



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA**

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**ATITUDES E CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO  
ADULTA SOBRE RECOLHA E DOAÇÃO DE  
ÓRGÃOS E TECIDOS**

Ana Filipa Henriques Cardoso

Leiria, setembro de 2018



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA**

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**ATITUDES E CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO  
ADULTA SOBRE RECOLHA E DOAÇÃO DE  
ÓRGÃOS E TECIDOS**

Ana Filipa Henriques Cardoso, nº 5160017

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Professora Orientadora da Dissertação: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, setembro de 2018

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, orientadora desta dissertação, pelo apoio, paciência, disponibilidade, incentivo, dedicação e pelos conhecimentos transmitidos em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho.

Aos meus pais e ao Rui, pela compreensão, apoio e incentivo demonstrado ao longo de todos estes meses. Por acreditarem em mim, nas minhas escolhas, por não me deixarem desistir e por sempre acreditarem que eu seria capaz de concluir este desafio.

À Maria João, porque enfrentámos esta caminhada juntas desde o primeiro dia. Pela interajuda, pela partilha de conhecimentos e pelo apoio e incentivo sem os quais não teria sido possível.

A todos os que se disponibilizaram para responder ao questionário e com isso possibilitaram o desenvolvimento desta dissertação.

A todos, e sem exceção, que de alguma forma estiveram presentes neste percurso.

Muito Obrigado!

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AAN – Associação Americana de Neurologia

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APIR – Associação Portuguesa de Insuficientes Renais

ASST – Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHD – Coordenador Hospitalar de Doação

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS – Direção Geral de Saúde

DPC – Dadores em Paragem Cardiocirculatória

DMC – Dadores em Morte Cerebral

EVA – Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante

GCCT – Gabinete Coordenador de Colheitas e Transplantação

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV – Vírus Linfotrópico da Célula Humana

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação

MC – Morte Cerebral

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPT – Organização Portuguesa de Transplantação

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SPT – Sociedade Portuguesa de Transplantação

TCE – Traumatismo crânio-encefálico

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

## RESUMO

**Introdução:** A atividade de transplantação de órgãos e tecidos teve um enorme aumento mas a escassez de órgãos continua a ser um fator crucial que afeta os programas de transplantação. Esta temática envolve ainda algum mistério na nossa sociedade, sendo por isso importante avaliar os conhecimentos e atitudes da população, para que conhecendo os mesmos possam ser informados, formados e esclarecidos sobre o processo da recolha e doação de órgãos.

**Metodologia:** Este estudo correlacional teve como principais objetivos: conhecer as atitudes e conhecimentos da população adulta face à recolha e doação de órgãos e relacionar as atitudes e conhecimentos da população adulta face a recolha e doação de órgãos e a idade, o sexo, ser dador, ser familiar de recetor de órgãos, ser profissional de saúde e estar inscrito no RENNDA.

A amostra ficou constituída por 444 pessoas que responderam ao questionário *online* através das redes sociais e emails. Para a sua aplicação foram seguidos os princípios da declaração de Helsínquia tendo o protocolo sido aprovado pela Comissão de Ética (Nº CE-IPLEIRIA-16-2018).

**Resultados:** A amostra é maioritariamente do sexo feminino (73,6%) da área profissional não ligada a saúde (52,8%), com uma média de idades de  $35,39 \pm 11,33$  anos. A maioria dos participantes concorda com a doação de órgãos, sendo que 81,6% afirma ter intenção de doar os seus órgãos ou tecidos. Em relação aos níveis de conhecimento, podemos afirmar que a população está informada sobre o tema. No entanto há ainda muitas dúvidas e lacunas de conhecimento. A amostra apresenta atitudes positivas sobre a doação e transplante de órgãos. As mulheres e os profissionais de saúde têm atitudes mais positivas face a doação e transplante de órgãos ( $p < 0,05$ ).

**Conclusão:** Com a realização deste estudo, foi possível conhecer os conhecimentos e as atitudes da população sobre a doação e transplante de órgãos e tecidos, sendo fundamental sensibilizar a população através de campanhas de formação e informação. A existência de mitos e crenças sobre esta temática demonstra a necessidade de informar e desmistificar, levando a uma decisão consciente e informada.

**Palavras-chave:** Conhecimentos; atitudes; transplante de órgãos; doação de órgãos.

## ABSTRACT

**Background:** Organ and tissue transplantation activity has increased dramatically, but organ shortage remains a crucial factor affecting transplantation programs. This issue still involves some mystery in our society, and it is therefore important to evaluate the knowledge and attitudes of the population, so that knowing them can be informed, trained and clarified about the process of collection and organs donation.

**Methodology:** This correlational study had as main objectives: to know the attitudes and knowledge of the adult population in relation to the collection and donation of organs and to relate the attitudes and knowledge of the adult population regarding the collection and organs donation and the age, sex, being a donor, organs recipient family, be a health professional and be enrolled RENNDA.

The sample consisted of 444 people who answered the questionnaire online through social networks and emails. For its application, the principles of the Helsinki Declaration were followed and the protocol was approved by the Ethics Committee (EC-IPLEIRIA-16-2018).

**Results:** The sample is predominantly female (73.6%) of the non-health professional area (52.8%), with a mean age of  $35.39 \pm 11.33$  years. Most participants agree with organ donation, with 81.6% saying they intend to donate their organs or tissues. In relation to the levels of knowledge, we can affirm that the population is informed about the subject. However there are still many doubts and gaps in knowledge. The sample presents positive attitudes about donation and organ transplantation. Women and health professionals have more positive attitudes regarding organ donation and transplantation ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** With the realization of this study, it was possible to know the knowledge and attitudes of the population about organ and tissue donation and transplantation, and it is fundamental to sensitize the population through training and information campaigns. The existence of myths and beliefs on this theme demonstrates the need to inform and demystify, leading to a conscious and informed decision.

**Keywords:** Knowledge; attitudes; organ transplantation; organ donation.

## **ÍNDICE**

### **INTRODUÇÃO 13**

#### **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 16**

- 1.1. TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS 16
- 1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA TRANSPLANTAÇÃO 19
- 1.3. TIPOS DE TRANSPLANTES 24
- 1.4. TIPOS DE DADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS 25
- 1.5. MORTE CEREBRAL 31
- 1.6. LEGISLAÇÃO EM PORTUGAL 34
- 1.7. EPIDEMIOLOGIA EM PORTUGAL 38
- 1.8. PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS 39
- 1.9. CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS 42

#### **2. METODOLOGIA**

- 2.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS 47
- 2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO/HIPÓTESES 48
- 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA 49
- 2.4. INSTRUMENTOS 51
- 2.5. PROCEDIMENTOS 55
- 2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS 56

#### **3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 59**

- 3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA 59
- 3.2. CONHECIMENTO SOBRE A DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS 62
- 3.3. ATITUDES DOS PORTUGUESES FACE A DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS 64

#### **4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 69**

#### **CONCLUSÃO 78**

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 81**

## **ANEXOS**

ANEXO I – Questionário

ANEXO II – Parecer de autorização da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria para a aplicação do questionário

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**TABELA 1** Critérios específicos de doação 29

**TABELA 2** Critérios específicos de exclusão 29

**TABELA 3** Afirmações corretas do questionário acerca dos conhecimentos da população sobre doação e de órgãos e tecidos 53

**TABELA 4** Afirmações erradas do questionário acerca dos conhecimentos da população sobre doação e de órgãos e tecidos 53

**TABELA 5** Grelha de contagem de score 54

**TABELA 6** Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados sociodemográficos e académicos 59

**TABELA 7** Distribuição das respostas da amostra quanto à história pessoal e familiar de doação e de transplante de órgãos ou tecidos 60

**TABELA 8** Distribuição das respostas da amostra quanto às questões sobre a intenção de doação de órgãos e tecidos e sobre o RENNDA 61

**TABELA 9** Distribuição das respostas da amostra quanto ao conhecimento sobre a doação e transplante de órgãos 62

**TABELA 10** Correlação de Pearson, alfa de Cronbach e análise factorial da escala de atitudes dos portugueses face a doação e transplante de órgãos 65

**TABELA 11** Correlação de Spearman entre nível de conhecimentos e atitude dos portugueses face à doação e transplante de órgãos e a sua idade 66

**TABELA 12** Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney entre atitude dos portugueses face a doação e transplante de órgãos e o sexo, ser dador, ser familiar de recetor de órgãos e tecidos, ser profissional de saúde e estar inscrito no RENNDA 67

**TABELA 13** Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney entre o nível de conhecimento dos portugueses face à doação e transplante de órgãos e o sexo, ser dador, ser familiar de recetor de órgãos e tecidos, ser profissional de saúde e estar inscrito no RENNDA 68

## INTRODUÇÃO

A transplantação de órgãos constitui um dos avanços mais importantes da história da Medicina. São uma realidade terapêutica eficaz nos estados terminais de doenças que afetam o coração, pulmões, fígado, pâncreas e rins, assim como a substituição de alguns tecidos (Navarro, Rosales, Fuentes & Fernández, 2006). A atividade de transplantação de órgãos e tecidos teve um importantíssimo aumento na última década e a escassez de órgãos continua a ser um fator crucial que afeta os programas de transplantação. A crescente necessidade de órgãos para transplante fomentou a criação de múltiplas estratégias de forma a aumentar o número de órgãos disponíveis, nomeadamente a adoção de legislação que regulamenta a colheita e transplantação, introdução do conceito de morte cerebral, promoção da doação de órgãos e tecidos, avanços na preservação dos órgãos, melhoria nos cuidados de manutenção dos potenciais doadores e expansão dos critérios de aceitação para doação de órgãos. (Silva, 2010).

O número de pessoas que esperam por um órgão é em todo o mundo superior à oferta existente. A deteção precoce de um potencial dador de órgãos é de extrema importância devido ao elevado número de doentes em lista de espera no nosso País, em comparação com o número de doadores existentes (Faria, 2015).

A doação de órgãos e tecidos constitui uma dádiva generosa de vida. Este ato pode ocorrer em vida ou após a morte. Quando concretizada em vida, deve constituir um ato voluntário, esclarecido e isento de danos para o dador. De acordo com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), 2005), a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados. A decisão do potencial dador vivo deve ser livre, voluntária e independente. A doação de órgãos de cadáveres reveste-se, também, de inúmeras particularidades médico-legais que, desde logo, têm a sua génese na problemática relacionada com a definição e compreensão do conceito de morte cerebral.

À luz da Lei vigente em Portugal, são considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado, junto do Ministério da Saúde (MS), a sua qualidade de não dadores (MS, 1993).

Em Portugal a doação de órgãos e tecidos *post mortem* baseia-se no consentimento presumido, tendo surgido com o objetivo de resolver alguns entraves, nomeadamente a falta de órgãos para doação. Este tipo de consentimento não depende da espontaneidade e do altruísmo de cada um, uma vez que a procrastinação e a inércia da população são fatores capazes de tornar a taxa de doação inferior à vontade de doar. Neste sistema todo o cidadão adulto é dador por defeito, a menos que escolha não o ser e se registre como não dador (Vicente, 2014).

A pertinência deste tema deve-se ao facto de nas últimas décadas se ter verificado uma evolução extraordinária na Medicina que permitiu aumentar a taxa de sucesso da doação de órgãos em Portugal. Atualmente, o transplante de órgãos, tecidos e células de origem humana é um campo da medicina em forte expansão que oferece grandes oportunidades para o tratamento de doenças até agora incuráveis, de acordo com a Directiva 2004/23/CE do Parlamento Europeu (Jornal Oficial da União Europeia, 2004). Além disso, o transplante pode devolver a qualidade de vida aos doentes e famílias em fase de doença terminal, permitindo que se tornem de novo membros produtivos da sociedade (Bartucci, 2003). Mas para existir transplantação é necessário existir colheita de órgãos e tecidos para doação. Esta temática envolve ainda algum mistério na nossa sociedade, sendo por isso importante compreender os conhecimentos da população portuguesa nesta área, de forma a que os cidadãos estejam informados, formados e esclarecidos sobre o processo da recolha e doação de órgãos e tecidos em Portugal para que tenham possibilidade de decidir se querem ou não ser dadores.

Relativamente à escolha do problema de investigação, segundo Fortin (2009 p. 67) “é uma das etapas mais importantes do processo de investigação, porque influencia o desenrolar das etapas seguintes. De um modo geral, o investigador escolhe um tema de estudo relacionado com a sua disciplina ou a sua profissão”. Assim sendo, o tema que irei abordar neste trabalho de investigação está relacionado com as atitudes e conhecimentos da população adulta portuguesa sobre a recolha e doação de órgãos e

tecidos, tendo como objetivos conhecer as atitudes da população adulta face a recolha e doação de órgãos, determinar o nível de conhecimentos da população adulta relativamente à legislação que regulamenta a colheita e transplantação de órgãos e tecidos em Portugal, conhecer a opinião da população sobre as circunstâncias em que concordaria ou não com a doação, determinar o nível de conhecimentos da população adulta sobre recolha e doação de órgãos e relacionar as atitudes e conhecimentos da população adulta face a recolha e doação de órgãos e a idade, o sexo, ser dador, recetor de órgãos, ser profissional de saúde e estar inscrito no Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA).

