8%), Dermatologia (22,4%), Urologia (16,3%) e Ginecologia (12,2%). Não foram observados desfechos clínicos adversos graves relacionados à restrição de hemocomponentes alogênicos, registrando-se taxa zero de injúria renal aguda ou necessidade de suporte hemodinâmico complexo. A análise do arranjo organizacional evidenciou uma severa subnotificação sistêmica na captação inicial da amostra e um forte engessamento do fluxo vigente (estabelecido em 2022). A massiva concentração de cirurgias ambulatoriais de pequeno porte revelou-se um reflexo direto das barreiras administrativas impostas pelo protocolo atual, que condiciona procedimentos de maior complexidade a serem encaminhados a outros serviços, gerando atrasos assistenciais e inviabilizando a triagem precoce necessária para a aplicação do *Patient Blood Management (PBM)*. Conclui-se que o manejo perioperatório dessa população no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu é clinicamente seguro e viável, porém o modelo gerencial vigente encontra-se obsoleto e em descompasso com a jurisprudência consolidada pelo Supremo Tribunal Federal em 2024. Os achados fundamentaram a elaboração de uma nova proposta assistencial proativa, multidisciplinar e universal, estruturada nos pilares do PBM e na validação antecipada da autonomia do paciente.

Palavras-chave: Anestesiologia; Testemunhas de Jeová; *Patient Blood Management*; Gerenciamento de Sangue do Paciente; Administração Hospitalar.

DO MONTE, Rebecca Renata Lapenda. *Critical evaluation and update proposal of the institutional flow for surgical care of Jehovah's Witness patients.* 40 p. Dissertation (Master degree) – Medicine School of Botucatu (Unesp), Botucatu, 2026.

ABSTRACT

The refusal of blood transfusion by Jehovah's Witness patients represents a challenge for healthcare management, requiring care strategies that reconcile clinical safety, organizational efficiency, and respect for individual autonomy. The objective of this study was to analyze the epidemiological profile of Jehovah's Witness patients undergoing anesthetic-surgical procedures at the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) and to evaluate perioperative clinical outcomes, mapping the structural bottlenecks of the current institutional flow to support the proposal of a new line of care. This is a retrospective observational study, designed as a historical cohort, conducted through a review and active search of electronic medical records of patients treated between 2014 and 2026. A final sample of 49 Jehovah's Witness patients was included. The mean age observed was 65.3 years, with a predominance of females (61.2%). Most patients were classified as physical status ASA II (61.2%), with systemic arterial hypertension being the most prevalent comorbidity (20.4%). The procedures performed were predominantly outpatient (73.5%), concentrated in the specialties of Ophthalmology (38.8%), Dermatology (22.4%), Urology (16.3%), and Gynecology (12.2%). No serious adverse clinical outcomes related to the restriction of allogeneic blood components were observed, with a zero rate of acute kidney injury or need for complex hemodynamic support. The analysis of the organizational arrangement evidenced a severe systemic underreporting in the initial sample capture and a rigid institutional flow currently in place (established in 2022). The massive concentration of minor outpatient surgeries proved to be a direct reflection of the administrative barriers imposed by the current protocol, which conditions more complex procedures to time-consuming "Round Table" processes, generating care delays and preventing the early screening required for the application of Patient Blood Management (PBM). In conclusion, the perioperative management of this population at HCFMB is clinically safe and feasible, but the current management model is obsolete and out of step with the jurisprudence consolidated by the Brazilian Supreme Federal Court (SFC) in 2024. The findings supported the development of a new proactive, multidisciplinary, and universal care proposal, structured on the pillars of PBM and the anticipated validation of patient autonomy.

Keywords: *Anesthesiology; Jehovah's Witnesses; Patient Blood Management; Blood Component Transfusion/contraindications; Hospital Administration.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização demográfica, estado físico e perfil cirúrgico dos pacientes

Testemunhas de Jeová submetidos a procedimentos perioperatórios (n =
49) 22

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Procedimentos Elegíveis para Cirurgia Eletiva sem necessidade de Mesa Redonda	32
Figura 2 – Fluxograma Atual do Atendimento ao Paciente Testemunha de Jeová para Cirurgia Eletiva vigente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (2022)	35
Figura 3 – Fluxograma Proposto do Atendimento ao Paciente Testemunha de Jeová para Cirurgia Eletiva vigente no HCFMB (2026)	36
Figura 4 – Estruturação do Novo Fluxograma Assistencial (Patient Blood Management - HCFMB)	41

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Análise comparativa entre as limitações do modelo vigente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e o novo protocolo . 31
- Quadro 2** – Lista de procedimentos possíveis para pacientes que não concordam com transfusão sanguínea baseado no Protocolo de 2022 do HCFMB 37

LISTA DE ABREVIATURAS

ASA	<i>American Society of Anesthesiologists</i>
COLIH	Comissão de Ligação com Hospitais
DAV	Diretivas Antecipadas de Vontade
HCFMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBM	<i>Patient Blood Management</i>
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TCI	<i>Target-Controlled Infusion</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específico	17
3	MÉTODOS	18
3.1	Desenho do Estudo e Cenário	18
3.2	Etapa 1: Coorte Histórica Restrospectiva	18
3.3	Etapa 2: Relato de Caso Clínico Ilustrativo	19
3.4	Etapa 3: Desenvolvimento e Modelagem do Novo Fluxograma	19
3.5	Aspectos Éticos e Regulamento	19
4	RESULTADOS	21
5	DISCUSSÃO	24
6	SUGESTÕES DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL	30
6.1	Análise Crítica: Fluxograma Atual (2022) <i>versus</i> Nova Proposta baseada em <i>Patient Blood Management</i>	33
6.2	Estrutura do Novo Fluxo Assistencial baseada em <i>Patient Blood Management</i>	37
6.3	Conclusão da Proposta	40
7	RELATO DO CASO: CIRURGIA DE GRANDE PORTE NO HCFMB	42
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
9	CONCLUSÃO.....	47
	REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

As Testemunhas de Jeová são uma denominação cristã com cerca de 8 milhões de membros em todo o mundo. Eles acreditam que os ensinamentos da Bíblia proíbem a transfusão de sangue e componentes sanguíneos¹. Uma das doutrinas adotadas pelas Testemunhas de Jeová é a proibição do consumo de sangue ou produtos sanguíneos, baseado na interpretação da Bíblia (Gênesis 9:4, Levítico 17:11–14, Atos 15:20, 29), que sugere que o sangue representa a vida e é sagrado para Deus². Qualquer violação da proibição é, portanto, percebida como uma violação da lei de Deus e ocorre o risco de renunciar à salvação eterna, resultando em potencial revogação da adesão à comunidade². Para isso, geralmente as Testemunhas de Jeová portam um Documento de Decisão Antecipada assinado e testemunhado no qual se opõem a qualquer transfusão de sangue e listam os produtos sanguíneos e os procedimentos autólogos que aceitam.

É consenso que as Testemunhas de Jeová têm o direito de aceitar ou recusar o tratamento sem fornecer uma razão para fazê-lo, portanto, os médicos devem respeitá-los, mesmo que isso represente uma ameaça à vida do paciente³. O cuidado com as Testemunhas de Jeová deve empregar uma abordagem de equipe multidisciplinar com médicos experientes objetivando o adequado gerenciamento e otimização do fornecimento de oxigênio e a síntese de hemoglobina, reduzir a perda de sangue e corrigir qualquer coagulopatia⁴.

As Testemunhas de Jeová recusam a transfusão de sangue total e, de modo geral, de seus principais componentes (hemácias, plasma, plaquetas e granulócitos), e alguns deles a doação autóloga pré-operatória realizada com armazenamento do sangue. Entretanto, a utilização de frações derivadas do sangue e de alguns produtos biológicos não é uniformemente recusada, sendo sua aceitação determinada pela consciência individual de cada paciente. Entre esses produtos destacam-se albumina, imunoglobulinas, concentrados de fatores de coagulação (incluindo o concentrado de fibrinogênio), crioprecipitado, interferons, interleucinas e substitutos sanguíneos à base de hemoglobina³.

O desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os pacientes dessa religião leva a muitos preconceitos. Não existe objeção a vários procedimentos médicos, como: doação de sangue, transfusões de sangue autólogo (desde que mantidas em circuito contínuo com o paciente), transplante de órgãos (se drenado de sangue), diálise, salvamento de células

intraoperatórias (*cell salvage*) e hemodiluição normovolêmica aguda, que também precisam ser mantidos em circuito contínuo, aférese e bypass cardíaco⁵.

A posição da comunidade em relação ao transplante de órgãos difere daquela adotada para a transfusão de sangue. Desde 1980, a organização religiosa passou a considerar que a doação e o recebimento de órgãos constituem uma decisão individual, não havendo proibição doutrinária específica quanto ao procedimento. Essa interpretação fundamenta-se no entendimento de que um órgão transplantado não equivale ao sangue nem viola o mandamento bíblico de "abster-se do sangue" (At 15:28–29). Dessa forma, muitos fiéis aceitam transplantes de órgãos, desde que sejam respeitadas suas convicções quanto ao uso de sangue durante o período perioperatório⁵.

Eles também permitem o uso de coração-pulmão (sem uso de sangue-prime) ou equipamentos semelhantes se a circulação extracorpórea for ininterrupta. Produtos recombinantes, como agentes estimulantes da eritropoese, fatores estimulantes de granulócitos e agentes farmacológicos (ou seja, ferro intravenoso ou ácido tranexâmico) também são aceitáveis. Embora as Testemunhas de Jeová recusem sangue alogênico, elas geralmente consentem técnicas e procedimentos de gerenciamento de sangue que envolvem um desvio temporário de sangue autólogo, mas os profissionais de saúde ainda enfrentam desafios clínicos e dilemas éticos e legais sobre se devem aderir à recusa dos pacientes⁵.

Recentemente, em setembro de 2024, no Brasil, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou recurso extraordinário firmando a tese de que a liberdade religiosa e a autonomia individual permitem que pacientes Testemunhas de Jeová, quando maiores e capazes, recusem transfusões de sangue de forma livre e informada. Além disso, determinou-se que o Estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), deve viabilizar, quando tecnicamente possível, tratamentos alternativos sem uso de sangue, respeitando a autodeterminação do paciente, com repercussão geral em todas as instâncias do judiciário⁶.

De acordo com a tese firmada pelo STF, é permitido ao paciente, no gozo pleno da sua capacidade civil, recusar-se a se submeter a tratamento de saúde por motivos religiosos. A recusa é condicionada à decisão inequívoca, livre, informada e esclarecida do paciente, inclusive expressa por meio de diretiva antecipada de vontade. É possível realizar procedimento médico disponibilizado a todos pelo SUS com a interdição da transfusão sanguínea, caso haja viabilidade técnico-científica, anuência da equipe médica e decisão consciente do paciente⁶.