Para a concretização destes objetivos realizamos um estudo não experimental, transversal e correlacional numa amostra de indivíduos com mais de 18 anos de nacionalidade portuguesa que responderam a um questionário. O período de aplicação do instrumento de colheita de dados decorreu de 22 de Junho a 1 de Agosto de 2018, difundido via *online*, em redes sociais, contando com a colaboração de 444 respondentes.

Para uma melhor compreensão do presente trabalho, o mesmo encontra-se organizado em dois capítulos fundamentais. No primeiro é apresentada a fundamentação teórica, onde se desenvolve a contextualização do estudo e uma revisão de literatura com abordagens teóricas inerentes ao tema, nomeadamente antecedentes históricos da transplantação, tipos de dadores de órgãos e tecidos, conceito e critérios da morte do sistema nervoso ou morte cerebral, o panorama da recolha e doação em Portugal, bem como o processo da recolha e doação de órgãos e tecidos. Na segunda parte ou fase metodológica, é apresentada a metodologia do estudo, a apresentação e discussão dos resultados e as conclusões bem como os limites dessas conclusões, as sugestões e as implicações do estudo.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O enquadramento conceptual ou teórico expõe os conceitos e teorias que servem de quadro de referência, pertinentes para um domínio de interesse. Assim, neste capítulo serão apresentadas as bases teóricas ou conceptuais da investigação, que permitem ordenar os conceitos entre si, descrevendo e explicando relações entre eles.

Segundo Fortin (2009, p. 122),

“O quadro teórico é uma breve explicação das relações entre os conceitos-chave de um estudo. Esta explicação é baseada numa teoria existente ou numa porção da teoria suscetível de se aplicar ao problema de investigação. O quadro teórico define as condições nas quais um conceito pode ser associado a outro ou lhe dá origem.”

Para a realização desta investigação foi desenvolvida uma fundamentação teórica através de pesquisa bibliográfica em monografias, teses, periódicos e livros científicos. Após a seleção dos documentos mais pertinentes, procedemos à sua organização, análise e integração na temática.

### **1.1. TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

Os transplantes são considerados como um dos maiores progressos do século, no que diz respeito a cuidados de saúde (Macheta & Portugal, 2013). Ao longo da história sempre houve preocupação com a procura de tratamentos eficazes para a cura de doenças, principalmente as que atingem órgãos vitais, pelo que o processo de morte se tem vindo a alterar ao longo dos anos. A transplantação de órgãos é o melhor e, por vezes, o único tratamento para muitas doenças terminais (Vicente, 2014).

Com o avanço da medicina ficou mais fácil o tratamento de diversas doenças que causam insuficiências ou falências de alguns órgãos ou tecidos, nomeadamente através do transplante de órgãos e tecidos, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva

de vida das pessoas afetadas por essas doenças (Lima, Batista & Barbosa, 2013; Soffker, Bhattarai, Welte, Quintel & Kluge, 2014).

O termo transplante, utilizado pela primeira vez por John Hunter no ano de 1778, visa a recolha ou remoção de órgãos, tecidos ou partes do corpo, de um ser vivo ou morto, com finalidade terapêutica (Freire, Mendonça, Freitas, Melo, Costa & Torres, 2014). Trata-se de um processo que tem início com a doação de um órgão e constitui uma alternativa terapêutica segura e eficaz (Freire et al., 2014).

O transplante consiste na permuta de células, tecidos ou órgãos vivos de um dador para um recetor, com o objetivo de restabelecer ou melhorar a situação de saúde do recetor (Macheta et al., 2013). Segundo o MS (2013), o transplante poderá ser definido como um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de células, tecidos ou órgãos vivos de uma pessoa para outra ou de uma parte do corpo para outra, no caso por exemplo dos enxertos de pele, com a finalidade de restabelecer uma função perdida ou diminuída. Esta opção como procedimento terapêutico trouxe progressos e resultados positivos, melhorando a qualidade de vida de muitas pessoas com doenças crônicas terminais (Souza, Freire, Silva, Medeiros, Vasconcelos & Ponte, 2014).

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) (2006) define a transplantação como uma terapêutica multidisciplinar complexa em que se procura substituir um tecido ou um órgão irreversivelmente lesados e cujo mau funcionamento pode acarretar risco de vida para o seu portador, por um outro, considerado clinicamente saudável e que é obtido de dador vivo ou de cadáver.

As indicações para transplante ocorrem quando a terapia medicamentosa é ineficaz e há falência irreversível nos órgãos como: rins, coração, fígado, pulmão e pâncreas. A taxa de transplantes e doação de órgãos em todo o mundo cresce a cada ano (Souza et al., 2014).

A transplantação trata-se de um processo que tem início com a doação de um órgão e constitui uma alternativa segura e eficaz para o tratamento de doenças que causam insuficiências ou falências de órgãos ou tecidos, determinando melhor qualidade e perspectiva na vida dos indivíduos (Soffker et al., 2014).

Como refere Matos (2015, p. 10), “sem doação não há transplantação”, pelo que todos os elos desta cadeia são fundamentais para a obtenção do resultado final desejado. Todo este processo tem início com o cidadão comum, pessoa responsável que decide com informação, fazer a opção de se inscrever ou não no RENNDA. A este passo seguem-se a identificação de potenciais dadores, o diagnóstico de morte cerebral (MC) caso a doação seja proveniente de um dador cadáver, a manutenção do dador, a colheita de órgãos, a identificação dos recetores, o transplante, os cuidados pós transplante, a imunossupressão, etc., tudo isto num contexto multidisciplinar e multiprofissional vasto, onde o enfermeiro tem um papel fundamental (Pinto, 2014).

Atualmente, em Portugal são efetuados transplantes de rim, pâncreas, coração, pulmão, fígado, pele, válvulas, vasos, peças osteoarticulares, membrana amniótica, córneas, medula óssea e células reprodutoras (Robalo, 2016).

Um dos problemas de saúde mais complexos na área da doação é a escassez persistente de órgãos e a discrepância entre a sua necessidade e a quantidade disponível. Desta forma, resultam longos períodos de espera para os doentes, falecendo muitos deles durante esse tempo (Johnson & Goldstein, 2003).

Vários países têm debatido as suas políticas, adotado e alterado a legislação com o objetivo de melhorar os números e assegurar condições éticas e legais na área da transplantação (Rudge, Matesanz, Delmonico & Chapman, 2012).

Em 2008, mais de 150 participantes oriundos de esferas científicas, médicas, governamentais, de todo o mundo, elaboraram a Declaração de Istambul. Este documento assenta nos princípios da Declaração Universal dos Direitos do Homem e recomenda o desenvolvimento e implementação de uma legislação ou jurisdição em cada país que regule as atividades de doação e transplante de órgãos (Vicente, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em Maio de 2010 elaborou o *Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation*, 11 princípios orientadores referentes à doação por cadáveres e vivos que fornecem princípios orientadores e éticos para aquisição e transplantação de células, órgãos e tecidos humanos para fins terapêuticos (Vicente, 2014).

O transplante e a doação de órgãos e tecidos são temas polêmicos que despertam o interesse e a discussão da população. A falta de esclarecimento, as notícias sobre o tráfico de órgãos, a ausência de programas direcionados para a conscientização da população e o incentivo à captação de órgãos contribuem para alimentar dúvidas, mitos e preconceitos (Morais & Moraes, 2012). A escassez de doadores de órgãos é um dos maiores obstáculos enfrentados por países de todo o mundo. Mundialmente há um número insuficiente de doadores e grande perda de potenciais doadores, prolongando o sofrimento de pessoas que dependem da doação de órgãos, condenando-os a permanecer em intermináveis listas de espera (Moraes, Gallani & Meneghin, 2006).

A doação de órgãos e tecidos é vista pela sociedade, em geral, como um ato de solidariedade e amor. Quando não há uma boa compreensão do processo da doação de órgãos, os familiares dos possíveis doadores sentem-se apreensivos e com dúvidas, por ser um assunto sobre o qual não têm muito esclarecimento (Morais et al., 2012).

A divulgação e o esclarecimento são de fundamental importância para que a população crie uma consciência sobre a doação de órgãos, e os meios de comunicação têm um papel relevante nesse processo (Moraes et al., 2006). Os profissionais de saúde têm um papel fulcral na divulgação de informação sobre a doação de órgãos e tecidos, pois têm acesso a grande parte da população e causam maior impacto nas atitudes que outros meios de comunicação relativamente ao tema. Campanhas de esclarecimento são fundamentais, com informação clara e específica aprofundando conceitos básicos de MC, doação de órgãos, custos de doação, aparência do corpo após a retirada de órgãos, aspetos éticos, experiências da família do dador e do recetor (Traiber & Lopes, 2006).

## 1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA TRANSPLANTAÇÃO

A evolução dos transplantes está repleta de marcos históricos que contribuíram para a sua determinação como terapêutica médica e para o impacto que assumem atualmente na prestação de cuidados de saúde (Barcelos, 2009).

As primeiras práticas de transplantação remontam aos séculos VI e V A.C. em tentativas de realização de enxertos de pele na reconstrução de narizes e orelhas, por parte de cirurgiões indianos. As transplantações de pele foram as primeiras experiências

com mais sucesso nesta área, servindo como propulsor para futuros transplantes (Macheta et al., 2013). Segundo Periz e Sanmartín (2004) foi no Século XII que se realizou a primeira transplantação, quando os Santos, Cosme e Damião, transplantaram a perna de um etíope, que tinha morrido recentemente, num Sacristão, que sofria de uma neoplasia na perna. No entanto, foi na primeira década do Século XX que a área da doação e transplantação de órgãos teve o seu grande impacto, com factos decisivos para a evolução dos transplantes (Barcelos, 2009).

Em 1933, o médico russo Voronoy, realizou o primeiro alotransplante renal num homem a partir de um dador cadáver (Lamb, 2000). O resultado final obtido não foi o desejado uma vez que, ignorando regras básicas que na época não existiam, utilizou o rim de um cadáver cujo tipo de sangue era diferente do recetor e o rim foi retirado do dador seis horas após a paragem cardíaca e, à semelhança do verificado em outros transplantes efetuados antes de serem compreendidos os mecanismos de rejeição, o recetor faleceu anúrico várias horas após a intervenção (Mota, 1996).

Várias tentativas foram efetuadas, mas apenas em Dezembro de 1954, o Cirurgião Joseph Murray, conseguiu efetuar com sucesso o primeiro transplante renal humano entre irmãos gémeos idênticos (Patrício, 2013). O recetor sobreviveu durante oito anos com o enxerto renal funcionante e sem evidência de rejeição, tendo falecido de recorrência da doença original no rim transplantado (Silva, 2010). Em Dezembro de 1967, na Cidade do Cabo, foi feito o primeiro transplante cardíaco, por Lower e Shummway. O dador foi uma jovem que morreu por lesões cerebrais sofridas num acidente de viação e permitiu que ao recetor fosse prolongada a vida por 18 dias, após os quais veio a falecer. Apesar deste aparente fracasso, este foi provavelmente o caso mais amplamente divulgado e um dos grandes impulsionadores do desenvolvimento mundial dos transplantes (Andreu & Torregrosa, 1993). Este caso originou um grande impacto na comunidade científica devido à legitimidade do procedimento, surgindo assim as primeiras questões éticas e deontológicas relacionadas com a doação (Sousa, 2012).

Quase uma década depois do transplante pioneiro de rim, em Março de 1963, Starzl realizou o primeiro transplante de fígado (Pereira, Filho, Chapchap, Filho & Linhares Furtado, 2004). Nesse mesmo ano foi realizado o primeiro transplante pulmonar no ser humano, mas sem êxito pois o recetor apenas sobreviveu durante dezoito dias (Barradas, 2010).

Ao longo dos últimos anos o progresso do transplante renal foi constante e a mortalidade diminuiu notavelmente (Andreu et al., 1993). Assim, a experiência obtida com o transplante renal possibilitou a expansão e o progresso do transplante de outros órgãos.

A compreensão da identidade e compatibilidade foi essencial ao desenvolvimento da técnica do transplante (Barcelos, 2009). Inúmeros têm sido os avanços no sentido de ampliar as fronteiras na área da transplantação. A introdução da imunossupressão, marco imprescindível e ímpar na Medicina, a par dos avanços na técnica cirúrgica e anestésica, culminou com a obtenção de resultados de excelência no que diz respeito às sobrevivências de enxerto e recetor (Silva, 2010).