Diante dos desafios éticos, legais e assistenciais envolvidos no cuidado de pacientes Testemunhas de Jeová, o presente estudo tem como objetivo analisar a casuística institucional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) no atendimento dessa população, avaliando suas características clínicas, os desfechos cirúrgicos e o perfil epidemiológico dos procedimentos realizados sob a vigência do atual arranjo organizacional hospitalar. Adicionalmente, busca-se discutir os fundamentos bioéticos, jurídicos e anestesiológicos da recusa transfusional, mapeando os gargalos sistêmicos de modo a subsidiar a proposição de um novo protocolo assistencial proativo e a qualificação da assistência prestada.

2 OBJETIVOS

2.1. Gerais

Analisar o perfil epidemiológico e os desfechos clínicos dos pacientes Testemunhas de Jeová submetidos a cirurgias de pequeno porte no HCFMB, realizando uma análise crítica do fluxograma institucional vigente e propondo um novo modelo assistencial fundamentado nas diretrizes do *Patient Blood Management* (PBM) e no posicionamento recente do Supremo Tribunal Federal.

2.2 Específicos

Analisar a situação atual da população dos pacientes Testemunhas de Jeová do HCFMB;

Relatar um caso de uma paciente Testemunha de Jeová submetida a uma cirurgia de grande porte realizado no HCFMB.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo e Cenário

A elaboração e o relato deste estudo observacional seguiram as recomendações da iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*). Trata-se de um estudo metodológico e de abordagem mista que engloba: uma coorte histórica retrospectiva, um relato de caso clínico institucional ilustrativo e a modelagem de uma proposta de intervenção gerencial. O cenário do estudo foi o HCFMB, com dados compreendidos no período de 2014 a 2026.

3.2 Etapa 1: Coorte Histórica Retrospectiva

Para a análise epidemiológica local, foram incluídos na amostra final exclusivamente os pacientes Testemunhas de Jeová submetidos a procedimentos cirúrgicos de pequeno porte e ambulatoriais, os quais correspondem à prática cirúrgica atualmente permitida pela Instituição para esta população sem a necessidade de aval centralizado ou comissões especiais.

Os dados clínicos e demográficos dos pacientes incluídos foram extraídos dos prontuários eletrônicos, tabulados em planilha eletrônica para posterior análise estatística descritiva e analisados individualmente para identificar o desfecho clínico dos atendimentos. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, porte cirúrgico, classificação do estado físico segundo a *American Society of Anesthesiologists* (ASA), comorbidades, hemoglobina pré e pós-operatória, tipo de anestesia, deambulação precoce, uso de droga vasoativa e a ocorrência de suspensão da cirurgia, acompanhada do respectivo motivo.

3.3 Etapa 2: Relato de Caso Clínico Ilustrativo

Como ferramenta clínica empírica para evidenciar a viabilidade técnica e contrapor os gargalos burocráticos do fluxo institucional vigente, associou-se ao estudo o relato de caso detalhado de uma paciente de 15 anos, Testemunha de Jeová, submetida a procedimento cirúrgico de grande porte (artrodese toracolombar) sob protocolo individualizado de *Patient Blood Management* (PBM).

3.4 Etapa 3: Desenvolvimento e Modelagem do Novo Fluxograma

A construção da proposta de atualização do fluxograma institucional seguiu o modelo de planejamento estratégico em saúde, estruturado em três fases consecutivas:

- **Diagnóstico Situacional:** Mapeamento dos entraves gerenciais identificados no protocolo institucional de 2022 e confrontação com os dados epidemiológicos da coorte histórica local;
- **Revisão de Evidências:** Levantamento das diretrizes internacionais vigentes sobre os pilares do PBM aplicados à cirurgia eletiva e ao manejo de pacientes com objeção transfusional;
- **Modelagem de Processos:** Estruturação de um algoritmo assistencial multidisciplinar e linear, desenhado para a realidade operacional do HCFMB, integrando a triagem ambulatorial precoce da anemia, estratégias intraoperatórias de conservação sanguínea e protocolos de tolerância fisiológica.

3.5 Aspectos Éticos e Regulamentares

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, sob parecer nº 7.551.497 (CAAE nº 85233024.1.0000.5411), em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Devido à natureza estritamente retrospectiva da coleta de dados em prontuários da coorte histórica (Etapa 1), sem interação direta com os participantes, foi solicitada e formalmente aprovada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo comitê.

Por outro lado, para a inclusão e publicação do relato de caso clínico (Etapa 2), por envolver a descrição pormenorizada de condutas e por tratar-se de paciente menor de idade, a garantia ética e a proteção da autonomia foram formalizadas. Obteve-se a assinatura do TCLE por parte da responsável legal da paciente, acompanhado do preenchimento e assinatura do TCLE pela própria adolescente de 15 anos.

4 RESULTADOS

Após a aplicação dos filtros iniciais no sistema de prontuário eletrônico institucional do HCFMB, foram identificados 141 registros de procedimentos. Após a exclusão de duplicidades (atendimentos repetidos para o mesmo paciente), obteve-se um total de 50 pacientes. A amostra final desta pesquisa compreendeu 49 pacientes, após a exclusão de 1 caso cujo procedimento programado foi cancelado, garantindo a análise restrita às cirurgias efetivamente realizadas. A caracterização demográfica revelou uma população majoritariamente idosa, com média de idade de 65,3 anos, e predominância do sexo feminino, correspondendo a 61,2% (n=30) da amostra, enquanto o sexo masculino representou 38,8% (n=19). Quanto ao estado físico, a maioria dos pacientes foi classificada como ASA II (61,2%; n=30), seguida por ASA I (28,6%; n=14) e apenas 2,0% (n=1) como ASA IV. Em 8,2% (n=4) dos prontuários analisados, não houve registro da classificação ASA (Tabela 1).

Consonante ao perfil de baixo risco anestésico e às diretrizes institucionais vigentes para o atendimento dessa população, a distribuição do porte cirúrgico demonstrou uma concentração acentuada em procedimentos de caráter ambulatorial, correspondendo a 73,5% (n=36) dos casos, seguidos por cirurgias de pequeno porte com 16,3% (n=8). Procedimentos classificados como médio porte representaram 2,0% (n=1) e grande porte totalizaram 8,2% (n=4) da amostra total (Tabela 1).

No que tange às especialidades cirúrgicas, observou-se uma predominância expressiva de procedimentos oftalmológicos, que responderam por 38,8% dos casos (n=19), e de cirurgias dermatológicas, com 22,4% (n=11). As intervenções urológicas representaram 16,3% (n=8) e as ginecológicas corresponderam a 12,2% (n=6) da casuística. As demais especialidades apresentaram frequência reduzida de 2,0% cada (n=1 por especialidade), englobando cirurgia otorrinolaringológica, cirurgia geral, cirurgia vascular, neurocirurgia e gastrocirurgia.

A análise do perfil de morbidades indicou que 8,2% (n=4) dos pacientes não apresentavam comorbidades registradas. A hipertensão arterial sistêmica foi a condição clínica mais prevalente na população estudada, identificada em 20,4% (n=10) dos casos, seguida por obesidade (4,1%; n=2), diabetes mellitus (2,0%; n=1) e síndrome da apneia obstrutiva do sono (2,0%; n=1). Outras comorbidades associadas somaram 63,3% (n=31) dos registros avaliados (Tabela 1). Não foram identificados desfechos clínicos adversos relevantes ou complicações

pós-operatórias imediatas decorrentes da restrição ao uso de hemocomponentes na amostra avaliada.

Tabela 1 – Caracterização demográfica, estado físico e perfil cirúrgico dos pacientes Testemunhas de Jeová submetidos a procedimentos perioperatórios (n = 49)

Variável	Categoria	N (%)
Idade (anos)	Média ± DP	65,3 ± 17,9 anos
Sexo	Feminino	30 (61,2)
	Masculino	19 (38,88)
ASA	I	14 (28,6)
	II	30 (61,2)
	IV	1 (2,0)
	Não informado	4 (8,2)
Porte cirúrgico	Ambulatorial	36 (73,5)
	Pequeno porte	8 (16,3)
	Médio porte	1 (2,0)
	Grande porte	4 (8,2)
Tipo de cirurgia	Oftalmológica	19 (38,8)
	Dermatológica	11 (22,4)
	Urológica	8 (16,3)

	Ginecológica	6 (12,2)
	Outras	5 (10,2)
Comorbidades	Nenhuma	4 (8,2)
	Hipertensão	10 (20,4)
	Obesidade	2 (4,1)
	Diabetes melitus	1 (2,0)
	Apneia obstrutiva	1 (2,0)
	Outros	31 (63,3)

Fonte: HCFMB, 2025 – 2026.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que o atendimento aos pacientes Testemunhas de Jeová no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu é seguro nas cirurgias efetivamente realizadas, sem ocorrência de eventos relacionados à recusa transfusional. Entretanto, evidenciou importantes fragilidades organizacionais no fluxo assistencial institucional, caracterizadas por subnotificação desses pacientes no prontuário eletrônico, ausência de rastreabilidade dos encaminhamentos, limitação do protocolo vigente ao encaminhamento para outros serviços e falta de padronização para o planejamento perioperatório multidisciplinar. Observou-se ainda predominância de procedimentos ambulatoriais e de pequeno porte, sugerindo que o modelo institucional vigente pode restringir o acesso dessa população a cirurgias de maior complexidade. Esses achados indicam que os principais desafios identificados não decorrem de limitações técnicas relacionadas ao manejo anestésico-cirúrgico, mas de aspectos organizacionais e gerenciais, justificando a necessidade de revisão do fluxograma institucional à luz das evidências atuais sobre Patient Blood Management (PBM), dos princípios bioéticos e do direito à saúde.

Murphy e McConnell destacam que o manejo perioperatório de pacientes Testemunhas de Jeová deve ser estruturado a partir de planejamento antecipado, consentimento detalhado e aplicação sistemática de estratégias de conservação sanguínea¹. Os autores enfatizam que falhas de comunicação e documentação representam os principais fatores de risco, mais do que a recusa transfusional em si, reforçando o papel central do anestesiológista na coordenação do cuidado perioperatório¹.

Acredita-se que os dilemas éticos no cuidado de pacientes Testemunhas de Jeová decorrem principalmente do conflito entre os princípios da autonomia e da beneficência. West enfatiza que a recusa transfusional por pacientes adultos e capazes deve ser respeitada quando baseada em decisão livre e informada, ressaltando que a imposição de transfusão configura violação ética, mesmo em cenários de risco vital⁴. O anestesiológista deve assumir papel central nesse contexto, sendo responsável pela adequada comunicação, documentação do consentimento e alinhamento das condutas perioperatórias às decisões previamente estabelecidas⁸, em consonância com as diretrizes globais da Organização Mundial da Saúde para a segurança do paciente³⁰, prática que exige a adoção de padrões administrativos claros e fluxos bem definidos para mitigar a vulnerabilidade profissional e garantir a segurança jurídica³¹.