Em Portugal, a transplantação está muito associada a Linhares Furtado, iniciando-se na década de 70, em Coimbra, onde foi efetuado o primeiro transplante renal, que teve êxito imediato, mas pouco tempo depois o doente perdeu o enxerto (Pereira et al., 2004). Cerca de dois meses depois uma equipa liderada pelo Cirurgião Viana Barreto realiza dois transplantes renais de dador vivo, mas sem sucesso. Após estas intervenções verificou-se um interregno de sete anos. Segundo Mota (1996) esta interrupção deveu-se a várias razões, nomeadamente a inexistência de laboratórios de histocompatibilidade no nosso País, bem como a ausência de legislação que permitisse e regulamentasse as colheitas e transplantes de órgãos. Nos anos 70 prosseguiram inúmeras experiências de transplantação dos diversos órgãos vitais, quase todos resultando na morte do recetor, devidos aos fenómenos de rejeição (Macheta et al., 2013). Em 1976 é reiniciada a atividade de transplantação em Portugal, após a publicação da primeira legislação, o Decreto-Lei 553/76 (Mota, 1996). Este Decreto-Lei era na altura uma Lei considerada das mais avançadas da Europa, estabelecendo amplos princípios para a utilização de órgãos para transplante.

No entanto, apresentava algumas lacunas, nomeadamente o facto de não prever uma eventual recusa para a doação, visando a possibilidade dos médicos não procederem à colheita quando lhes fosse informado a oposição do falecido (Faria, 2015).

A atividade de transplantação prosseguiu desde então de forma contínua e, apesar de diversos obstáculos verificados aos transplantes renais iniciais, sucederam-se os transplantes de coração, fígado e pâncreas, entre outros.

A 30 de Junho de 1980 reiniciaram-se as transplantações renais, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, uma equipa liderada por Linhares Furtado realizou a primeira colheita de rins de um cadáver, transplantaram um rim e enviaram o outro rim para o seu colega João Pena, em Lisboa, que o transplantou. Três anos depois, no Porto, a equipa de Dr. Mário Caetano Pereira e da Dr.<sup>a</sup> Eva Xavier iniciaram o programa de transplantação renal (Mota, 1996).

Para Mota (1996, p. 30):

“A competência técnico-científica dos profissionais envolvidos nos diferentes programas de transplantação nacionais, o empenhamento e a sua consciência de valores deontológicos, éticos e morais permitiram que se fossem ultrapassando as diferentes barreiras, e que a transplantação no nosso País fosse o que é hoje em dia.”

Nas décadas de 80 e 90, houve também desenvolvimento de transplantes de outros órgãos como o fígado, coração e pulmão, sendo que a 18 de Fevereiro de 1986, Queiroz e Melo e a sua equipa realizaram o primeiro transplante cardíaco, no Hospital de Santa Cruz (Gamito, 2008). Em 1988, realizaram-se as primeiras transplantações hepáticas que não tiveram sequência posteriormente (Mota, 1996), sendo retomadas com carácter rotineiro em Setembro de 1992 (Gamito, 2008).

Depois dos órgãos, sucederam-se os transplantes de tecidos, córneas, ossos e ligamentos. O transplante de medula óssea começou a realizar-se em Portugal na segunda metade dos anos 80 (Barradas, 2010).

A rejeição do órgão do dador era, e continua a ser, um dos maiores problemas das transplantações de órgãos, no entanto devido ao desenvolvimento da terapia de imunossupressão, hoje em dia em alguns tipos de transplantes as taxas de sucesso são superiores a 95% no primeiro ano (Barcelos 2009). A transplantação, ensaiada desde há séculos, só no século XX encontrou condições para o sucesso através da compreensão do sistema de histocompatibilidade e da descoberta dos imunossupressores. A partir de então a rejeição do órgão por parte do recetor, a qual determinava muitas vezes a morte deste e o fracasso da intervenção, torna-se controlável (Barcelos, 2009).

Neste último meio século, a transplantação de órgãos mudou a história natural de algumas doenças crónicas, que já não são necessariamente terminais, sendo hoje unanimemente reconhecida como uma técnica de sucesso no contexto da medicina atual. Do transplante dependem inúmeras pessoas que, por diversas razões, aguardam ansiosamente por um ou mais órgãos para que possam, não só, continuar a viver, mas a viver com qualidade (Barradas, 2010).

Agora é possível que órgãos vitais, como o rim ou o coração, num processo de falência irreversível e em risco de deixarem de funcionar, podendo causar a morte da pessoa, sejam substituídos por órgãos em boas condições, provenientes inicialmente de cadáveres, prolongando o tempo e a qualidade de vida do recetor.

Esta prática constitui um dos progressos mais notáveis da medicina, através do qual milhares de vidas são salvas por ano em todo o mundo. Por isso se afirma que a “transplantação, para além de representar uma possibilidade de salvar vidas e de proporcionar os melhores resultados em termos de qualidade de vida para os doentes, reduz significativamente os custos com a saúde a longo prazo” (Comissão Europeia, 2003).

### 1.3. TIPOS DE TRANSPLANTES

O dador é o sujeito ativo, ou seja, é o que permite a retirada de órgãos ou tecidos do próprio corpo para o transplante. O indivíduo que recebe órgãos ou partes do corpo humano, é considerado sujeito passivo ou recetor. É a pessoa que enfrenta uma doença e só conseguirá qualidade de vida por meio do transplante (Amorim, 2013).

No contexto atual da medicina, existem três tipos de transplantes, consoante a proveniência do tecido dador, os quais se designam por autotransplante, xenotransplante e homotransplante ou alotransplante. Este tipo de classificação dos transplantes é determinada pelo tipo de dador a quem é efetuada a colheita (Barcelos, 2009).

De acordo com Araújo (2006), existem diversas classificações para o transplante: o autotransplante ocorre na transferência de um órgão ou tecido no mesmo organismo, ou seja, da mesma pessoa. O autotransplante refere-se à transplantação de tecidos ou células realizada no próprio indivíduo. Este tipo de transplante é muito utilizado para repovoar o sangue, no caso de doenças que afetam a medula óssea, ou na reconstrução cutânea em situações de perda de superfície da pele, como no caso de queimaduras profundas (CNECV, 2006). O isotransplante ocorre entre indivíduos com a mesma característica genética, por exemplo em gémeos univetalinos. O homotransplante (ou alotransplante) identifica a transferência de tecidos, órgãos e células de um indivíduo para outro, dentro da mesma espécie, seja o dador vivo ou cadáver. É realizado entre indivíduos da mesma espécie, mas sem características genéticas iguais. Este tipo de transplante evidenciou-se como terapêutica clínica fundamentalmente a partir dos anos 80, depois de descobertas as potencialidades da ciclosporina, o imunossupressor que é capaz de controlar a reação imunitária do enxerto (Barcelos, 2009). O xenotransplante consiste no enxerto de órgãos entre indivíduos de espécies diferentes como, por exemplo, o transplante de válvulas cardíacas do porco para o homem, tendo este tipo de transplantes uma grande probabilidade de rejeição uma vez que a incompatibilidade biológica entre o dador e o recetor é considerável (Faria, 2015). A ideia de implantar em pessoas órgãos retirados de animais causa sentimentos de aversão na sociedade, no entanto devido à falta de dadores é considerada uma boa alternativa (Araújo, 2006).

#### 1.4. TIPOS DE DADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Na transplantação os órgãos e tecidos doados são provenientes de dois tipos de dadores: dadores vivos ou dadores cadáveres. Os dadores cadáveres para além de não suprirem as necessidades de órgãos em nenhum país, são praticamente inexistentes em muitos deles, fenómeno que leva ao aumento de dadores vivos como fonte de recolha de rins e mais recentemente de fígado (Rudge et al., 2012).

Existem duas categorias de dadores cadáveres: doação após MC, em que são usados critérios neurológicos, com perda irreversível de todas as funções cerebrais incluindo o tronco cerebral, e doação após morte cardíaca, uma morte declarada com base em critérios cardiopulmonares, são os chamados “dadores de coração parado”, em que existe cessação irreversível das funções circulatória e respiratória (Steinbrook, 2007). Esta última categoria surgiu com o intuito de expandir o número de dadores mas apenas é praticada apenas em alguns países (Vicente, 2014).

A maioria dos órgãos e tecidos utilizados nos transplantes provém de dadores cadáveres, de alguém que acabou de morrer, sendo assim possível a extração na totalidade sem afetar o dador e também possibilitando a utilização de um grande número de órgãos e tecidos em vários recetores. Os dadores cadáveres podem ter sofrido uma morte cerebral, mais frequente, ou uma morte por paragem cardíaca (MS, 2007a).

As patologias que mais frequentemente conduzem a uma situação de MC são as que apresentam uma lesão cerebral severa, como patologias neurológicas, neurocirúrgicas e encefalopatias anóxicas. Os órgãos possíveis de se obter do dador em morte cerebral são rim, fígado, pulmão, coração, pâncreas e intestino (Marín, 2008). Dos dadores que sofreram morte por paragem cardíaca, também designados dadores em assistolia, é possível extrair rim, fígado e pulmão (Barradas, 2010).

O transplante entre pessoas vivas, de acordo com a lei portuguesa atual, possibilita que qualquer pessoa seja dador de órgãos em vida, independentemente de existir ou não uma relação de consanguinidade. Os órgãos que são possíveis transplantar entre dadores vivos são rim, pulmão e segmentos hepáticos (Barradas, 2010).

Segundo a Lei 12/93 (MS,1993), a dádiva em vida (art.º 6),

“É admissível para fins terapêuticos ou de transplante. Só pode ser realizado para fins terapêuticos do recetor e desde que não esteja disponível qualquer órgão ou tecido adequado colhido de dador post mortem e não exista outro método terapêutico alternativo de eficácia comparável.”

No caso da dádiva e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis a sua admissibilidade está dependente de um parecer da Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA). Esta dádiva nunca é permitida quando existe probabilidade de incutir dano grave e permanente na integridade física e no estado de saúde do dador. Assim, “o dador deverá ser um indivíduo saudável, mentalmente capaz de afirmar a sua vontade de doação, sem pressões de ordem emocional ou socio económica”, conforme a Sociedade Portuguesa de Transplantação (Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT, sd)). O médico deve informar o dador e o recetor dos riscos e consequências do ato. O consentimento do dador e do recetor deve ser voluntário, esclarecido e inequívoco (Silva, 2010). De acordo com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005), a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser totalmente respeitados.

Os dadores vivos são submetidos a uma avaliação adequada a fim de determinar se reúnem as condições para a dádiva, de modo a minimizar o risco de transmissão de doenças ao recetor. Por outro lado, os dadores vivos enfrentam riscos inerentes ao processo de doação de órgãos. As complicações podem ser de ordem médica, cirúrgica, económica ou psicológica. O nível de risco é muitas vezes dependente do tipo de órgão a doar. Desta forma, as dádivas em vida devem realizar-se de modo a minimizar os riscos físicos, psicológicos e sociais para o dador e o recetor (Silva, 2010). A dádiva e a colheita de órgãos, de tecidos ou células regeneráveis, que envolvam menores ou incapazes, só podem ser efetuadas quando se verificarem os seguintes requisitos cumulativos: inexistência de dador capaz compatível, o recetor e o dador serem irmãos, a dádiva ser necessária à preservação da vida do recetor. Neste caso, o consentimento deve ser prestado pelos pais, desde que não inibidos do exercício do poder paternal ou, em caso de inibição ou falta de ambos, pelo Tribunal (Sousa, 2012).

A dádiva e a colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis, que envolvam estrangeiros, sem residência permanente em Portugal, só podem ser feitas mediante autorização judicial (MS, 1993).

Outra fonte de órgãos para transplante reside nos dadores de coração parado ou dadores em assistolia. A doação de órgãos após paragem circulatória é uma estratégia que pretende atenuar a problemática da falta de órgãos e o seu uso e número de dadores varia entre os vários países (Vicente, 2014). A recolha de órgãos em dadores em paragem cardiocirculatória (DPC) implica uma coordenação cuidada entre o tempo de assistolia e o início da recolha de órgãos. Os resultados de transplantes de órgãos de DPC por norma são piores do que os de dadores em morte cerebral (DMC) (Vicente, 2014).