De acordo com revisões narrativas, o anesthesiologista deve sistematizar estratégias práticas junto à equipe cirúrgica, hematologista e ao próprio paciente que envolvem: 1) Planejamento perioperatório estruturado; 2) Otimização pré-operatória, incluindo investigação e correção de anemia³², manejo de distúrbios de coagulação e ajuste de medicamentos que possam interferir na hemostasia; 3) Estratégias intraoperatórias com técnicas cirúrgicas menos invasivas, controle rigoroso da hemostasia, manutenção da normotermia, uso de antifibrinolíticos e racionalização da coleta de exames laboratoriais; 4) Manejo pós-operatório: com vigilância clínica intensiva para detecção precoce de sangramentos, tolerância individualizada a níveis mais baixos de hemoglobina e continuidade das medidas de conservação sanguínea. Os autores reforçam que decisões transfusionais devem ser substituídas por estratégias fisiológicas de suporte, sempre que possível⁸, uma conduta amplamente endossada pelas revisões de melhores práticas assistenciais e guias para o manejo de pacientes com restrições a hemocomponentes. Essas abordagens abrangem desde cenários de alta complexidade oncológica³³ e cirurgias cardiovasculares³⁴, passando por revisões clínicas abrangentes de conservação de sangue^{35,36}, diretrizes para cirurgias gerais de emergência³⁷, manejo de pacientes clinicamente intransfundíveis³⁸, consensos de sociedades de cardiologia³⁹, fluxos de abordagem da anemia em pacientes que recusam transfusão⁴⁰, modelos preditivos de conservação extrema⁴¹ e arsenais terapêuticos alternativos consolidados para essa população⁴².

Diferentemente das revisões narrativas centradas na prática individual, a diretriz proposta por Klein et al. introduz uma abordagem normativa e institucional para o cuidado perioperatório de pacientes que recusam transfusão sanguínea, ampliando o debate para além do contexto religioso e delimitando, de forma explícita, os limites da atuação profissional do anesthesiologista frente a riscos considerados inaceitáveis⁷.

Piekarski e colaboradores discutem o manejo perioperatório do sangue sob a perspectiva do PBM, destacando que a transfusão sanguínea deve ser considerada intervenção excepcional. Os autores utilizam os pacientes Testemunhas de Jeová como modelo clínico para demonstrar a eficácia de estratégias de otimização pré-operatória, controle intraoperatório rigoroso e manejo pós-operatório direcionado, reforçando que a adoção sistemática do PBM está associada à segurança assistencial e ao respeito à autonomia do paciente⁸. Essa visão clínica é consolidada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza a implementação global do PBM não como uma alternativa à transfusão, mas como um padrão assistencial focado na saúde do paciente e na preservação de seus próprios recursos hematológicos³⁰.

Consonante a isso, Crowe e DeSimone organizam o raciocínio clínico sobre o cuidado de pacientes que recusam transfusão sanguínea. Diferentemente de abordagens que tratam a recusa como exceção, os autores propõem um modelo estruturado de suporte transfusional sem transfusão, fundamentado na otimização da eritropoese, redução da perda sanguínea e ampliação da tolerância fisiológica à anemia. Essa abordagem confere base fisiopatológica às estratégias de conservação sanguínea e desloca o foco do debate ético para a construção de um cuidado clinicamente sustentável⁹.

O Patient Blood Management (PBM) constitui um modelo assistencial multidisciplinar e baseado em evidências, cujo objetivo é otimizar a condição hematológica do paciente, minimizar perdas sanguíneas e aumentar a tolerância fisiológica à anemia, reduzindo a necessidade de transfusão de hemocomponentes. Embora frequentemente associado aos pacientes Testemunhas de Jeová, o PBM não se restringe a essa população, sendo recomendado para todos os pacientes potencialmente não transfundíveis ou com restrições ao uso de sangue, incluindo aqueles com aloimunização, grupos sanguíneos raros, escassez de hemocomponentes, contraindicações clínicas à transfusão ou objeções de natureza ética, religiosa ou pessoal. Dessa forma, o PBM representa um novo paradigma no cuidado perioperatório, no qual a preservação do sangue do próprio paciente substitui a transfusão como estratégia central, promovendo maior segurança assistencial, uso racional dos recursos e cuidado individualizado.

Desde 2012, Shander e colaboradores propõem uma mudança paradigmática ao defenderem o PBM como padrão assistencial, deslocando a transfusão sanguínea do centro da tomada de decisão clínica¹⁰. Diferentemente de abordagens reativas, o PBM é apresentado como modelo integrado, fundamentado em evidência populacional e voltado à segurança do paciente, com implicações diretas para o cuidado perioperatório, inclusive em populações que recusam transfusão sanguínea^{10,11}.

A análise conjunta de estudos envolvendo cirurgia abdominal, oncológica e cardíaca demonstra que a recusa de transfusão sanguínea não se associa, de forma isolada, aos piores desfechos clínicos^{12,13}. Os resultados convergem ao indicar que a segurança assistencial depende fundamentalmente da otimização pré-operatória da condição hematológica, do controle rigoroso da perda sanguínea intraoperatória e da aplicação sistemática de estratégias de conservação sanguínea. Esses achados reforçam que o manejo perioperatório sem transfusão é clinicamente viável e sustentam o PBM como modelo assistencial aplicável a diferentes cenários cirúrgicos¹⁴, incluindo cirurgias oncológicas de alta complexidade³³ e ressecções de

grande porte hepáticas e pancreáticas, onde modelos preditivos comprovam a eficácia da conservação sanguínea extrema¹⁴.

Gemelli et al.¹⁶ realizaram uma revisão sistemática com metanálise, conduzida de acordo com as recomendações PRISMA, incluindo estudos comparativos publicados após o ano 2000 que avaliaram pacientes Testemunhas de Jeová submetidos à cirurgia cardíaca em comparação com pacientes sem restrição ao uso de hemocomponentes. A busca foi realizada nas bases MEDLINE, Embase, Scopus e PubMed, sendo inicialmente identificados 3.966 estudos. Após a remoção de duplicatas e aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos dez estudos retrospectivos, totalizando 780 pacientes Testemunhas de Jeová e 1.182 pacientes do grupo controle. O desfecho primário analisado foi a mortalidade perioperatória, utilizando modelo de efeitos aleatórios para a metanálise. Os resultados demonstraram que não houve diferença significativa na mortalidade perioperatória entre os grupos (OR 0,91; IC95% 0,55–1,52; $p=0,72$)¹⁶, achado este corroborado por metanálises contemporâneas que reafirmam a segurança dos desfechos pós-operatórios nessa população quando submetida a protocolos rigorosos de conservação de sangue em cirurgia cardíaca³⁴.

Além disso, os pacientes Testemunhas de Jeová apresentaram menor volume de sangramento pós-operatório, níveis significativamente mais elevados de hemoglobina e hematócrito nos períodos pré e pós-operatório e tendência à menor taxa de reoperação por sangramento. Os autores concluíram que a cirurgia cardíaca realizada sem transfusão é segura quando associada à aplicação rigorosa dos princípios do PBM, produzindo desfechos precoces semelhantes aos observados em pacientes que aceitam transfusão¹⁶.

A atualização da revisão sistemática Cochrane conduzida por Carson et al. reforça que uma estratégia transfusional restritiva, baseada em limiares de hemoglobina entre 7 e 8 g/dL, reduz significativamente a exposição dos pacientes à transfusão de concentrado de hemácias quando comparada à estratégia liberal, sem aumento da mortalidade ou da ocorrência de eventos adversos maiores na maioria dos cenários clínicos. A revisão incluiu 79 ensaios clínicos randomizados, totalizando mais de 34 mil participantes adultos e pediátricos, e consolidou evidências de que a estratégia restritiva pode ser considerada o padrão de cuidado para a maior parte dos pacientes. Os autores ressaltam, entretanto, que alguns subgrupos, como pacientes neurocríticos, podem se beneficiar de limiares transfusionais mais elevados, reforçando que a decisão transfusional deve considerar o contexto clínico e parâmetros fisiológicos, e não apenas valores isolados de hemoglobina. Esses achados fortalecem os princípios do Patient Blood

Management ao demonstrar que a utilização criteriosa da transfusão é segura e deve ser individualizada⁴³.

Embora essa revisão não tenha sido direcionada especificamente aos pacientes Testemunhas de Jeová, seus resultados fornecem evidências robustas de que estratégias restritivas de transfusão e o emprego racional de hemocomponentes são seguros para a maioria dos pacientes, reforçando o conceito de que a transfusão deve constituir exceção e não rotina no cuidado perioperatório, princípio que fundamenta o PBM⁴³.

Selby et al. demonstram que até mesmo o transplante de órgãos sólidos pode ser realizado com segurança em pacientes Testemunhas de Jeová quando existe planejamento perioperatório estruturado, aplicação dos princípios do Patient Blood Management e atuação integrada de equipes multidisciplinares. Os autores defendem que a recusa transfusional não deve representar contraindicação automática ao tratamento, mas sim demandar avaliação individualizada e organização assistencial adequada. Essa perspectiva corrobora os achados do presente estudo, nos quais as principais barreiras identificadas não foram de natureza técnica, mas relacionadas à ausência de um fluxo institucional capaz de promover planejamento precoce, comunicação entre as equipes e adoção sistemática de estratégias de conservação sanguínea. Assim, mais do que limitar o acesso a procedimentos potencialmente hemorrágicos, as instituições devem desenvolver protocolos que viabilizem o cuidado seguro e respeitem a autonomia dos pacientes⁴⁴.

A análise comparativa dos principais referenciais bioéticos demonstra que a recusa transfusional por Testemunhas de Jeová pode ser compreendida de forma consistente quando articulados fundamentos normativos universais, motivações morais internas e aplicação clínica prática. Enquanto Beauchamp e Childress fornecem o arcabouço principialista que legitima a autonomia do paciente, Spencer esclarece o significado moral da recusa no contexto religioso¹⁷. Knapp van Bogaer e Ogunbanjo destacam a necessidade de negociação ética individualizada, e Murphy traduz esses princípios para o cenário perioperatório, enfatizando comunicação, documentação e planejamento como elementos centrais para a resolução de conflitos éticos na anestesiologia^{1,3}.

De acordo com a literatura médica, as normas éticas profissionais e a jurisprudência constitucional, evidencia-se que a recusa de transfusão sanguínea por pacientes capazes constitui exercício legítimo da autonomia, juridicamente e eticamente protegida¹⁸. Tanto a

doutrina quanto o Código de Ética Médica e o entendimento consolidado pelo STF em setembro de 2024 (Temas 952 e 1069) convergem no sentido de que a atuação médica deve priorizar o esclarecimento adequado, a oferta de alternativas de conservação sanguínea e a documentação do consentimento, não sendo lícita a imposição de tratamento recusado¹⁹. As exceções à prevalência da recusa terapêutica restringem-se a situações em que inexistente autonomia juridicamente válida, como nos casos de incapacidade decisória sem manifestação prévia documentada ou no atendimento a menores de idade^{18,21}.

Contudo, a transposição desses conceitos bioéticos e das evidências do PBM para a realidade prática do HCFMB revela desafios de ordem estrutural e organizacional. A acentuada concentração de procedimentos na modalidade ambulatorial (73,5%) e de pequeno porte (16,3%), centralizados na Oftalmologia (38,8%) e Dermatologia (22,4%), funciona como um reflexo estatístico do desenho restritivo do fluxograma institucional de 2022. Ao limitar o livre trâmite anestésico-cirúrgico apenas aos procedimentos de baixo potencial hemorrágico listados na figura 2, o hospital assegura ótimos desfechos clínicos para o pequeno porte, mas impõe entraves burocráticos e reativos, mediados por comissões e prazos administrativos, que retardam e dificultam o acesso dessa população a cirurgias de média e alta complexidade, o que leva ao cancelamento das cirurgias sem mesmo realizar uma mesa redonda e discussão clínica burocrática com as equipes envolvidas.

Essa abordagem burocrática falha em reconhecer a heterogeneidade clínica e teológica existente dentro da própria comunidade de Testemunhas de Jeová. Como amplamente documentado na literatura médica de conservação sanguínea²²⁻²⁷, a recusa transfusional não é absoluta ou uniforme para todas as modalidades terapêuticas. Existe variabilidade individual significativa: enquanto o uso de sangue total ou dos quatro hemocomponentes primários (hemácias, leucócitos, plaquetas e plasma) é universalmente rejeitado, uma expressiva parcela desses pacientes aceita a utilização de frações derivadas (como albuminas, crioprecipitados e fatores de coagulação), transfusão de sangue autólogo intraoperatório, hemodiluição aguda normovolêmica e a recuperação intraoperatória de sangue (*Cell Saver*)^{26,27}. O atual modelo reativo da instituição impede a discussão precoce dessas nuances com o anestesiológico, homogeneizando os pacientes e desperdiçando oportunidades críticas de planejamento personalizado.

A seleção inicial dos casos enfrentou limitações técnicas decorrentes da arquitetura do sistema de prontuário eletrônico institucional. Os filtros utilizados na busca ativa inicial

("Testemunha de Jeová" e "aviso cirúrgico") não configuram campos de preenchimento obrigatório no momento do cadastro ou da admissão hospitalar. Essa ausência de compulsoriedade no registro justifica a pouca precisão inicial e a provável subnotificação de casos no banco de dados. Diante dessa limitação e do fato de que muitos pacientes não possuíam o aviso cirúrgico devidamente vinculado, os critérios de busca foram ampliados por meio de uma busca manual complementar, baseada no cruzamento de dados de agendamentos cirúrgicos das especialidades, permitindo uma identificação mais abrangente dos atendimentos efetivamente realizados.

A perda dessa janela de oportunidade clínica é agravada por falhas na arquitetura dos sistemas de informação hospitalar. A identificação de uma severa subnotificação sistêmica na captação inicial da amostra (reduzida de 141 registros brutos para apenas 49 casos efetivos) expõe que os parâmetros "Testemunha de Jeová" ou "objeção terapêutica" não configuram campos de preenchimento obrigatório no prontuário eletrônico institucional. Essa lacuna cadastral impossibilita a triagem antecipada essencial para a medicina perioperatória, inviabilizando a aplicação do primeiro pilar do PBM, que preconiza o diagnóstico e tratamento ativo de anemias pré-operatórias semanas antes do procedimento^{22,24,25,28}, etapa considerada crítica pelas principais diretrizes de cardiologia e cirurgia geral de emergência para a redução da morbimortalidade associada à anemia ferropriva subtratada^{32, 37,39}.

Diversos centros que dispõem de programas estruturados de Medicina e Cirurgia sem Sangue incorporaram ferramentas de segurança ao prontuário eletrônico, incluindo alertas automáticos para identificação de pacientes que recusam transfusões. Esses sistemas permitem o registro prévio das preferências individuais, notificam a equipe assistencial e podem emitir avisos durante a prescrição de hemocomponentes, reduzindo o risco de condutas incompatíveis com a autonomia do paciente e favorecendo o planejamento do cuidado. Uma forma de minimizar isso seria a criação de um *flag* eletrônico identificando pacientes Testemunhas de Jeová ou que tenham alguma objeção à transfusão de sangue²⁹, garantindo a conformidade assistencial com os padrões administrativos e clínicos internacionais para programas de PBM³¹.

Durante o levantamento dos dados, solicitou-se ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) informações sobre o número de pacientes Testemunhas de Jeová encaminhados do HCFMB. Contudo, constatou-se que o sistema institucional não dispõe de registro específico que permita identificar ou quantificar essa população. A inexistência de um mecanismo padronizado para identificação e destino desses pacientes representa uma limitação para o planejamento

assistencial, o monitoramento do fluxo institucional e a avaliação dos resultados, reforçando a necessidade de implementação de estratégias de rastreabilidade.

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento retrospectivo e à dependência estrita dos registros clínicos institucionais. A subnotificação de pacientes decorrente da ausência de compulsoriedade no registro de filiação religiosa no prontuário eletrônico, alinhada a diretrizes jurídicas defensivas, e a consequente necessidade de busca manual complementar configuram potenciais vieses de seleção e informação, o que pode limitar a generalização epidemiológica dos dados estatísticos.

Apesar das limitações metodológicas decorrentes da qualidade do registro eletrônico, os achados clínicos demonstram que o manejo perioperatório desses pacientes é altamente seguro e viável nas cirurgias realizadas. Todavia, os dados provam que o atual gargalo institucional não é de natureza técnica ou anestésica, mas sim gerencial, reforçando a urgência de uma atualização do fluxograma institucional para um modelo baseado nos pilares universais e multidisciplinares do PBM.

6 SUGESTÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Com base nos resultados clínicos obtidos nesta pesquisa, evidenciou-se um descompasso crítico no HCFMB: embora o manejo perioperatório de pacientes Testemunhas de Jeová tenha se mostrado clinicamente seguro e viável, persiste um gargalo organizacional e estrutural que impacta diretamente a eficiência assistencial. Os dados epidemiológicos revelam uma grave subnotificação sistêmica na captação inicial desses pacientes e uma concentração massiva de procedimentos no âmbito ambulatorial (73,5%), centralizados na Oftalmologia (38,8%) e Dermatologia (22,4%), o que reflete as limitações de acesso impostas pelo arranjo institucional.

O fluxo institucional vigente, estabelecido em 2022, adota uma abordagem predominantemente burocrática e reativa. Ao condicionar os procedimentos não listados no documento de especialidades elegíveis (representado no Quadro 1) à serem encaminhados, o protocolo antigo acaba por formalizar a instabilidade assistencial, perpetuar o estigma e retardar o cuidado. Dessa forma, o simples encaminhamento não configura, por si só, garantia de acesso à saúde. Ao contrário, transfere a responsabilidade assistencial sem assegurar a resolução da demanda, contrariando o princípio da universalidade, que exige do SUS não apenas a abertura formal das portas de entrada, mas a efetiva oferta de cuidado aos usuários, inclusive àqueles que apresentam necessidades decorrentes de convicções religiosas, como os pacientes Testemunhas de Jeová.

Adicionalmente, o modelo de 2022 não incorpora formalmente as diretrizes do Patient Blood Management (PBM) como padrão normativo, tratando a recusa do sangue como uma exceção logística e não como uma oportunidade de otimização terapêutica baseada em evidências (dinâmica visível na Figura 2).

Esse modelo vigente centraliza três falhas estruturais interdependentes. Primeiro, o gargalo da triagem, decorrente da falta de campos compulsórios no prontuário eletrônico, o que gera uma subnotificação crônica e impede a identificação precoce do paciente. Segundo, uma abordagem puramente reativa, que condiciona a cirurgia estar ou não presente no quadro 1 para ser realizada ou não no HCFMB, sem considerar as equipes assistentes, a avaliação jurídica, uma conversa franca com a família envolvida ou sem oferecer propostas de alternativas atuais, adiando decisões e gerando cancelamentos desnecessários. Terceiro, a ausência absoluta de foco nos pilares do PBM, o que desperdiça a janela de oportunidade clínica pré-operatória para

otimização hematológica do paciente, perpetuando a falsa premissa de que a única segurança possível para essa população reside na restrição ao pequeno porte cirúrgico.

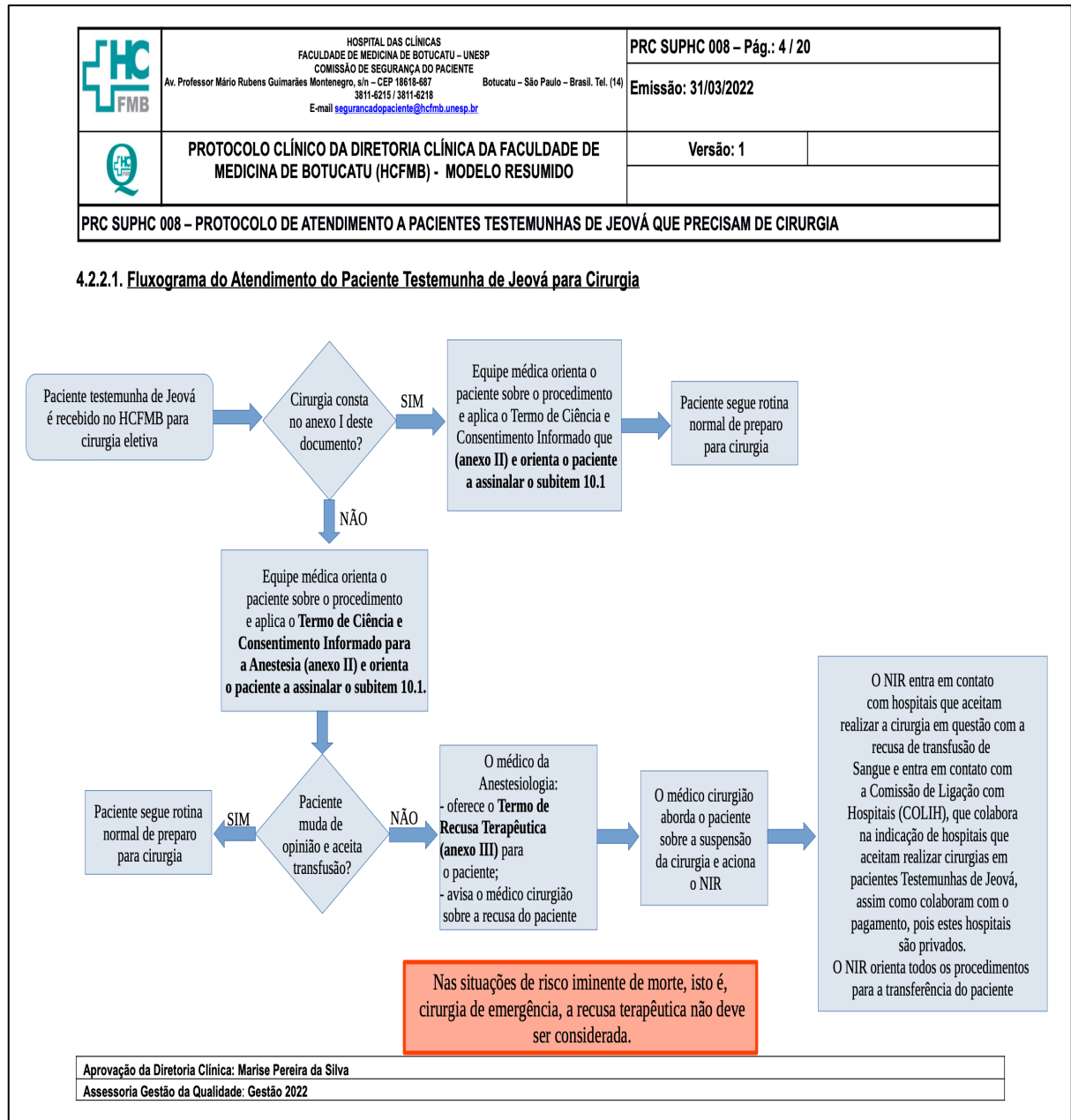
Quadro 1 – Lista de procedimentos possíveis para pacientes que não concordam com transfusão sanguínea baseado no Protocolo de 2022 do HCFMB