Em 1995 foi criada a Classificação de Maastricht definida por 4 categorias de DPC, em 2000 foi acrescentada uma 5ª. Os dadores são divididos em cinco categorias – Classificação de Maastricht (Instituto Português do Sangue e Transplantação (IPST), 2014):

- Classe I: morte à chegada ao hospital, na admissão hospitalar (o momento da morte deve ser presenciado).
- Classe II: reanimação sem sucesso.
- Classe III: portadores de doença de evolução irreversível, a aguardar paragem cardíaca.
- Classe IV: paragem cardíaca após diagnóstico de morte cerebral.
- Classe V: paragem cardíaca súbita/inesperada em doentes internados.

Os tipos I, II e V são considerados “não controlados” porque o tempo de morte do potencial dador não é conhecido. Os tipos III e IV são “controlados” porque há possibilidade de prever e planear uma morte cardiorrespiratória eminente, normalmente sendo seguido de cuidados a nível de cuidados intensivos (Sharp, 2009). A categoria III é a mais praticada mas em Portugal optar-se-á por colher órgãos de DPC na categoria II (MS, 2013).

A diferença principal entre doadores de coração parado e doadores convencionais com atividade cardíaca é o diagnóstico da morte. Nos primeiros, a morte é cardíaca enquanto nos segundos a morte é cerebral.

A grande dificuldade da utilização de órgãos de doadores com coração parado está relacionada com o tempo de isquemia que decorre desde que a morte é certificada até à recolha dos órgãos. Este tempo é definido como tendo início quando a tensão arterial é inferior a 55mmHg até ao início da perfusão dos órgãos. As consequências mais temíveis deste tipo de doação são a falência primária do enxerto e as complicações biliares (Silva, 2010).

De uma forma geral, para que um indivíduo seja considerado um dador viável deve cumprir alguns critérios, tais como:

- Integridade anatómica dos órgãos a recolher;
- Ausência de doenças malignas extracerebrais;
- Ausência de doenças transmissíveis (bacteriana, micótica, viral e protozoária);
- Idade biológica igual e inferior a 65 anos (recomendável) – a idade limite aceitável deve ser entendida não como a idade real mas como a idade biológica do órgão;
- No caso de doadores vivos, tem de existir um risco mínimo operatório e não podem existir consequências da colheita. (Barradas 2010)

A seleção dos doadores de órgãos é determinada por exigentes exames clínicos de modo a verificar se existe alguma patologia que inviabilize o transplante (Barcelos, 2009). Os critérios gerais de exclusão do dador de órgãos têm a ver com processos de infeção, de malignidade e de traumatismo direto do órgão (Marín, 2008).

Existem, no entanto, critérios de doação específicos relacionados com cada órgão, no caso dos doadores cadáveres em morte cerebral e doadores vivos, descritos na Tabela 1:

**Tabela 1.** Critérios específicos de doação

Órgão	Critérios
Rins	< 75 anos de idade (relativo) Sem história de patologia renal Perfusão e diurese adequada
Fígado	Sem história de alcoolismo. Qualquer idade; teste de função hepática normal
Coração	< 50 anos; Electrocardiograma e Rx tórax normal; Não infusão de inotrópicos em doses altas
Pulmões	< 50 anos; Não fumador; Ausência de traumatismos ou doenças crônicas; Ausência de cirurgia torácica prévia ao pulmão; Sem aspiração; sem ventilação mecânica prolongada; PO <sub>2</sub> >70 mmHg com FiO <sub>2</sub> <0,4
Pâncreas	<55 anos. Não diabético e sem antecedentes familiares. Sem história de alcoolismo; Amilase normal

Fonte: Barradas (2010)

Os critérios de exclusão específicos relacionados com cada órgão, no caso dos dadores cadáveres em morte cerebral e dadores vivos estão descritos na Tabela 2:

**Tabela 2.** Critérios específicos de exclusão

Órgão	Critérios Clínicos	Dados Complementares
Coração	Cardiomiopatia; Doença valvular; Estenose aórtica; Doença Congênita; Hipertensão arterial crônica severa	Electrocardiograma, Ecografia, Cateterismo anormais; CPK-MB > CPK x 0,1; Hipoxia prolongada
Pulmões	Edema pulmonar; massagem cardíaca aberta	Rx tórax anormal; Cultura de expectoração positiva; PO <sub>2</sub> <60 mmHg com FiO <sub>2</sub> >0,4
Fígado	História de hepatopatia; exposição a tóxicos hepáticos	Hipoxémia prolongada; Protombina, Trombina, GOT, GPT elevadas
Pâncreas	Diabetes mellitus; Pancreatite	Amilase muito elevada
Intestino Delgado	Lesão abdominal penetrante	
Rins	Pielonefrite; História de doença renal; Diurese < 0,3 ml/Kg/h > 4h	Piúria; Bacteriúria; BUN e creatinina aumentadas

Fonte: Barradas (2010)

Relativamente à colheita de tecidos, todo o cadáver que faleceu no hospital e num período inferior a seis horas desde a morte, pode ser considerado dador de tecidos, especificamente de córnea e ossos, desde que não tenha manifestado a sua qualidade de

não dador (MS, 2007a). Os tecidos, tal como os órgãos, podem extrair-se de dadores cadáveres ou de dadores vivos. Os critérios gerais de doação a ter em conta são os mesmos dos utilizados na colheita de órgãos.

Com o aumento do número de doentes em lista de espera para transplante de órgãos tem-se alargado a idade para além do limite estipulado. Também algumas infeções podem ser tratadas num dador em morte cerebral, antes de se fazer a colheita dos órgãos, tornando o transplante viável (Barradas, 2010). Face à crescente expansão de critérios relativos ao perfil dos dadores de órgãos, a Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST) publicou, em Setembro de 2009, a Circular Normativa número 16/GDG relativa a critérios de exclusão para doação de órgãos.

As condições que determinam a recusa do dador são, de acordo com ASST (2009):

- Neoplasia ativa, exceto alguns tumores primitivos não metastáticos do Sistema Nervoso Central, carcinomas de células basais da pele, carcinoma do colo do útero e tumores renais com baixo grau de malignidade.
- Septicemia incontrolada ou de origem desconhecida.
- Comportamento de risco para doenças infecto-contagiosas.
- Anticorpos HIV (vírus da imunodeficiência humana) positivos.
- Anticorpos HTLV (Vírus linfotrópico da célula humana) positivos.
- Hepatite B e Hepatite C.
- Devem ser efetuados a todos os dadores testes para o *Treponema pallidum*, que sendo positivos não são critérios de exclusão, mas implicam a reavaliação do dador relativamente a comportamentos de risco para doenças infecciosas, e a sua medicação caso aceites para doação.
- A título informativo, não constituindo critério de exclusão, deve ainda ser conhecida a presença de anticorpos de citomegalovírus.

## 1.5. MORTE CEREBRAL

A história do transplante sempre esteve intimamente ligada à definição de morte cerebral. No entanto, esta definição tem associada na sua gênese muitas questões filosóficas, religiosas, sociais e emocionais, uma vez que a morte é considerada um tabu na nossa sociedade (Freire, Oliveira de Mendonça, Bessa, Melo, Costa & Torres, 2014).

A doação de órgãos de cadáveres reveste-se de inúmeras particularidades médico-legais que estão relacionadas com a problemática da definição e compreensão do conceito de morte cerebral (Neto, 2010).

A Associação Americana de Neurologia (AAN) definiu a MC com base em três sinais cardinais, sendo eles ausência de funções encefálicas, incluindo o tronco cerebral, coma e apneia (Nogueira, Lins, Martins, Miranda, Maciel & Sá, 2017).

De acordo com a OMS (2009, p. 8):

“MC é a cessação irreversível do cérebro e da sua função: caracterizado pela ausência de atividade elétrica no cérebro e do fluxo de sangue. A função cerebral é determinada clinicamente baseada em respostas. Uma pessoa em morte cerebral está morta, no entanto a função cardiopulmonar está assegurada artificialmente durante algum tempo”

Anteriormente a morte era definida através da perda da função circulatória, respiratória ou neurológica. Com o avanço do conhecimento, das técnicas de reanimação cardiorrespiratória e de suporte vital, bem como a constatação da presença de atividade cerebral veio definir sobre a vida e a morte de um indivíduo, vinculando, morte a critérios neurológicos específicos (Aguiar, Araújo, Cavalcante, Chaves & Rolim, 2010). Assim, a morte foi definida ao longo dos tempos como uma perda definitiva das funções respiratória e cardíaca, passou a ter facetas novas e diversas de tudo o que conhecíamos (Carneiro, 2008).

O conceito de morte cerebral foi objeto da Declaração da Ordem dos Médicos de 11 de Outubro de 1994, prevista no artigo 12.º da Lei número 12/93, de 22 de Abril, onde consta que a certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral bem como a sua irreversibilidade (MS, 1994a). Desta forma, a morte cerebral é definida pela morte do tronco cerebral e não pela paragem do coração

e da respiração. Assim, quando se confirma a morte do tronco cerebral, zona do cérebro que controla o funcionamento dos órgãos essenciais para a vida, declara-se a morte dessa pessoa, sendo possível que, nesse momento, todos os restantes órgãos estejam viáveis e em funcionamento (Carneiro, 2008). A integridade do tronco cerebral é fundamental para muitas das funções orgânicas vitais, pelo que a sua lesão definitiva e total implica a cessação da atividade cerebral e por conseguinte a morte da pessoa (Cruz, 2004).

As patologias mais frequentes que estão na génese da morte cerebral são o traumatismo crânio-encefálico (cerca de 40% a 60% dos casos), o acidente vascular cerebral (AVC), por hemorragia sub-aracnoideia ou intra cerebral, encefalopatia anóxica isquémica e tumor cerebral primário. Estas patologias raramente afetam a funcionalidade dos órgãos vitais desde que os potenciais dadores sejam conectados rapidamente ao ventilador. Por esta razão, a definição do critério de morte cerebral veio contribuir para o aumento do número de transplantes já que a colheita dos órgãos, quando ainda há batimentos cardíacos, garante a perfusão e oxigenação dos mesmos e, conseqüentemente, a sua vitalidade e funcionamento depois do transplante (Resende, 2008).

Em Portugal, o diagnóstico de morte cerebral implica: o conhecimento da causa e da irreversibilidade da situação clínica; a ausência de respiração espontânea; o estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação nervosa na área dos pares cranianos; a ausência total de reflexos do tronco cerebral; constatação da estabilidade hemodinâmica e a verificação de ausência de hipotermia, ausência de alterações endócrinas e metabólicas, ausência de agentes depressores do sistema nervoso central ou agentes bloqueadores neuromusculares (Faria, 2015).

De acordo com a Almeida, Lopes, Rocha, Coutinho e Alves (1998) o diagnóstico de morte cerebral implica obrigatoriamente a ausência na totalidade dos seguintes reflexos do tronco cerebral:

- Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo;
- Reflexos oculocefálicos;

- Reflexos oculovestibulares;
- Reflexos corneopalpebrais;
- Reflexo faríngeo.

A verificação da morte cerebral requer no mínimo dois conjuntos de provas, com intervalo adequado à situação clínica e à idade. O intervalo entre provas, essencial para garantir a irreversibilidade das funções cerebrais, pode variar entre duas horas (em situações muito evidentes) e 24 horas ou mais (por exemplo, em casos de anoxia cerebral em consequência de paragem cardíaca) (Almeida et al., 1998). O diagnóstico pode ser efetuado com recurso a exames complementares de diagnóstico, sempre que for considerado necessário, nomeadamente para a clarificação da causa da morte ou na confirmação do diagnóstico da doença, por exemplo para testar algum reflexo do tronco devido a traumatismo facial (Pita & Carmona, 2004).

As provas de morte cerebral devem ser executadas por dois médicos especialistas (em Neurologia, Neurocirurgia ou com experiência em Medicina Intensiva). Nenhum dos médicos que executa as provas poderá pertencer a equipas envolvidas no transplante de órgãos ou tecidos e, pelo menos um, não deverá pertencer à Unidade ou Serviço em que o doente esteja internado (Almeida et al., 1998).

Perante uma pessoa em morte cerebral, e após a realização de um primeiro teste que confirme esta situação, é necessário identificar se o paciente reúne ou não os critérios para ser dador de órgãos e posteriormente iniciar um processo de doação de órgão (Barradas, 2010). É legalmente assumida a hora da conclusão das segundas provas de morte cerebral como a hora do óbito (Dias, Ribeiro, Abelha, Duarte, Campos & Carvalho, 2008).

Após o diagnóstico da MC deverá proceder-se à manutenção prolongada do corpo através de ventilação mecânica e outras medidas com a possibilidade de doação de órgãos (Guetti & Marques, 2008).

## 1.6. LEGISLAÇÃO EM PORTUGAL

Em Portugal a colheita e transplante de órgãos e tecidos é regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 12/93 de 22 de Abril republicado na Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho. Esta lei faz referência a alguns princípios éticos, nomeadamente o princípio da confidencialidade e da gratuidade.