1. Oftalmologia	1.1 Todos os procedimentos
2. Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço	2.1 Cirurgias diversas do tímpano 2.2 Mastoidectomia 2.3 Correção de desvio de septo 2.4 Cirurgias endoscópicas do nariz 2.5 Laringoscopias com ou sem retirada de lesões da laringe, 2.6 Adenoidectomia e amigdalectomia 2.7 Retirada de cistos superficiais do pescoço
3. Ortopedia	3.1 Cirurgias das extremidades (punhos, mãos, tornozelos e pés) 3.2 Cirurgias do cotovelo.
4. Aparelho Digestivo	4.1. Herniorrafias 4.2. Colecistectomia por vídeo 4.3 Correção de fístulas anais 4.4 Hemorroidectomia 4.5 Exérese de cisto pilonidal
5. Cirurgia Vascular	5.1 Safenectomia e retirada de trajetos venosos
6. Sistema Urinário	6.1 Colocação de cateter de duplo J 6.2 Uretrotomia, 6.3 Ureterolitotomia 6.4 Correção de hipospádia 6.5 Postectomia 6.6 Orquidopexia
7. Ginecologia	7.1 Tratamento de incontinência urinária 7.2 Histeroscopia com ou sem retirada de lesões (conizações, etc.) 7.3 Histerectomia por via vaginal 7.4 Segmentectomia, quadrantectomia, mastectomia simples (sem esvaziamento ganglionar
8. Cirurgia Plástica	8.1 Implante de próteses mamárias

	8.2 Lipoaspiração
	8.3 Remoção de pequenas lesões
9. Cirurgia Torácica	9.1 Broncoscopias
10. Cirurgia Cardíaca	10.1 Implante de marca passo
11. Exames diagnósticos	11.1 Endoscopias, colonoscopias

Fonte: Protocolo Institucional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) (2022).

Figura 1 - Fluxograma Atual do Atendimento do Paciente Testemunha de Jeová para Cirurgia baseado no Protocolo clínico da diretoria clínica da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) - modelo resumido.



Fonte: Protocolo Institucional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) (2022).

A análise minuciosa do Quadro 1 expõe a raiz do engessamento institucional do modelo vigente. Ao listar de forma taxativa e rígida as especialidades e os procedimentos permitidos, focando quase que exclusivamente em cirurgias de pequeno porte, procedimentos

dermatológicos e oftalmológicos "isentos" de avaliação prévia, o protocolo acaba por funcionar como um filtro artificial da demanda.

Essa rigidez burocrática justifica os achados epidemiológicos da presente pesquisa apresentados na Tabela 1: a expressiva concentração observada na Oftalmologia (38,8%) e na Dermatologia (22,4%), bem como o predomínio absoluto de procedimentos de caráter ambulatorial (73,5%), não reflete necessariamente a real necessidade cirúrgica da comunidade de Testemunhas de Jeová que busca o HCFMB, mas sim as barreiras impostas por essa listagem restritiva. Qualquer procedimento de média ou alta complexidade que ultrapasse os limites estritos da Figura 1 é automaticamente encaminhado para outros serviços, violando a lógica de acesso universal e isonômico do SUS e desconsiderando a autonomia do paciente, agora consolidada pelo STF em 2024.

Diante desse cenário e respaldado pelo recente entendimento do STF em setembro de 2024 (Temas 952 e 1069), que consolidou o direito de recusa transfusional e a obrigatoriedade do SUS em fornecer tratamentos alternativos viáveis, propõe-se a substituição do fluxo antigo por um modelo assistencial proativo. O novo protocolo ilustrado na Figura 3 é centrado nos três pilares do PBM, princípios do SUS e estruturado para garantir previsibilidade, segurança jurídica e respeito irrestrito à dignidade do paciente.

6.1 Análise Crítica: Fluxograma Atual (2022) *versus* Nova Proposta Baseada em *Patient Blood Management*

O protocolo institucional vigente à época normatizava que "trata-se de pacientes que não aceitam transfusão sanguínea alogênica e aceitam transfusão autóloga somente se for de sangue fresco, isto é, o que não foi armazenado" (HCFMB, 2022). Contudo, essa definição peca por generalização e obsolescência técnica. A literatura contemporânea e os preceitos bioéticos de autodeterminação demonstram uma acentuada heterogeneidade teológica dentro da própria comunidade de Testemunhas de Jeová. Atualmente, reconhece-se que a anuência para procedimentos autólogos e frações derivadas possui caráter estritamente individual. Portanto, cada intervenção deve ser pautada na discussão precoce e na autorização expressa do paciente, legitimada por meio de suas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV).

Embora o protocolo institucional anterior atribuísse à Comissão de Ligação com Hospitais (COLIH), organização vinculada às Testemunhas de Jeová, a colaboração no custeio

de procedimentos realizados em hospitais privados, essa informação não foi confirmada durante a revisão do fluxo assistencial. Verificou-se que a atuação da COLIH restringe-se ao fornecimento de informações, ao apoio na comunicação entre pacientes, equipes assistenciais e instituições de saúde e à disponibilização de recursos técnicos relacionados ao manejo sem transfusão, não incluindo o financiamento de tratamentos ou procedimentos médicos. Diante dessa constatação, essa referência foi suprimida da versão atualizada do protocolo institucional, a fim de garantir a fidedignidade das informações e evitar interpretações equivocadas quanto às atribuições da comissão.

O protocolo institucional anterior previa que *"nas situações de risco iminente de morte, isto é, cirurgia de emergência, a recusa terapêutica não deve ser considerada"* (HCFMB, 2022). Contudo, esse entendimento não reflete o posicionamento atual do STF, que reconhece o direito do paciente capaz de recusar transfusão sanguínea por convicção religiosa, desde que sua vontade tenha sido livre e previamente manifestada (Brasil, 2024).

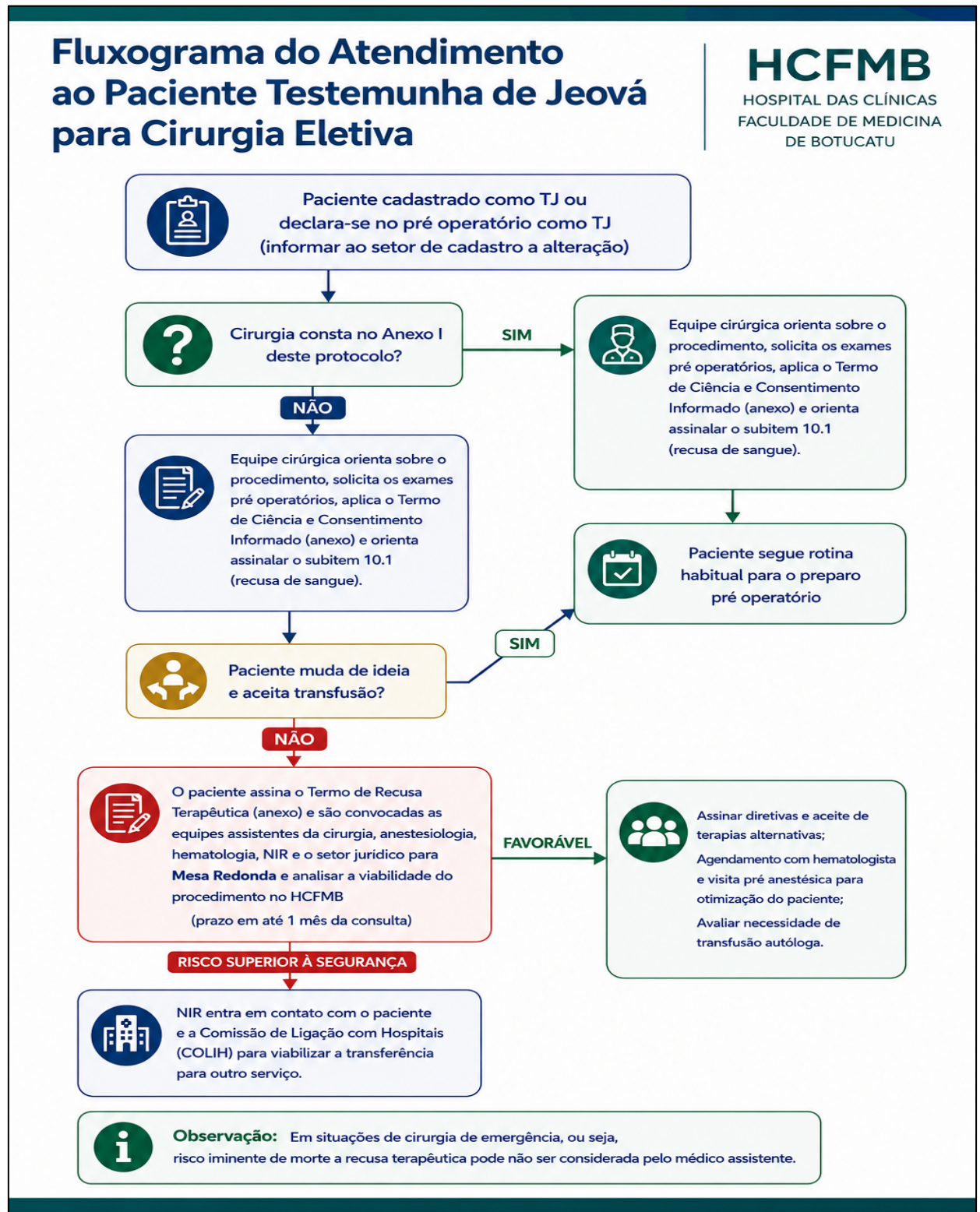
O novo protocolo sugerido é apresentado na figura 2 e 3. Na figura 2 considera-se os Procedimentos Elegíveis de Cirurgia Eletiva baseado no Protocolo de 2022 do HCFMB, envolvendo cirurgias simples, de extremidades dos membros e todas aquelas que envolvem baixo risco de sangramento. No entanto, caso a cirurgia não esteja contemplada na figura 2, sugere-se o uso do protocolo baseada na Figura 3.

Figura 2: Procedimentos Elegíveis de Cirurgia Eletiva baseado no Protocolo de 2022 do HCFMB.



Fonte: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB).

Figura 3: Fluxograma Proposto do Atendimento ao Paciente Testemunha de Jeová para Cirurgia Eletiva vigente no HCFMB (2026)



Fonte: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB).

Abaixo é apresentado a análise comparativa entre as limitações do modelo vigente no HCFMB e as respectivas soluções estruturais propostas pelo novo protocolo (Quadro 2).

Quadro 2 – Análise comparativa entre as limitações do modelo vigente no HCFMB e o novo protocolo

Dimensão Analisada	Fluxograma Vigente (2022)	Nova Proposta (Baseada em PBM e STF 2024)
Foco da Abordagem	Burocrático e reativo; focado na validação documental do risco e na salvaguarda jurídica.	Clínico e proativo; centrado na otimização hematológica do paciente (PBM), no acolhimento precoce da sua manifestação de vontade, e na discussão de caso através de uma Mesa redonda para discutir estratégias e melhores alternativas.
Triagem e Acesso	Divisão rígida por especialidades. Procedimentos fora da lista são encaminhados.	Acesso universal unificado. Todo paciente que recusa transfusão é elegível ao protocolo PBM, modulando-se a conduta pelo risco hemorrágico real, não pela burocracia. É realizada uma mesa redonda para avaliar a viabilidade do caso entre as equipes assistentes.
Manejo da Anemia	Inexistência de fluxo assistencial claro para correção de anemia no pré-operatório habitual, dependendo da iniciativa individual do cirurgião.	Encaminhamento obrigatório e imediato ao Ambulatório Especializado de PBM/Hematologia para otimização da massa eritrocitária.
Resolução de Conflitos	Abordagem defensiva que pode gerar percepção de pressão ou coerção.	Validação da autonomia na consulta inicial através de DAVs claras, reduzindo o estresse perioperatório.
Abordagem em Emergências	Direcionamento ambíguo baseado no risco iminente de morte, conferindo insegurança jurídica ao médico assistente.	Fluxo claro e amparado pelo STF 2024: busca ativa por substitutos terapêuticos e respeito às DAVs trazidas por pacientes maiores e capazes.

PBM: *Patient Blood Management*, STF: Supremo Tribunal Federal, DAV: Diretivas Antecipadas de Vontade
Fonte: Autora (2026).

6.2 Estruturação do Novo Fluxograma Assistencial (*Patient Blood Management* - HCFMB)

O novo modelo assistencial (Figura 4) organiza a linha de cuidado do paciente que recusa hemocomponentes alogênicos em quatro fases sequenciais e interdependentes:

Fase I – Identificação Precoce e Validação da Autonomia: Admissão e Ambulatório.

Esta etapa tem como objetivo identificar precocemente os pacientes Testemunhas de Jeová, assegurar o respeito à sua autonomia e permitir o planejamento perioperatório desde o primeiro contato com a instituição. Para isso, propõe-se a inclusão de um campo específico no prontuário eletrônico institucional durante o primeiro atendimento, seja no ambulatório ou no pronto-socorro, medida destinada a reduzir a subnotificação identificada nesta pesquisa. Uma vez identificado o paciente, procede-se à formalização de sua vontade por meio da aplicação de um TCLE específico e do registro das DAV. Nesse momento, o paciente discrimina formalmente quais hemocomponentes, frações sanguíneas e procedimentos autólogos em circuito contínuo, como a recuperação intraoperatória de sangue (*cell salvage*) e a hemodiluição normovolêmica aguda, autoriza ou recusa.

Fase II – Pré-Operatório e Otimização Hematológica: 3 a 4 semanas antes da cirurgia (1º Pilar do PBM).

Esta fase tem como objetivo otimizar a reserva hematológica do paciente e corrigir fatores potencialmente associados ao aumento do risco de sangramento ou à necessidade de transfusão, sempre respeitando a autonomia do paciente e as alternativas terapêuticas previamente autorizadas. Para procedimentos de médio e grande porte, recomenda-se a realização obrigatória de hemograma completo, perfil do metabolismo do ferro (ferritina e saturação de transferrina), avaliação da função renal e marcadores inflamatórios, preferencialmente entre três e quatro semanas antes da cirurgia, permitindo tempo hábil para intervenções terapêuticas.

Considera-se anemia pré-operatória Hb <13 g/dL para ambos os sexos, conforme recomendações internacionais de Patient Blood Management²¹. Pacientes com anemia ou deficiência de ferro, manifesta ou funcional, devem ser encaminhados para um protocolo de otimização hematológica, contemplando a administração de ferro intravenoso (sacarato de hidróxido férrico ou carboximaltose férrica), associado ou não a agentes estimuladores da eritropoiese, como a alfaepoetina, conforme a indicação clínica e a janela cirúrgica disponível. Paralelamente, deve ser realizada avaliação criteriosa da hemostasia, incluindo o manejo programado de coagulopatias e a suspensão, substituição ou ajuste temporário de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes orais, com definição individualizada do período de interrupção

(*washout*), considerando especialmente a função renal, o risco tromboembólico e o risco hemorrágico do procedimento.

Fase III – Intraoperatório e Conservação Sanguínea: Durante o procedimento (2º Pilar do PBM).

Esta etapa tem como objetivo minimizar a perda sanguínea intraoperatória e preservar a massa eritrocitária por meio da integração de estratégias anestésicas, cirúrgicas, farmacológicas e tecnológicas. Entre as medidas anestésico-cirúrgicas, recomenda-se a manutenção rigorosa da normotermia perioperatória, com o intuito de prevenir a disfunção plaquetária induzida pela hipotermia, bem como o controle hemodinâmico criterioso, incluindo hipotensão arterial deliberada quando clinicamente indicada e segura. Sempre que possível, devem ser priorizadas técnicas cirúrgicas minimamente invasivas e métodos de hemostasia meticulosa.

No âmbito farmacológico, recomenda-se a administração precoce de antifibrinolíticos, especialmente do ácido tranexâmico, em procedimentos com perda sanguínea estimada superior a 500 mL ou risco moderado a elevado de sangramento, exceto na presença de contraindicações. Complementarmente, devem ser empregadas tecnologias de preservação sanguínea previamente autorizadas pelo paciente, como os sistemas de recuperação intraoperatória de sangue (*cell salvage*), garantindo a manutenção de circuito fechado e contínuo, em conformidade com as convicções religiosas do paciente Testemunha de Jeová. Sempre que possível, recomenda-se ainda a redução do volume de sangue destinado a exames laboratoriais, mediante utilização de tubos de coleta de pequeno volume e monitorização laboratorial *point-of-care*, como a tromboelastometria, permitindo avaliação rápida da coagulação e direcionamento individualizado das intervenções hemostáticas.

Fase IV – Pós-Operatório e Suporte Fisiológico Avançado: Cuidados Intensivos/Enfermária (3º Pilar do PBM).

Esta etapa tem como objetivo otimizar a tolerância fisiológica à anemia e preservar a oferta de oxigênio aos tecidos, reduzindo a necessidade de transfusão de hemocomponentes por meio de estratégias baseadas em parâmetros clínicos e fisiológicos. Recomenda-se a adoção de uma estratégia transfusional restritiva, na qual os níveis isolados de hemoglobina não constituam o único critério para a tomada de decisão clínica. A indicação de intervenções deve

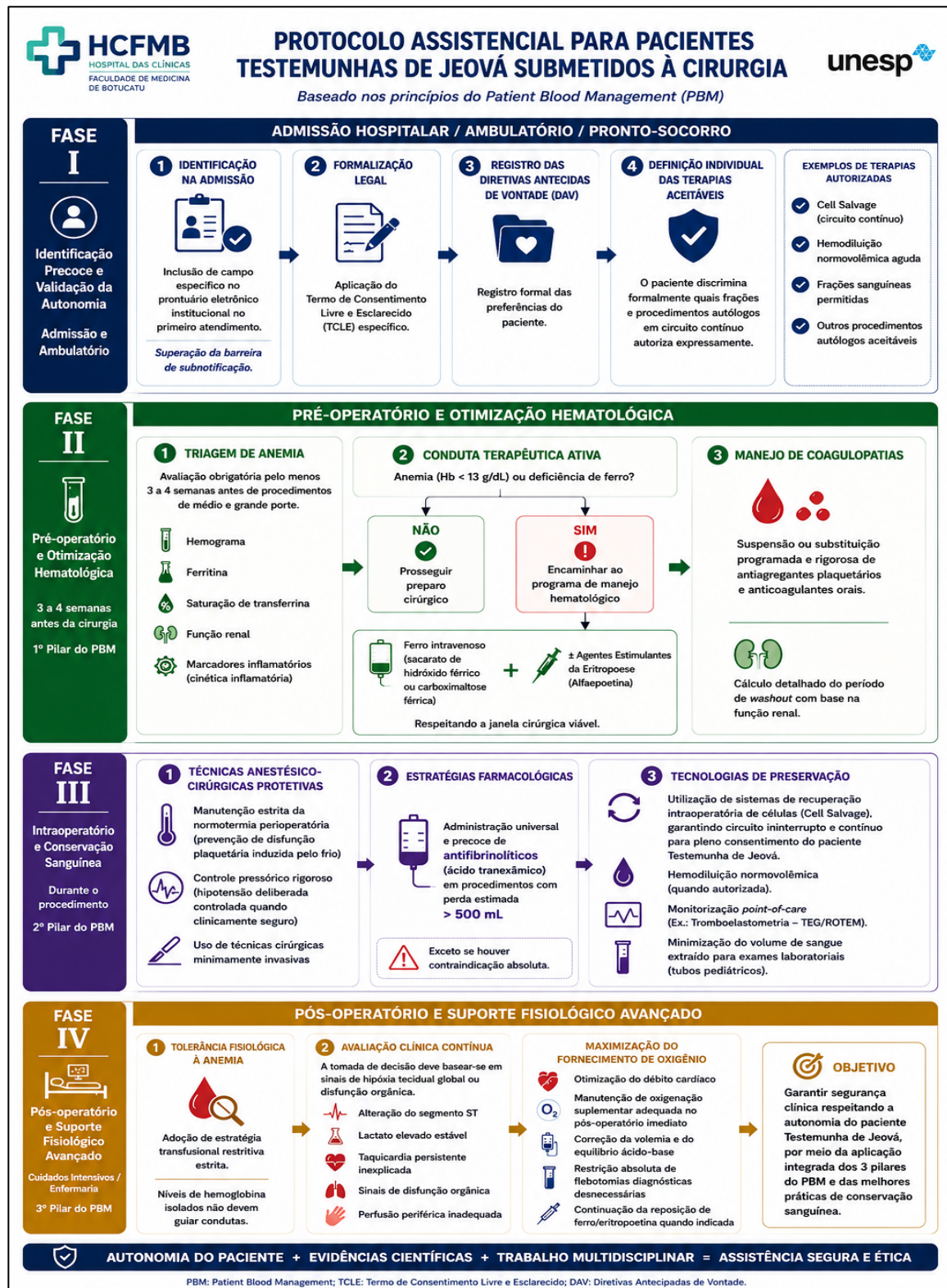
fundamentar-se na avaliação integrada do paciente, considerando sinais de hipóxia tecidual ou disfunção orgânica, como alterações eletrocardiográficas sugestivas de isquemia, elevação persistente dos níveis de lactato, instabilidade hemodinâmica ou taquicardia sustentada sem outra causa identificável. Paralelamente, devem ser implementadas medidas destinadas a maximizar a oferta de oxigênio aos tecidos, incluindo a otimização do débito cardíaco, a manutenção de adequada oxigenação suplementar no pós-operatório imediato, o tratamento de fatores potencialmente agravantes da anemia, como dor, hipotermia e hipovolemia, e a restrição rigorosa de flebotomias diagnósticas desnecessárias, com preferência por métodos de monitorização que minimizem a perda sanguínea.