O modelo jurídico português da doação de órgãos é o do consentimento presumido. Neste sistema todo o cidadão adulto é dador por defeito, a menos que escolha não o ser e se registre como não dador (Vicente, 2014). Desta forma, todos os cidadãos são considerados como potenciais dadores após a sua morte, numa lógica de altruísmo e solidariedade social, tendo a possibilidade de, em vida, se declararem não dadores, cumprindo o princípio ético da autonomia.

A 22 de Abril surge a Lei número 12/93 de 22 de Abril que regula a colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana em Portugal, “são considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do MS a sua qualidade de não dadores” (MS, 1993, p.1962). Surgiu assim, em 1994, o Decreto de Lei 244/94 que regulamenta a existência de um registo nacional de não dadores, assim como a existência de um cartão individual de não dador.

Atualmente, a entidade responsável pela coordenação dos transplantes no nosso país é a ASST, criada pelo Decreto Regulamentar n.º 67/2007 de 29 de Maio. Esta entidade veio substituir a Organização Portuguesa de Transplantação (OPT), que havia sido criada em 1996, pelo Despacho n.º 257/96, de 13 de Agosto, e que foi extinta a 31 de Maio de 2007. As unidades de transplantação em Portugal situam-se no Porto, Coimbra e Lisboa (Direção Geral de Saúde (DGS), 2003). Portugal dispõe de três centros de histocompatibilidade e a seleção de pacientes obedece a critérios internacionalmente definidos. Atualmente faz-se uma cuidadosa avaliação da estabilidade psicológica, idade e resistência às infeções em geral dos candidatos ao transplante, antes de ser iniciada a procura de um dador compatível.

Existem 5 Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT): de Santo António que reúne 5 hospitais, de São João com 4 hospitais, dos Hospitais Universitários de Coimbra com 11 hospitais, de São José com 13 hospitais, e de Santa

Maria com 4 hospitais. Estes Centros têm a função de realizar a colheita e a posterior transplantação de órgãos, tecidos e células, com vista a salvar o maior número de pessoas doentes (Barcelos 2009). Cada um destes gabinetes possui sob a sua área de influência determinadas instituições hospitalares (Silva, 2010).

Segundo a ASST, o RENNDA foi criado com o intuito de viabilizar um eficaz direito de oposição à dádiva, assegurando deste modo que o ser humano expresse a sua vontade de forma individual e consciente. O registo consiste num sistema informatizado, onde se encontram todos os que manifestaram junto do MS a sua total ou parcial indisponibilidade em doar órgãos e tecidos *post mortem*.

No Decreto de Lei 244/94 (MS, 1994b), nos seus artigos 2º e 3º, é referida:

“A total ou parcial indisponibilidade para a dádiva *post mortem* de certos órgãos e tecidos (...) é manifestada junto do Ministério da Saúde, através da inscrição no RENNDA, mediante o preenchimento adequado pelos titulares ou representantes legais de impressos tipo, em triplicado (...) a inscrição no RENNDA produz efeito decorridos quatro dias após a receção do impresso”.

A inscrição no RENNDA, pode ser realizada através da apresentação, de um impresso do MS, aprovado pelo Despacho Normativo n.º 700/94, de 1 de Outubro pelo interessado ou por quem o represente, em qualquer centro de saúde ou extensão. Deste modo, o preenchimento do impresso é controlado, no momento da sua apresentação, pelo funcionário, mediante apresentação da identificação. A receção do impresso é assim confirmada pela entrega imediata de uma cópia que atesta a entrada do formulário nos serviços. Os dados pessoais constantes no impresso, que são posteriormente informatizados destinam-se a organizar e manter atualizada a informação relativa à indisponibilidade para a colheita de órgãos ou tecidos, dos cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal, tendo também como finalidade a verificação, antes de iniciada a colheita, por parte das entidades que nos termos da lei aplicável procedem à colheita *post mortem* de tecidos ou órgãos, da existência de oposição ou de restrições à dádiva (Faria, 2015).

Segundo o Decreto de Lei 244/94 (MS, 1994b), todos os profissionais que no seu exercício tenham acesso aos dados do RENNDA ficam obrigados a manter o sigilo profissional mesmo depois de cessarem as suas funções. Segundo esta legislação a

confidencialidade e a gratuidade são um pilar, descritos no 4.º e 5.º artigo. O anonimato do dador e do recetor também está previsto, proibindo assim a revelação da identidade de ambos (MS, 1994b). A entidade responsável pelo ficheiro automatizado do RENNDA é a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Os dados pessoais que são recolhidos para tratamento automatizado, referentes a todos os cidadãos inscritos no RENNDA, são o nome, morada, naturalidade e nacionalidade, data de nascimento, sexo, número e data do bilhete de identidade ou cédula pessoal e órgãos, tecidos ou fins que não são objeto de doação. Os dados são também conservados durante os dez anos subsequentes ao falecimento do titular do registo (MS, 1994b). O RENNDA é um registo informático, onde o cidadão enquanto vivo pode manifestar a sua vontade de não ser dador após a sua morte. Não pode haver colheita sem a consulta do RENNDA.

Relativamente à consulta do RENNDA apenas os estabelecimentos hospitalares públicos ou privados que procedem à colheita *post mortem* de tecidos ou órgãos através dos GCCT e dos centros de histocompatibilidade podem, antes de iniciada a colheita, verificar a existência de oposição ou de restrições à dádiva constantes do RENNDA, dado estarem diretamente ligados ao ficheiro automatizado (Faria, 2015).

Em relação à doação de órgãos em vida, a Lei 12/93 de 22 de Abril, apenas previa a doação de órgãos entre familiares até ao 3.º grau. Com a Lei nº 22/2007, de 29 de Junho, procedeu-se à alteração da primeira, permitindo atualmente que qualquer pessoa, como cônjuges ou amigos, seja dador de órgãos em vida, independentemente de existir relação de consanguinidade.

Em 2007 surgiu a EVA nos hospitais onde se realizam colheitas em dadores vivos, com a função de emitir parecer favorável ou não sobre a admissibilidade da dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis para transplante, garantindo que a doação é feita de forma livre, esclarecida, informada e inequívoca e com respeito pelos princípios da gravidade, altruísmo e solidariedade. A doação em vida permite que um órgão de um dador vivo seja transplantado em minutos depois de ter sido retirado, sendo que alguns órgãos sobrevivem poucas horas fora do organismo (Faria, 2015).

Apesar da legislação portuguesa em transplantação, em que impera o consentimento presumido considerando que todo o indivíduo morto é potencial dador, a lei oferece a

cada pessoa a oportunidade de não o ser, permitindo a manifestação dessa vontade em vida, o que se traduz num efeito positivo de mais 25% a 30% de dadores, comparativamente com os países em que vigora a legislação do consentimento explícito (Aguiar et al., 2010).

Nos casos em que a colheita de órgãos é feita de dadores cadáveres, mantém-se a discussão relativamente ao direito da família se recusar à colheita. A lei portuguesa de transplantação, sendo uma lei de oposição, ou seja, considera que têm de ser os não dadores a manifestarem a sua vontade, faz com que alguns autores defendam que, desta forma, pode não estar a ser feita a vontade real do cadáver, mas antes a sua vontade presumida (Barradas, 2010). A lei não faz qualquer referência à família como interveniente no processo de recolha e doação de órgãos e tecidos, exceto em caso de menores e pessoas incapazes. No entanto, sempre que possível, é deontologicamente correto o médico informar a família do dador, retirando-lhes o peso da decisão de doação de órgãos numa situação de crise (Resende, 2008; Pinto, 2014). Barradas (2010) defende que mesmo que o dador não tenha manifestado em vida a sua indisponibilidade para a doação de órgãos e tecidos, perante a recusa da família o médico tende a respeitar essa vontade, não avançando com o processo.

A doação de órgãos de menores vivos constitui um dilema ético devido à preocupação natural em tentar provocar o menor dano e sofrimento possível. Este tipo de doação é apenas permitida em casos excecionais em casos onde não seja possível encontrar um dador cadáver ou vivo compatível (Barcelos, 2009). Existe apenas permissão para a transplantação de órgãos regeneráveis apenas no caso de esta ser a única alternativa restante e efetuada entre irmãos, salvaguardando os direitos das crianças (Macheta et al., 2013). Os titulares da decisão serão os progenitores, no entanto tal como afirma a Lei nº2/2001 não deverá ser menosprezada a palavra dos menores. O mesmo se aplica a doentes mentais, sendo que estes apenas podem doar com autorização e avaliação judicial (Sousa, 2012; CNECV, 2006). Em situações em que os familiares diretos não estejam aptos para tomar decisões, o consentimento é decido pela equipa médica (Resende, 2008).

## 1.7. EPIDEMIOLOGIA EM PORTUGAL

Em Portugal no ano de 2017 foram registados 351 dadores de órgãos falecidos, 330 em morte cerebral e 21 dadores de coração parado. Registou-se também 79 doações de dadores vivos e 10 doações sequenciais. Dos 351 dadores falecidos em 2017, 21 estavam em paragem cardiocirculatória, mais do dobro do que verificado em 2016. Em 2017 foram registados mais 14 dadores do que em 2016, 34 dadores por milhão de habitante, mais 1,4 dadores/pmh do que em 2016.

Das causas destes 330 dadores em morte cerebral, 80% são médicas e 20% traumáticas. Segundo os números do IPST (sd) 230 dadores com o diagnóstico de AVC, 50 de outras causas médicas e 12 de traumatismo crânio-encefálico (TCE) por acidentes de viação. A maior percentagem de dadores falecidos encontra-se no Sul (137), enquanto no Centro registaram-se 104 e 110 no Norte do País.

Relativamente aos órgãos colhidos de dadores falecidos, em 2017 foram colhidos 1011 órgãos, mais 75 do que comparado com 2016, registando-se uma subida de 8%. A média de idade dos dadores desceu para 53,8 em 2017.

Relativamente aos dadores vivos, em 2017 foram efetuados mais 18,5% de transplantes renais comparativamente a 2016. Foram transplantados em 2017 (dador falecido, vivo e sequencial) 895 órgãos transplantados, mais 31 do que em 2016, uma subida de 3,5%.

A nível nacional em 2017 foram efetuados 47 transplantes cardíacos, 529 renais, 259 transplante hepático, 34 transplantes pulmonares e 26 pâncreas.

O ano de 2017 foi ímpar na transplantação de órgãos em Portugal, maior número desde sempre de dadores falecidos (351), dadores vivos (79) e órgãos colhidos (1011). Maior número de transplantes realizados nos últimos sete anos (895) mais 3,5% do que no ano anterior (864 em 2016). Aumento da transplantação renal para valores superiores aos dos últimos cinco anos, o transplante pancreático voltou a atingir o máximo verificado em 2014, bem como o maior número de transplantes pulmonares de sempre (IPST, sd).

## 1.8. PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

O processo de doação é definido como “o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial dador em dador efetivo” (Aguiar et al., 2010, p. 2).

Todo o processo da transplantação é iniciado quando o Coordenador Hospitalar de Doação (CHD) é informado pelos profissionais de saúde da Unidade Hospitalar sobre a existência de um potencial dador de órgãos e tecidos. Para que um potencial dador se converta num dador de órgãos e tecidos é de extrema importância a detecção precoce, tal como refere Barradas (2010, p.2) a pessoa que morre no hospital:

“Poderia ser considerado um potencial dador de órgãos, cabendo às equipas do serviço, detetar e referenciar estes pacientes ao Coordenador Hospitalar de Doação e também ter em atenção todos os cuidados de forma a manter as funções vitais do dador”.

A seleção do dador é uma etapa decisiva da cadeia de transplantação. A missão primordial dos Gabinetes é proceder à avaliação de todos os potenciais dadores sinalizados, conjuntamente, com os CHD, usando de todos os conhecimentos científicos para expandir o número de órgãos disponíveis para transplantação (Silva, 2010). É fundamental a verificação através do GCCT e dos centros de histocompatibilidade, a existência de oposição ou de restrição à dádiva constante no RENNDA.

Nesse momento iniciam-se as provas de morte cerebral e são verificados os critérios de aceitação ou exclusão do dador por parte do coordenador e/ou médico assistente. Perante uma pessoa em MC e após considerados os critérios de exclusão, comunica-se com a equipa do GCCT, dando início a todos os procedimentos necessários (Decreto MS, 1994b). Seguidamente a equipa de saúde informa a família do dador sobre a situação de MC. A equipa de saúde deve dirigir a entrevista recorrendo a destrezas comunicativas para ganhar a confiança da família. Assim que o GCCT confirmar o solicitado pelo Coordenador, este informa a família que foi consultado o RENNDA e que o familiar não está inscrito e que, portanto, será um potencial dador de órgãos (Barradas, 2010).

O trabalho não é finalizado com o diagnóstico da MC, mas é nesse momento que se deve considerar o cadáver como possível dador e dirigir todo o esforço para a manutenção do cadáver em ótimas condições de perfusão e oxigenação para melhorar a viabilidade dos órgãos que posteriormente poderão ser transplantados.

A manutenção do dador é um trabalho difícil e complicado que se deve fazer com critérios de qualidade e que implica um esforço da equipa de saúde tanto assistencial como emocional, segundo Navarro et al. (2006). Durante todo o processo, a manutenção do potencial dador deve implicar a estabilidade hemodinâmica e outras medidas que garantam a viabilidade e a qualidade dos órgãos e tecidos para doação. Para Magalhães, Sanches e Pereira (2004), o cuidado médico do potencial dador de órgãos é semelhante ao que é necessário prestar a pacientes graves. Todas as alterações, características da morte cerebral, como: ausência de respiração espontânea; choque neurogénico por alteração da função vasomotora; alterações hormonais com transtornos hidroelectrolíticos e perda do controlo da temperatura corporal tornam o dador num doente crítico e exigem um controlo rigoroso e uma monitorização adequada (González & Carrillo, 2008).

Durante o processo será necessário recolher material biológico (sangue e gânglios) para testes de virologia e de histocompatibilidade que serão enviados para o Centro de Histocompatibilidade respetivo através da Guarda Nacional Republicana (Barradas, 2010).

Após se obter os resultados dos exames complementares anteriormente realizados ocorre a aceitação final do dador pelo GCCT e é ainda nesta fase que se efetua o segundo teste de morte cerebral. Procede-se então ao planeamento das colheitas. Compete ao GCCT organizar a equipa de colheita multiorgânica com todo o material de que necessita, bem como, assegurar o transporte da equipa, do material e dos produtos colhidos, quando o dador se encontra num hospital diferente daquele onde está o gabinete. Compete-lhe assim, fazer chegar os órgãos aos hospitais onde vai ser feito o transplante (Faria, 2015).

Seguidamente é necessário providenciar o transporte da equipa do Hospital recetor para o Hospital onde se encontra o dador. O transporte poderá ser efetuado por via terrestre ou por via aérea. A unidade onde se encontra o dador cadáver será avisada pelo GCCT

da hora provável da colheita. O dador será posteriormente enviado para o Bloco Operatório na hora marcada para a extração dos órgãos.

Cumpridas todas as formalidades e realizada a colheita, os órgãos são entregues nas unidades de transplantação para transplante no recetor que tiver sido escolhido. A complexidade da cirurgia do transplante e a impossibilidade da sua programação, é sempre dependente da ocorrência de um dador, torna-se assim imperativo manter as equipas com o nível de preparação técnica necessário e a disponibilidade constante que os programas exigem, dado que os órgãos têm de ser transplantados num curto período de horas. Os tecidos são provisoriamente acondicionados e rotulados para envio aos bancos de tecidos onde são definitivamente preparados e conservados até que algum serviço os requisite para aplicação.

A escolha dos doentes em lista de espera para transplante de um órgão é feita segundo critérios biológicos de grupagem ABO e tipagem HLA-DR e cross-match, de modo a haver maior compatibilidade entre o dador-recetor. São considerados critérios de prioridade, por exemplo o grau de urgência e a idade. A distribuição por sua vez, é regional, obedecendo às áreas de influência dos cinco gabinetes. Nos casos de urgência, a alocação poderá ser realizada a nível nacional. Quando não existe para qualquer dos órgãos colhidos um recetor compatível em Portugal, os órgãos são oferecidos aos congéneres europeus que podem ter oportunidade de transplantá-los (Faria, 2015).

Magalhães et al. (2004) referem que o sucesso dos transplantes também depende da manutenção dos potenciais dadores e a grande percentagem de órgãos torna-se inviável por falta dessa manutenção. A falha no reconhecimento ou o reconhecimento tardio do portador de morte cerebral pode levar à perda de órgãos devido à paragem cardiorrespiratória inesperada, instabilidade hemodinâmica ou infeção. De acordo com os mesmos autores, a decisão de interromper o tratamento do paciente portador de lesão cerebral grave e iniciar suporte para potencial dador de órgãos é difícil tanto do ponto de vista conceptual como do ponto de vista ético e deve ser efetuada com brevidade.

## 1.9. CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

A transplantação é a única área dos cuidados de saúde que não pode existir sem a participação da população, uma vez que sem órgãos e tecidos, sem colheita, não poderá existir transplantação.

O sucesso da doação de órgãos e transplantação está relacionado com o desenvolvimento de políticas de saúde nesta área, tal como defende a OMS (2002, p. 22) “a responsabilidade é também dos líderes governamentais que criam políticas, atribuem recursos e decretam legislação”.

Segundo Pessoa, Schirmer e Roza (2013), a falta de conhecimento da população brasileira sobre o processo de doação de órgãos é um dos motivos que levam os familiares a recusarem a doação dos órgãos e tecidos do potencial dador em MC, bem como a falta de conhecimento do desejo do familiar sobre o tema em questão. De acordo com Rumsey, Hurford e Cole (2003), o conhecimento do processo de doação e de transplantação, bem como o conhecimento de alguém que doou ou recebeu um órgão está associada a uma atitude mais positiva em relação à doação. Uma maior e melhor informação deste processo pode aumentar o conhecimento e dissipar dúvidas erróneas e até muitas vezes perturbadoras. Além do que, a exposição a pessoas que beneficiaram diretamente do transplante pode melhorar as atitudes da população em relação ao processo de doação. Ouvindo e conversando com alguém que tenha experimentado um transplante ou doou um órgão pode desmistificar o processo e amenizar medos (Rumsey et al., 2003).

Num estudo realizado em estudantes gregos, apenas 37,9% dos participantes estavam cientes da correta definição de doação de órgãos. Além disso, apenas 40,3% sabiam quais os órgãos ou tecidos que podem ser doados, e poucos conheciam a lei de doação válida atualmente na Grécia. A maioria dos estudantes estariam dispostos a doar um órgão após a morte, mas cerca de 10% só estariam dispostos a doar um órgão após morte para um parente próximo. O rosto, a pele e a córnea foram os órgãos e tecidos que os estudantes estão menos dispostos a doar, enquanto os rins e sangue eram os órgãos e tecidos que os entrevistados estariam mais dispostos a doar (Katsari & Domeyer, 2015). O estudo de Soares, Leite e Rocha (2015) mostrou que a grande

maioria da amostra tinha informações suficientes sobre a doação de órgãos. Pelo contrário, não tinham conhecimentos profundos sobre o conceito de morte cerebral, 35% pensavam que a morte cerebral era reversível. Segundo Rodrigues et al. (2014), a percepção das famílias é ainda insuficiente e limitada sobre o processo de doação de órgãos, bem como a falta de informação, o apego ao familiar e o medo de doar foram as dificuldades mais citadas pelos familiares. Num estudo elaborado em docentes de enfermagem no Brasil, constatou-se que todos os docentes eram a favor da doação de órgãos, no entanto, pouco mais de metade haviam expressado o desejo de doar para a família e detinham conhecimento da legislação e das normas éticas envolvidas. Assim sendo, observou-se que há insuficiência no conhecimento dos docentes no que concerne aos tipos de doadores de órgãos e tecidos. De acordo com os autores, tal realidade evidencia a necessidade e a importância de maiores investimentos em formação nesta temática uma vez que estes profissionais são os principais transmissores de conhecimento no universo acadêmico (Freire, Gomes, Silva, Dantas, Vasconcelos & Torres, 2016).

O conhecimento do conceito de morte cerebral é um fator intimamente relacionado com a atitude em relação à doação (Ríos et al., 2015). Num estudo realizado por estes autores com o objetivo de analisar as atitudes em relação à doação de órgãos entre os cidadãos latino-americanos que residem em Espanha, verificaram que dos 1237 respondentes, apenas 25% dos entrevistados reconhece a morte cerebral como significando a morte de um indivíduo. Numa escola do Brasil foi analisado o conhecimento dos adolescentes sobre doação e transplante de órgãos antes e após uma ação educativa. Participaram do estudo 45 adolescentes do ensino médio, tendo sido aplicado um questionário antes e após uma intervenção educativa, com posterior análise comparativa das respostas. Após a ação, houve o aumento nível de conhecimento, diminuição nas dúvidas existentes e mudanças de ideias, optando a maioria em ser doador e consentir a doação. A educação em saúde promove o conhecimento e esclarecimento, despertando o interesse pelo assunto e discussão no meio social, sendo uma grande aliada na promoção da doação de órgãos e tecidos (Nogueira et al., 2016).

O baixo nível de escolaridade e a desinformação da população podem gerar interpretações deturpadas a respeito da captação e do transplante de órgãos. Segundo os princípios da bioética, indivíduos mal informados sobre o tema em questão não são capazes de decidir conscientemente (Morais et al., 2012).

As atitudes são sentimentos favoráveis ou desfavoráveis relativamente a objetos, pessoas e acontecimentos, ou em relação a alguns dos seus respetivos atributos. Podemos definir atitudes como um conjunto relativamente estável de sentimentos e predisposições/intenções comportamentais face a um objeto específico, como a morte cerebral e transplantação de órgãos (Barradas, 2010). Para Duque (1999) as atitudes são compostas por cognição (crenças), afetos (ou sentimentos) e comportamentos (tendências de ação). A componente cognitiva ou crenças são de dois tipos: crenças informacionais (o que a pessoa acredita sobre os factos de uma situação) e crenças avaliativas (que consistem naquilo que a pessoa acredita sobre bem, mal, justo, injusto, benefícios ou custos de diferentes situações). Os afetos referem-se aos sentimentos gerais de um indivíduo ou à avaliação de uma situação. Ao contrário da componente cognitiva (as crenças), que é normalmente multidimensional porque se relaciona com todos os diferentes aspetos da situação que um indivíduo percebe, a componente afetiva, é unidimensional: relaciona-se com a forma como o indivíduo sente ou vivencia a situação como um todo.

Segundo Neto (2010), as nossas atitudes podem ser resultantes das nossas experiências de vida e ser influenciadas pelas pessoas que desempenham papéis significativos na nossa vida bem como o modo como processamos a informação acerca do mundo que nos rodeia (Marinho, 2003). No fundo as atitudes vão refletir os sentimentos que uma pessoa tem em relação a algo. As atitudes referem-se a experiências subjetivas que traduzem a posição da pessoa, influenciadas pela sua história, com carácter aprendido, sendo estas fruto da interação social, de processos de identificação, comparação e diferenciação social (Marinho, 2003). As atitudes nesta área são influenciadas pelo status socio-económico, pela educação, pela cultura e pela religião (Erdogan et al., 2002) e estão relacionadas com grau académico, com a idade e com o género (Bilgel, Sadikoglu, Goktas & Bilgel, 2003). No paradoxo da doação/transplante, as atitudes são mistas porque por um lado o diagnóstico de morte cerebral significa poder salvar outra vida, por outro a imposição da morte de uma pessoa que biologicamente ainda está viva, justifica a vida de outra.

De acordo com o estudo de Coelho et al. (2007), na cidade de Curitiba no Brasil a grande maioria dos entrevistados é favorável à doação de órgãos, independente de idade, sexo, estado civil, religião, rendimentos e anos de estudo. Os motivos apontados são bastante variáveis, sendo os principais para salvar vida, ajudar o próximo e dar vida.

Os principais motivos para não doação de órgãos foram ausência de confiança na medicina ou no sistema de captação e distribuição de órgãos, existência de comércio de órgãos e temor de mutilação do corpo. Em concordância com a observação de que a maioria dos entrevistados é favorável à doação de órgãos, a maioria autorizaria a doação dos seus órgãos e de seus familiares de primeiro grau, após a sua morte, e aceitaria receber um transplante, caso necessitasse. Além de ser favorável ao transplante cadavérico, a maioria é favorável ao transplante intervivos e estaria disposta a ser doadora neste tipo de transplante.

Num estudo realizado na cidade de Pelotas, que avaliou uma amostra de 3159 adultos, através de questionário, demonstrou que 80,1% dos participantes seriam favoráveis à doação de órgãos de um familiar seu, caso este houvesse manifestado previamente o desejo de ser doador. Em contrapartida, apenas um terço dos investigados autorizaria a doação se não houvesse uma discussão prévia com a família (Barcellos, Araújo & Costa, 2005).