Nota de Diretriz Jurídico-Assistencial (STF 2024 / Temas 952 e 1069): Em cenários de urgência e emergência, o médico assistente deve realizar a busca ativa imediata por estratégias alternativas de suporte e preservação volumétrica. Sendo o paciente maior, capaz, e estando sua recusa manifestada de forma inequívoca por escrito ou por meio de diretivas antecipadas, sua autodeterminação deve ser respeitada, devendo a equipe médica documentar pormenorizadamente em prontuário todas as medidas de PBM e suportes alternativos esgotados, resguardando a integridade ética e jurídica do ato médico e a convicção do paciente.

6.3 Conclusão da Proposta

Ao padronizar as condutas clínicas e acolher a autonomia de forma sistêmica, o HCFMB não apenas eleva os patamares de segurança técnica perioperatória para procedimentos de qualquer complexidade, mas também consolida uma assistência verdadeiramente humana, ética, previsível e alinhada às decisões das cortes superiores do país.

Figura 4 – Estruturação do Novo Fluxograma Assistencial (*Patient Blood Management* - HCFMB)



Fonte: Autora, 2026.

7 RELATO DO CASO: CIRURGIA DE GRANDE PORTE NO HCFMB

Embora a casuística analisada nesta pesquisa seja composta majoritariamente por procedimentos de baixo potencial hemorrágico, isso não significa que pacientes Testemunhas de Jeová estejam restritos a cirurgias de menor complexidade. A experiência acumulada na literatura demonstra que, quando submetidos a protocolos estruturados de *Patient Blood Management*, esses pacientes podem ser tratados com segurança mesmo em procedimentos de elevado risco hemorrágico. Assim, com o objetivo de complementar os achados observacionais e ilustrar a aplicabilidade prática dessas estratégias, apresenta-se um relato de caso de cirurgia ortopédica de grande porte realizada com sucesso sem utilização de hemocomponentes, evidenciando que o planejamento perioperatório sistematizado pode permitir desfechos favoráveis mesmo em cenários de alta complexidade.

Paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, peso de 48 kg, portadora de escoliose idiopática juvenil, admitida para artrodese toracolombar eletiva de 9 níveis (T5-L1). A paciente e sua responsável legal declararam recusa à transfusão de sangue alogênico por convicção religiosa, formalizada mediante assinatura de TCLE específico. Foram autorizadas estratégias de conservação sanguínea compatíveis com suas crenças, incluindo recuperação intraoperatória de sangue por sistema *Cell Saver*.

Diante do elevado risco hemorrágico do procedimento, instituiu-se protocolo de PBM com participação das equipes de hematologia, ortopedia e anestesiologia. O preparo hematológico incluiu eritropoetina 40.000 UI semanal por três semanas, ferro intravenoso (Noripurum®), vitamina B12 e ácido fólico. Como estratégia adicional de conservação sanguínea, a paciente realizou doação autóloga pré-operatória de duas unidades de sangue aproximadamente dois meses antes da cirurgia, as quais permaneceram armazenadas para eventual necessidade de transfusão autóloga durante o procedimento ou no período perioperatório, em conformidade com suas convicções religiosas. Houve resposta satisfatória ao tratamento, com elevação da hemoglobina de 12,3 g/dL para 15,6 g/dL durante a otimização pré-operatória. No dia do procedimento, a hemoglobina era de 13,8 g/dL.

Na sala operatória, realizou-se monitorização padrão da American Society of Anesthesiologists, obtidos dois acessos calibrosos 18G antes da indução anestésica e 16 G após indução, complementada por cateterização arterial para monitorização contínua da pressão

arterial e coleta seriada de exames laboratoriais, além de monitorização da profundidade anestésica por índice bispectral (BIS) e neuromonitorização com potencial evocado.

A indução foi realizada com sufentanil 40 microgramas, lidocaína 25 mg, propofol 200 mg, rocurônio 30 mg, cetamina 30 mg, metadona 5 mg e revertido o bloqueador neuromuscular com Sugammadex (200 mg) para viabilizar a neuromonitorização. A manutenção anestésica foi realizada utilizando remifentanil 0,2 mcg/kg/min e propofol 2% em *Target-Controlled Infusion* (TCI) com alvo de 3 mcg/mL. Foram empregadas estratégias intraoperatórias de redução do sangramento, incluindo administração de ácido tranexâmico 30 mg/kg de ataque e manutenção 10 mg/kg/h, manutenção da normotermia, recuperação intraoperatória de sangue por sistema *Cell Saver* e hipotensão arterial controlada com infusão titulada de nitroprussiato de sódio durante a fase de maior potencial hemorrágico da cirurgia.

O tempo cirúrgico foi de 90 minutos, enquanto o tempo anestésico total foi de 150 minutos. A perda sanguínea estimada foi de aproximadamente 200 mL. O sistema *Cell Saver* processou 128 mL de sangue, reinfundidos durante o procedimento.

A paciente permaneceu hemodinamicamente estável durante todo o intraoperatório, sem necessidade de transfusão de hemocomponentes alogênicos ou ocorrência de complicações anestésicas.

Ao término da cirurgia foi extubada ainda em sala operatória e encaminhada à Sala de Recuperação Pós-Anestésica, apresentando estabilidade clínica, ventilação espontânea, adequada analgesia e ausência de intercorrências imediatas. Posteriormente, foi transferida para unidade de cuidados semi-intensivos para monitorização pós-operatória.

No primeiro pós-operatório, apresentava hemoglobina de 12,2 g/dL, correspondendo a redução de apenas 1,6 g/dL em relação ao valor pré-operatório imediato, sem repercussão clínica ou indicação de transfusão. Evoluiu favoravelmente, sem sangramento significativo, complicações infecciosas ou necessidade de reintervenção, recebendo alta hospitalar em boas condições clínicas. A paciente retornou ao acompanhamento ambulatorial sem queixas e com bons resultados operatórios, mostrando-se bastante satisfeita com o atendimento prestado.

Este caso ilustra a efetividade da aplicação integrada dos princípios do Patient Blood Management em uma cirurgia ortopédica de grande porte realizada em paciente Testemunha de Jeová. A estratégia adotada contemplou os três pilares do PBM: otimização da eritropoiese

antes da cirurgia, redução das perdas sanguíneas durante o procedimento e otimização da tolerância fisiológica à anemia.

A otimização hematológica pré-operatória permitiu aumentar a reserva eritrocitária da paciente por meio da administração de eritropoetina, ferro intravenoso, vitamina B12 e ácido fólico. Além disso, foi realizado pré-depósito de duas unidades de sangue autólogo aproximadamente dois meses antes da cirurgia, ampliando as opções de suporte transfusional compatíveis com as preferências da paciente. Essa etapa é considerada uma das intervenções de maior impacto para pacientes submetidos a procedimentos com elevado potencial hemorrágico, reduzindo a probabilidade de anemia perioperatória e a necessidade de transfusão alogênica.

No período intraoperatório, a utilização de ácido tranexâmico, monitorização anestésica avançada, manutenção da normotermia e recuperação intraoperatória de sangue pelo sistema Cell Saver representaram medidas complementares capazes de minimizar as perdas sanguíneas. Embora o volume recuperado tenha sido relativamente modesto (128 mL), sua reinfusão contribuiu para a preservação da massa eritrocitária, respeitando as preferências previamente estabelecidas pela paciente e sua família. As unidades de sangue autólogo previamente coletadas não precisaram ser utilizadas, em virtude da baixa perda sanguínea intraoperatória e da estabilidade clínica apresentada pela paciente.

Outro aspecto relevante refere-se à baixa perda sanguínea observada (aproximadamente 200 mL) e à discreta redução dos níveis de hemoglobina, de 13,8 g/dL para 12,2 g/dL, demonstrando que o planejamento multidisciplinar e a execução coordenada das estratégias de PBM podem proporcionar resultados favoráveis mesmo em procedimentos tradicionalmente associados a perdas sanguíneas importantes.

Sob o aspecto ético, pacientes Testemunhas de Jeová exercem legitimamente sua autonomia ao recusarem transfusões de sangue alogênico. No presente caso, a decisão foi formalizada por meio de consentimento específico e respeitada por toda a equipe assistencial, que estruturou um plano terapêutico compatível com as convicções religiosas da paciente. Por tratar-se de adolescente, o processo decisório contou com a participação da responsável legal, reforçando a importância do planejamento compartilhado e da atuação multidisciplinar.

Embora relatos semelhantes estejam descritos na literatura, observa-se crescente valorização do PBM não apenas para pacientes Testemunhas de Jeová, mas como padrão de qualidade assistencial aplicável à população cirúrgica em geral. O presente caso reforça essa perspectiva ao demonstrar que estratégias relativamente simples, quando planejadas de forma integrada, podem reduzir significativamente a exposição a transfusões e contribuir para melhores desfechos perioperatórios.

Contudo, o sucesso assistencial observado neste caso resultou da coordenação individualizada entre as equipes assistenciais, e não da aplicação de um protocolo institucional previamente estabelecido. Esse achado reforça a necessidade de institucionalizar essas condutas por meio de um fluxograma assistencial padronizado, capaz de promover maior segurança, previsibilidade e reprodutibilidade na assistência aos pacientes Testemunhas de Jeová.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A severa subnotificação sistêmica identificada na captação inicial da amostra e a consequente necessidade de busca manual ativa revelam que os sistemas de informação hospitalar carecem de campos compulsórios e automatizados para a identificação precoce da objeção transfusional. Essa lacuna cadastral inviabiliza a triagem antecipada essencial para a aplicação do primeiro pilar do PBM, que preconiza o diagnóstico e o tratamento ativo de anemias pré-operatórias semanas antes do ato cirúrgico.