O interesse social e os princípios para a doação de órgãos e tecidos e transplantação está a aumentar, estando os profissionais de saúde inevitavelmente envolvidos em todo o processo (Kim, Elliot & Hyde, 2003). Para Topbas (2005), os profissionais de saúde são a chave e o guia para o sucesso da doação de órgãos. Informações positivas ou negativas deste processo tem um papel importante na predisposição e decisão de cada um. Assim, uma formação adequada acerca da doação e colheita de órgãos tem uma relação direta com as atitudes positivas. A doação e a colheita de órgãos influenciam as atitudes positivas porque são vistas como o “*salvar uma vida*” (Collins, 2004).

Uma boa educação para saúde e formação contínua é a única forma de desmistificar preconceitos ou inconformidades. As políticas hospitalares também têm influência na formação e educação de profissionais, pelo que os hospitais devem implementar programas nesta área, uma vez que através da educação para saúde é possível influenciar as atitudes da população perante a transplantação (Cantwell & Clifford, 2000).

## **2. METODOLOGIA**

Após a revisão da literatura e a definição de conceitos relativos à temática, neste capítulo encontra-se descrita e fundamentada a metodologia utilizada, sendo abordados os objetivos do estudo, o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e a forma como foi realizado o tratamento dos dados.

Para Freixo (2011, p. 58) “o conhecimento científico vai muito além do conhecimento empírico, já que procura conhecer, além do fenómeno em si, as suas causas e leis.” O mesmo autor refere que a conceptualização de um estudo inicia-se quando o investigador aprofunda uma ideia no sentido de orientar o seu estudo.

A investigação científica consiste num processo sistemático, efetuado com o objetivo de validar conhecimentos previamente estabelecidos e de produzir novos, que direta ou indiretamente influenciam a prática (Fortin, 2009). Esta autora afirma que a investigação constitui o método por excelência de aquisição de novos conhecimentos, distinguindo-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso. Na metodologia existe uma “confrontação de ideias, saídas tanto da experiência e da imaginação, com os dados concretos, derivados de observação com vista a confirmar, a alterar ou a rejeitar estas ideias de partida” (Gauthier, 2003, p. 22).

De acordo com Fortin (2000), a metodologia baseia-se no conjunto dos métodos e técnicas que acompanham a elaboração do processo de investigação científica, sendo um instrumento importante, ao qual é concedido grande parte do sucesso da investigação, pois a metodologia é orientadora da pesquisa, dependendo do método escolhido, dos processos e das técnicas de análise.

Um estudo de investigação surge quando os investigadores abordam um problema ou respondem a uma pergunta através da pesquisa, independentemente do paradigma subjacente (Polit, Beck & Hungler, 2004).

A metodologia é fundamental num estudo de investigação, uma vez que fornece ao investigador estratégias que descrevem toda a operacionalização do estudo, no sentido de encontrar respostas para os problemas. A metodologia é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 2009, p.372).

## 2.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO E OBJETIVOS

Para Coutinho (2015, p. 27) “o interesse do investigador é assumir uma atitude científica, distanciada e neutra, de modo a comprovar estatisticamente as hipóteses e a contribuir para a relação causal do processo-produto.”

Um trabalho de investigação surge normalmente de um interesse face a determinada realidade por parte dos investigadores, pretendendo obter-se respostas que satisfaçam essa curiosidade e dessa forma contribuir para aumentar o conhecimento sobre a temática. Assim sendo, um trabalho de investigação inicia-se habitualmente para dar resposta a um conjunto de dúvidas ou interrogações. No caso deste trabalho de investigação a questão de partida é saber quais são os conhecimentos e as atitudes da população adulta sobre a recolha e doação de órgãos em Portugal. Na tentativa de encontrar respostas para estas questões foi desenvolvido um estudo não experimental, transversal, correlacional de tipo quantitativo. Esta pergunta de investigação ou de partida, serve como fio condutor de toda a pesquisa e com ela o investigador define o que procura saber e compreender melhor (Quivy & Champenhoudt, 2008).

Freixo (2011) afirma que nos métodos quantitativos é fundamental medir os resultados, traduzindo-se numa maior precisão e objetividade, permitindo a comparação, reprodução e generalização dos resultados para situações semelhantes. O mesmo autor refere ainda, relativamente ao método correlacional, que o objetivo é “medir o grau e a direção de uma relação entre duas variáveis que é expressa por um coeficiente de correlação” (Freixo, 2011, p.114).

De acordo com Fortin (2009), o objetivo de um estudo, é um enunciado declarativo que evidencia as variáveis-chave, a população alvo e o assunto da investigação.

Para dar resposta à questão de partida foram traçados os seguintes objetivos:

- Conhecer as atitudes da população adulta face a recolha e doação de órgãos e tecidos.
- Determinar o nível de conhecimentos da população adulta relativamente à legislação que regulamenta a colheita e transplantação em Portugal.
- Conhecer a opinião da população sobre as circunstâncias em que concordaria ou não com a doação.
- Determinar o nível de conhecimentos da população adulta sobre recolha e doação de órgãos e tecidos.
- Relacionar as atitudes e conhecimentos da população adulta face a recolha e doação de órgãos e tecidos e a idade, o sexo, ser dador, familiar de recetor de órgãos, ser profissional de saúde e estar inscrito RENNDA.

## 2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO/HIPÓTESES

Freixo (2011, p. 164) afirma que:

“No quadro de uma investigação, os termos «objetivo» e «hipóteses» equivalem-se pelo fato de introduzirem o porquê do estudo, se bem que sejam formulados de forma diferente. O objetivo é assim mais geral e as hipóteses necessariamente mais específicas, pois vêm conferir a necessária clarificação e precisão ao objetivo.”

Uma investigação levanta sempre questões às quais o investigador tenta dar resposta sejam estas formalmente (ou não) explicitadas por este. São premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação (Coutinho, 2015; Fortin, 2009)

A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início da investigação, seguindo-se depois a formulação dos objetivos (Pais Ribeiro, 2008). De acordo com Quivy et al. (2008), na questão inicial o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que pretende saber, elucidar e compreender melhor.

Neste sentido as questões de investigação a que daremos resposta com este estudo são:

- Quais são as atitudes da população adulta face a recolha e doação de órgãos e tecidos?
- Qual é o nível de conhecimentos da população adulta relativamente à legislação que regulamenta a colheita e transplantação em Portugal?
- Qual é opinião da população adulta sobre as circunstâncias em que concordaria ou não com a doação?
- Qual é o nível de conhecimentos da população adulta sobre recolha e doação de órgãos e tecidos?
- Qual é a relação entre as atitudes e conhecimentos da população adulta face a recolha e a idade, o sexo, ser dador, ser familiar de recetor de órgão, ser profissional de saúde e estar inscrito RENNDA?

Tendo presente a última questão de investigação foram definidas duas hipóteses:

H1: Existe correlação positiva e muito significativa entre as atitudes e conhecimentos da população portuguesa face a recolha e a sua idade.

H2: Existem diferenças significativas entre as atitudes e conhecimentos dos portugueses face a doação e transplante de órgãos e tecidos e o sexo, ser dador, recetor de órgão, ser profissional de saúde e estar inscrito no RENNDA.

### 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é um conjunto de pessoas ou elementos que partilham alguma característica em comum (Polit et al., 2004; Coutinho, 2015).

Segundo Fortin (2009), a população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. Segundo a mesma autora, a população alvo é constituída pelos indivíduos que

satisfazem os critérios de seleção antecipadamente definidos e para os quais, o investigador deseja fazer generalizações, e a população acessível à fração da população alvo que está ao alcance do investigador e de onde este, pode extrair a amostra. Esta autora afirma que “uma amostra, retirada da população alvo, informa-nos sobre as características desta, sem que seja necessário estudar toda a população” (Fortin, 2009, p. 310). Sempre que se pretende elaborar um estudo de pesquisa, o investigador tem de identificar a população alvo acessível. De acordo com Polit et al. (2004), os investigadores necessitam descrever uma população, para indicar quais as características que os sujeitos devem possuir, assim como definir o grupo para qual os resultados podem ser generalizados.

No entanto, muitas vezes não existe possibilidade por parte do investigador de recolher e analisar dados para cada um dos elementos da população alvo, pelo que nesta situação só será possível estudar uma parte dos elementos que constituem a população alvo e que se designa por amostra (Hill & Hill, 2009). Coutinho (2015, p. 89) define amostra como “o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população onde foi extraída.” Neste sentido a descrição da população e da amostra irá fornecer informação importante para a eventual generalização dos achados da investigação (Freixo, 2011).

A população acessível definida para esta investigação, é constituída por indivíduos que apresentem os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Idade mínima de 18 anos;
- ✓ Nacionalidade portuguesa;
- ✓ Aceitar participar no estudo.

Para obter os dados que permitam alcançar os objetivos considerou-se o método de amostragem do tipo não probabilística acidental (Fortin, 2009). Para Freixo (2011, p. 183) a amostragem não probabilística é o “processo pelo qual todos os elementos da população não têm a mesma probabilidade de serem selecionados para integrarem a amostra”. De acordo com Polit et al. (2004), a amostragem acidental é uma “seleção das pessoas (ou unidades) mais prontamente disponíveis, como sujeitos de um estudo”.

Segundo Pestana e Gageiro (2005, p.487), “é fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores.”

Deste modo, a amostra deste estudo é constituída pelo número de pessoas que responderam ao questionário no período de 22 de Junho a 1 de Agosto de 2018, através das redes sociais e dos estudantes e não docentes do Instituto Politécnico de Leiria, tendo obtido 444 respostas.

## 2.4. INSTRUMENTOS

Durante o processo de investigação existe uma etapa onde se define o método e o procedimento para a recolha dos dados necessários para responder às questões de investigação (Freixo, 2011). Cabe ao investigador selecionar o tipo de instrumento de medida que mais se adapta aos objetivos do estudo e às características dos elementos constituintes da amostra, bem como ao tempo que se dispõe para a realização da pesquisa (Vilelas, 2009). Desta forma, e atendendo à questão do nosso estudo optámos pela construção de um instrumento aplicado sob a forma de um questionário, por nos parecer o mais adequado para atingir os objetivos propostos.

De acordo com Fortin (2009), o questionário é um instrumento de registo, escrito e imaginado para pesquisar dados junto dos sujeitos, através de questões a respeito de factos, crenças, atitudes, comportamentos, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Os questionários são flexíveis relativamente à estrutura, forma e aos processos de recolha de informação, sendo que a uniformização de diretrizes, a apresentação padronizada e a garantia do anonimato, permitem obter respostas sinceras, rápidas e precisas, facilitando o tratamento dos dados e a conclusão estatística (Vilelas, 2009).

De acordo com Fortin (2009), o questionário é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos, sendo um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. O questionário é um instrumento de recolha de dados muito utilizado, sendo de preenchimento pelos participantes, não necessita de assistência, podendo até ser enviado e recebido por correio, o que se poderá apresentar como uma vantagem em termos de gestão de tempo

do investigador (Freixo, 2011). Segundo Polit et al. (2004, p. 369) o questionário é um “documento utilizado para reunir informações sob a forma de autorrelatos dos respondentes, através da administração de perguntas”.

Coutinho (2015) afirma que o questionário deverá ser utilizado quando o objetivo é inquirir um grande número de pessoas mas a sua realização implica o gasto de muito tempo.

Com base nestes pressupostos foi elaborado o questionário composto por cinco partes, capazes de produzir as informações necessárias para o estudo.

- a) Breve nota introdutória e explicativa.
- b) Caracterização sociodemográfica e profissional da população: idade, género, profissão, escolaridade, antecedentes de doação, existência de algum familiar dador, existência de algum familiar transplantado, conversa com a família sobre a temática, órgãos que aceitaria e não aceitaria doar, conhecimento do RENNDA, inscrição no RENNDA, intenção de doar órgãos ou tecidos.
- c) Conhecimentos da população adulta relativamente à legislação que regulamenta a colheita e transplantação de órgãos e tecidos em Portugal e circunstâncias em que concordaria ou não com a doação.
- d) Nível de conhecimentos da população acerca da doação de órgãos e tecidos.

Para o nível de conhecimentos e baseados na literatura, foram elencadas 29 questões, cada uma era respondida como verdadeira e falsa. Às questões certas foi atribuído o valor 1 e às erradas 0, pelo que os valores poderiam oscilar entre 0 e 29.

Na Tabela 3 e 4 estão inscritas as afirmações corretas e as erradas.