Adicionalmente, os dados provam que a concentração massiva de procedimentos na modalidade ambulatorial (73,5%) e de pequeno porte (16,3%), centralizados na Oftalmologia (38,8%) e Dermatologia (22,4%), funciona como um reflexo estatístico direto do desenho restritivo e reativo do fluxograma institucional de 2022. Ao condicionar procedimentos de maior complexidade a processos de encaminhamento para serviços que aceitem os casos, a depender no NIR e a COLIH, com prazos administrativos morosos, o modelo vigente acaba por formalizar atrasos e restrições de acesso, tratando o direito à autodeterminação do paciente como uma exceção logística e não como uma oportunidade de otimização terapêutica baseada em evidências científicas e em conformidade com o STF.

As limitações inerentes ao delineamento retrospectivo e à qualidade do preenchimento dos registros eletrônicos institucionais não reduzem o impacto dos achados, mas funcionam como indicadores diagnósticos da urgência de maior sistematização administrativa.

Diante disso, conclui-se que o avanço no cuidado perioperatório dessa população no HCFMB não depende apenas de incrementos na competência técnica da equipe anestésico-cirúrgica, mas sim de uma transição estrutural imediata no modelo gerencial. Torna-se imperativa a substituição do fluxo reativo de 2022 por uma linha de cuidado proativa, universal e multidisciplinar baseada nos três pilares do PBM e na validação jurídica antecipada da autonomia do paciente, garantindo uma assistência que seja, indissociadamente, segura, previsível, humana e em estrita consonância com a jurisprudência constitucional do país.

9 CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na instituição caracteriza-se por uma população idosa (média de 65,3 anos), com múltiplas comorbidades, e restrita a procedimentos cirúrgicos de pequeno porte e de caráter ambulatorial.

Evidencia-se que o atual fluxograma institucional apresenta graves falhas gerenciais e obsolescência organizacional, operando de forma puramente reativa e sem a incorporação dos pilares estruturados do PBM.

Por fim, o relato de caso de cirurgia de grande porte demonstra que a implementação integrada e coordenada de um protocolo baseado no PBM é altamente viável e segura, consolidando-se como o modelo gerencial necessário para superar os gargalos institucionais identificados.

REFERÊNCIAS

1. Murphy E, McConnell P. The perioperative care of Jehovah's Witnesses. *Anaesth Intensive Care Med.* 2022;23(8):472–476. doi: 10.1016/j.mpaic.2022.04.010
2. Spencer JR. A point of contention: the scriptural basis for the Jehovah's Witnesses' refusal of blood transfusions. *Christian Bioeth.* 2002;8(1):63–90. doi: 10.1076/chbi.8.1.63.8761
3. Knapp van Bogaert D, Ogunbanjo G. Ethics and medicine: Jehovah's Witnesses and the new blood transfusion rules. *S Afr Fam Pract.* 2013;55(1):S6–S9. doi: 10.1080/20786204.2013.10874313
4. West JM. Ethical issues in the care of Jehovah's Witnesses. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2014;27(2):170–176. doi: 10.1097/ACO.0000000000000053
5. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 979.742 (Tema 952) e Recurso Extraordinário nº 1.212.272 (Tema 1069). Decisões com repercussão geral sobre recusa de transfusão por motivo religioso e dever do SUS de oferecer tratamento alternativo. Brasília, DF: STF; 2024 Set 25 [citado 2026 Fev 2]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/>
6. Jauho KR, et al. Perioperative management of patients declining transfusions of blood products. *Anaesthesia.* 2023.
7. Klein AA, et al. Anaesthesia and peri-operative care for Jehovah's Witnesses and patients who refuse blood. *Anaesthesia.* 2019;74(1):74–82. doi: 10.1111/anae.14619
8. Piekarski F, et al. Perioperative blood management in Jehovah's Witnesses. *Anaesthesiologie.* 2026;75(1):3–11. doi:10.1007/s00101-025-01621-7.
9. Crowe EP, DeSimone RA. Transfusion support and alternatives for Jehovah's Witness patients. *Curr Opin Hematol.* 2019.
10. Shander A, et al. Patient blood management as standard of care. *Anesth Analg.* 2012.
11. Goodnough LT, et al. Patient blood management. *Lancet.* 2011;377(9771):1096–1101. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61816-1
12. Díaz-Pérez D, et al. Colon cancer surgery in Jehovah's Witnesses patients. *J Transl Genet.* 2024;8(1):1–9. doi: 10.2147/JTG.S387456
13. Beliaev AM, Booth M, Rowbotham D, Civiero T. Major abdominal surgery in Jehovah's Witnesses. *ANZ J Surg.* 2016;86(6):451–455. doi: 10.1111/ans.13558
14. Carson JL, Noveck H, Berlin JA, Gould SA. Outcomes in patients who decline transfusion. *Transfusion.* 2012;52(5):1123–1130. doi: 10.1111/j.1537-2995.2011.03468.x
15. Ranucci M, et al. Blood conservation in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2015;150(4):1086–1097. doi: 10.1016/j.jtcvs.2015.06.026

16. Gemelli M, Italiano EG, Geatti V, Addonizio M, Cao I, Dimagli A, Dokollari A, Tarzia V, Gallo M, Ferrari E, Slaughter MS, Gerosa G. Optimizing Safety and Success: The Advantages of Bloodless Cardiac Surgery. A Systematic Review and Meta-Analysis of Outcomes in Jehovah's Witnesses. *Curr Probl Cardiol.* 2024 Jan;49(1 Pt B):102078. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2023.102078. Epub 2023 Sep 15. PMID: 37716536.
17. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
18. Annane D, et al. Refusal of life-saving treatment. *Intensive Care Med.* 2015;41(3):507–510. doi: 10.1007/s00134-015-3947-7
19. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 979.742 (Tema 952): liberdade religiosa e recusa de transfusão de sangue. Brasília: STF; 2019.
20. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 1.212.272 (Tema 1069): direito de recusa de transfusão de sangue por motivo religioso. Brasília: STF; 2020.
21. Fovargue S, Mullock A. Consent and refusal of treatment. *Med Law Rev.* 2017;25(3):365–389. doi: 10.1093/medlaw/fwx013
22. Shander A, et al. Recommendations from the International Consensus Conference on Anemia Management in Surgical Patients (ICCAMS). *Anesth Analg.* 2023;136(5):981–1000. doi: 10.1213/ANE.0000000000006300
23. Parikh S, et al. Perioperative Blood Management. *J Clin Med.* 2025;14(11):3847. doi: 10.3390/jcm14113847
24. Muñoz M, et al. Executive summary of the consensus document on peri-operative anemia management. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2024;71(4). doi: 10.1016/j.redare.2024.02.003
25. Kiyatkin ME, et al. Patient blood management, anemia, and transfusion optimization across surgical specialties. *Transf Med Rev.* 2023;37(2):150707. doi: 10.1016/j.tmr.2023.150707
26. Piekarski F, et al. Perioperative blood management in Jehovah's Witnesses. *Anaesthesist.* 2026. doi: 10.1007/s00101-026-01683-1
27. Davids R, et al. Jehovah's Witness Needing Critical Care: A Narrative Review on the Expanding Arsenal. *Cureus.* 2024;16(5):e60196. doi: 10.7759/cureus.60196
28. EACTS; EACTAIC. 2024 EACTS/EACTAIC Guidelines on Patient Blood Management for Adult Cardiac Surgery. 2024 [acesso em 2026 maio 24]. Disponível em: <https://matevs.org.my/documents/guidelines/2024%20EACTS%20Guideline%20on%20Patient%20Blood%20Management.pdf>.
29. Scharman CD, Burger D, Shatzel JJ, Kim E, DeLoughery TG. Treatment of individuals who cannot receive blood products for religious or other reasons. *Am J Hematol.* 2017 Dec;92(12):1370-1381. doi: 10.1002/ajh.24889. Epub 2017 Sep 29. PMID: 28815690.

30. World Health Organization. Guidance on implementing Patient Blood Management to improve global blood health status. Geneva: WHO; 2024.
31. Society for the Advancement of Blood Management. Administrative and Clinical Standards for Patient Blood Management Programs. 2nd ed. Englewood: SABM; 2021.
32. Muñoz M, Acheson AG, Auerbach M, et al. International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency. *Anaesthesia*. 2017;72(2):233–247. doi: 10.1111/anae.13773
33. Palaia I, et al. Peri-operative blood management of Jehovah's Witnesses undergoing cytoreductive surgery for advanced ovarian cancer. *Blood Transfus*. 2021;19(4):321-327. doi: 10.2450/2021.0366-20
34. Vitolo M, Mei DA, Cimato P, et al. Cardiac Surgery in Jehovah's Witnesses Patients and Association with Peri-Operative Outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Curr Probl Cardiol*. 2023;48(9):101789. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2023.101789
35. Graetz TJ, Nuttall G, Shander A. Perioperative blood management: strategies to minimize transfusions. UpToDate. Waltham: UpToDate; 2026.
36. Lawson T, Ralph C. Perioperative Jehovah's Witnesses: a review. *Br J Anaesth*. 2015;115(5):676–687. doi: 10.1093/bja/aev161
37. Coccolini F, Shander A, Ceresoli M, et al. Strategies to prevent blood loss and reduce transfusion in emergency general surgery, WSES-AAST consensus paper. *World J Emerg Surg*. 2024;19(1):26. doi: 10.1186/s13017-024-00554-7
38. Webert KE, Zeller MP. The untransfusable patient. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2025;2025(1):191–198. doi: 10.1182/hematology.2025000705
39. Howard-Quijano K, Shore-Lesserson L, Osho A, et al. Perioperative Anemia and Patient Blood Management in Cardiac Surgery: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2026. doi: 10.1161/CIR.0000000000001446
40. Wiser Z, Gauer R. Approaches to a Patient With Anemia Who Is Refusing a Blood Transfusion. *Am Fam Physician*. 2024;109(1):Online.
41. Kulkarni S, Parina R, Henderson R, et al. Transfusion-free Strategies in Liver and Pancreatic Surgery: A Predictive Model of Blood Conservation for Transfusion Avoidance in Mainstream Populations. *Ann Surg*. 2023;277(3):469–474. doi: 10.1097/SLA.0000000000005757
42. Rashid M, Kromah F, Cooper C. Blood transfusion and alternatives in Jehovah's Witness patients. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2021;34(2):125–130. doi: 10.1097/ACO.0000000000000961
43. CARSON, Jeffrey L. *et al*. Transfusion thresholds and other strategies for guiding red blood cell transfusion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Hoboken, v. 10, art. CD002042, 2025. DOI: 10.1002/14651858.CD002042.pub6

44. SELBY, Rick; SELBY-MEDICAL, Taylor; RICHMAN, Michael. Ethical issues in solid organ transplantation: transfusion-free transplantation in Jehovah's Witness patients. *Current Opinion in Organ Transplantation*, Philadelphia, v. 29, n. 1, p. 82-87, 2024. DOI: 10.1097/MOT.0000000000001128