**Tabela 3** – Afirmações corretas do questionário acerca dos conhecimentos da população sobre doação e de órgãos e tecidos

Afirmações corretas
Para a maioria dos órgãos, a necessidade por transplantes é maior do que a disponibilidade de órgãos
As pessoas na lista de espera para um transplante morrem todos os dias porque não há órgãos/tecidos suficientes
É possível doar órgãos entre pessoas vivas
Todos nós somos potenciais doadores pós morte
Em Portugal considera-se dador todo aquele que não tiver registado o desejo de não ser dador no Registo Nacional de não Dadores
Em Portugal existem três tipos de doadores de órgãos e tecidos: Vivo, morto em morte cerebral e morto com o coração parado
O registo no RENNDA é efetuado no Centro de Saúde
No RENNDA pode especificar quais os órgãos e tecidos que quer doar
Uma vez inscrito no RENNDA não pode mudar de ideias sobre a doação de órgãos
Todos os não doadores têm um cartão de identificação
Os menores podem ser doadores se não houver nenhum dador capaz compatível; o receptor ser irmão ou irmã do dador e a dádiva ser necessária à preservação da vida do receptor
Qualquer pessoa é potencial dador de órgãos independentemente da idade ou condição médica
Inscrever-se no RENNDA não mudará o tratamento médico que recebo em caso de necessidade
A morte cerebral ocorre quando não existe fluxo sanguíneo para o cérebro e este perde as suas funções
É considerado dador vivo qualquer pessoa maior de idade, capacitada, que queira doar um órgão para um parente ou cônjuge
Pode fazer-se colheita de órgãos para transplante num recém-nascido morto
Quem tem doenças crónicas pode ser dador de órgãos
A dádiva e a colheita de órgãos ou tecidos, que envolvam estrangeiros sem residência permanente em Portugal não pode ser efetuada.

**Tabela 4** – Afirmações erradas do questionário acerca dos conhecimentos da população sobre doação e de órgãos e tecidos

Afirmações erradas
A doação de órgãos e tecidos desfigura o corpo não sendo possível um funeral de caixão aberto
A doação de órgãos é obrigatória em Portugal
A lei portuguesa permite a compra de órgãos
A lei portuguesa permite a venda de órgãos
Em Portugal para ser dador de órgãos tenho de efetuar registo no RENNDA
Os familiares mais próximos têm de dar permissão para que a doação ocorra
Se estiver inscrito como Não Dador não poderei receber órgãos em caso de necessidade de transplante
Não existe morte enquanto existir batimentos cardíacos
Após o diagnóstico de morte cerebral é possível reverter essa condição
Quem já recebeu transfusão sanguínea não pode ser dador de órgãos
São proibidas a dádiva e a colheita de órgãos ou de tecidos quando envolvam menores ou outros incapazes de tomar a decisão.

e) Atitudes da população face à recolha e doação de órgãos e tecidos

Para a construção da variável atitudes da população face à recolha e doação de órgãos seguiram-se várias etapas, nomeadamente uma intensa pesquisa bibliográfica, a consulta de outros instrumentos sobre esta temática, bem como a experiência dos investigadores sobre esta temática.

Um dos problemas que se colocaram a esta investigação está relacionado com a dificuldade de construção de instrumentos válidos e fiáveis para medir as atitudes. Como em Portugal, o estudo das atitudes da população face à colheita de órgãos e transplante ainda se encontra incipiente, e por não termos encontrado instrumentos validados que nos permitissem medir a variável exposta, decidimos partir para a criação de um instrumento. Almeida e Freire (1997) consideram que qualquer instrumento de avaliação se pode definir como “um conjunto de itens, questões ou situações mais ou menos organizado e cobrindo um certo domínio a avaliar” (Almeida et al., 1997, p.114). Uma escala de atitudes é um instrumento de avaliação que mede até que ponto um indivíduo tem sentimentos favoráveis ou desfavoráveis para com uma pessoa ou situação. Em toda a atitude podemos considerar a sua direção, isto é, o aspeto qualitativo da atitude e a sua intensidade quando aplicamos um critério quantitativo. Após a seleção dos itens (30) construímos, com este conjunto de itens, uma escala de respostas tipo Likert e a cada item fizemos corresponder cinco classes, de acordo com a tabela 5.

**Tabela 5** – Grelha de contagem de score

Não concordo	1
Concordo pouco	2
Nem tenho opinião	3
Concordo	4
Concordo muito	5

As respostas estão quantificadas de maneira a que quanto mais alta a pontuação corresponde a atitudes mais assertivas. Um resultado elevado é revelador de atitudes positivas face à temática, mas um resultado baixo, traduz numa atitude negativa.

Foi elaborada uma primeira versão do questionário que foi usado como pré-teste em dez indivíduos que cumpriam os critérios de inclusão no estudo com o objetivo de verificar a clareza e objetividade das questões, verificando a compreensão das perguntas e posteriormente foram retificadas algumas incorreções das questões. A aplicação deste pré-teste consistiu na aplicação do instrumento de colheita de dados a uma amostra mais reduzida que reflita a diversidade da população, por forma a identificar falhas de estrutura, avaliar as exigências de tempo, a sua eficácia e pertinência. Tal como afirma Fortin (2009) são estas verificações que permitem que o questionário seja realmente aplicável com êxito no que se refere a dar resposta efetiva aos problemas levantados pelo investigador. Pretende-se assim detetar erros de construção, possibilidade de indução de respostas ou dúvidas de preenchimento, com vista a um reajustamento ou correção antes da aplicação final (Fortin, 2009).

Após a realização do pré-teste e feita a sua análise ficou determinado que os instrumentos colhiam a informação pretendida para o estudo, tendo surgido então o questionário definitivo a ser utilizado que se apresenta em anexo (Anexo I), apenas com as questões das atitudes que ficaram após a determinação das características psicométricas.

A validação psicométrica apresenta-se no capítulo dos resultados.

## 2.5. PROCEDIMENTOS

Todas as investigações junto de pessoas devem ser entendidas como uma forma de intromissão, sendo importante que o investigador evite questões desnecessárias e assegure que a intimidade e privacidade dos participantes seja protegida. O direito à confidencialidade poder-se-á comparar ao direito de privacidade e anonimato, e assim, cabe ao investigador garantir que os dados pessoais dos participantes no estudo não figurem em qualquer parte acessível dos documentos e sejam utilizados única e exclusivamente para o fim destinado (Freixo, 2011). Num estudo de investigação o

participante tem o direito de conservar o anonimato, sendo este respeitado se a sua identidade não é reconhecida nem mesmo pelo investigador. Este compromete-se em manter reservados os dados recolhidos durante o estudo não os podendo comunicar sem autorização do sujeito (Vilelas, 2009).

Neste sentido, para a realização do nosso estudo foi formalizado um pedido de autorização para a aplicação do questionário junto da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria, tendo sido autorizado em 22 de Junho de 2018, pelo Parecer n.º CE-IPLEIRIA-16-2018, que se encontra em anexo (Anexo II). O questionário foi elaborado através da plataforma Google Docs e disponibilizado através das redes sociais acessíveis aos investigadores envolvidos no projeto nomeadamente Facebook® e Instagram®. Foi também solicitada autorização aos dirigentes do IPL para divulgação do *link* através dos emails do pessoal não docente e discente.

Neste estudo, no questionário *online* é disponibilizado ao participante o consentimento informado antes do início do preenchimento do mesmo. Só após o participante concordar com o preenchimento (havendo uma questão obrigatória) é possível prosseguir para o questionário. Durante esta investigação foi garantido a todos os participantes no estudo a confidencialidade e privacidade dos dados pessoais. Durante o questionário é reforçada a informação da disponibilidade dos investigadores para responder aos esclarecimentos que os respondentes necessitarem antes, durante ou após a realização do estudo.

## 2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS

Uma das etapas fundamentais do processo de investigação é a organização e análise dos dados adquiridos (Coutinho, 2015). A fase de análise e interpretação dos resultados é a etapa mais morosa de um trabalho de investigação, segundo Fortin (2009), exige uma reflexão minuciosa e uma análise profunda de todo o processo de investigação.

Após a colheita dos dados, estes foram colocados numa base de dados em *Microsoft Excel* e posteriormente feito o seu tratamento estatístico através do programa de análise estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Coutinho (2015, p. 180)

refere que o “SPSS é uma poderosa ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar os seus resultados em instantes”.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva, através de medidas de tendência central, nomeadamente frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas); medidas de dispersão e variabilidade, tais como o desvio padrão e o coeficiente de variação. Para o teste de hipóteses foram utilizados o teste U de Mann Whitney e a correlação de Spearman. Foram utilizados os testes não paramétricos em virtude das variáveis não apresentarem distribuição normal e em alguns grupos o n ser inferior a 30 não permitindo a utilização do Teorema do limite central.

O teste e a análise de hipóteses pressupõem algumas etapas que Reis, Andrade, Calapez e Melo (1996) enumeram da seguinte forma:

1 – Formular a hipótese nula e a hipótese alternativa: na nula é colocada a situação de igualdade e permite identificar claramente os valores da estatística que levam a rejeitar ou não a hipótese nula ( $H_0$ ). No entanto, se  $H_0$  for aceite, apenas podemos afirmar que provavelmente ela é verdadeira, aceitando a possibilidade de se ter cometido o erro tipo II (aceitar  $H_0$  quando ela é falsa).

2 – Fixar o nível da significância do teste em que se define o risco de cometer um erro tipo I (rejeitar  $H_0$  quando ela é verdadeira). Fixar esse risco em 5% significa que o valor para probabilidade de erro tipo I que se está a admitir é de 0,05. No nosso caso os valores de p indicados são os que o método extraiu aquando da utilização dos testes no programa SPSS. De qualquer forma, assinalamos que utilizamos como critério de rejeição em todas as provas estatísticas, os seguintes níveis de significância:

$p > 0,05$  – a diferença não é significativa;

$p \leq 0,05$  – a diferença é significativa;

$p \leq 0,01$  – a diferença é muito significativa.

3 – Determinar o teste estatístico adequado: em função da natureza da hipótese (se afirmam diferenças ou relações), do número e tipo de grupos e do nível de medida da variável dependente e independente.

Para o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos estudados foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total e/ou escalas (excluindo o respectivo item) e o Alfa de Cronbach utilizado como medida de fidelidade interna dos instrumentos. A inclusão dos itens de cada um destes instrumentos em dimensões distintas teve em conta o resultado de análises fatoriais em componentes principais com rotação ortogonal pelo método Varimax.

Para uma melhor explicação e análise dos dados, recorreremos ao uso de tabelas, que se irão estabelecer como um apoio importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

### 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

De seguida descrevemos os dados respeitantes aos objetivos definidos para este estudo.

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

Relativamente aos dados sociodemográficos e académicos verificamos que dos 444 respondentes apenas 428 referiram a idade sendo que em média apresentam  $35,39 \pm 11,33$  anos. O indivíduo mais velho tinha 70 anos e o mais novo 18.

A amostra é maioritariamente feminina (73,6%) da área profissional não ligada a saúde (52,8%).

Relativamente ao grau de escolaridade dos respondentes, a maioria refere ser detentor de Licenciatura (43,7%).

**Tabela 6** – Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados sociodemográficos e académicos

		Nº	%
<b>Sexo</b>	Masculino	117	26,4
	Feminino	327	73,6
<b>Profissão</b>	Saúde	130	31,5
	Não Saúde	218	52,8
	Estudantes	65	15,7
<b>Escolaridade</b>	Ensino Básico	10	2,3
	Ensino Secundário	156	35,1
	Licenciatura	194	43,7
	Mestrado	84	18,9

Na totalidade da amostra não há recetores de órgãos ou tecidos. Relativamente a questão se já foi dador de órgãos ou tecidos a maioria da amostra respondeu Não (96,4%), sendo que 91,2% refere que não tem na família casos de dadores de órgãos ou tecidos, tanto durante a vida como após a morte e 90,8% dos respondentes não tem familiares que tenham recebido um órgão ou tecido doado.

**Tabela 7** – Distribuição das respostas da amostra quanto à história pessoal e familiar de doação e de transplante de órgãos ou tecidos

		Nº	%
<b>Já foi dador de órgãos ou tecidos?</b>	Sim	16	3,6
	Não	428	96,4
<b>Algum membro da sua família já foi dador de órgãos ou tecidos, tanto durante a vida como após a morte?</b>	Sim	39	8,8
	Não	405	91,2
<b>Algum membro da sua família já recebeu um órgão ou tecido doado?</b>	Sim	41	9,2
	Não	403	90,8

52% dos inquiridos ainda não falou com a família sobre a intenção de doar os seus órgãos e a maioria (61,3%) afirma ter conhecimento sobre o RENNDA, no entanto apenas 2,5% afirmaram estar inscritos no Registo.

À questão se tem intenção de doar os seus órgãos ou tecidos, 362 pessoas responderam Sim dando como justificação Para salvar a vida ou ajudar outros que precisam (70,5%),

Dos 82 que responderam Não a maioria, 9,0%, justificam essa resposta com a opção “Não pensei sobre / indeciso”. Sendo que apenas 8 respondentes, 1,8%, afirmam necessitar de mais informações e de melhor compreender a temática da doação e transplante de órgãos.

**Tabela 8** – Distribuição das respostas da amostra quanto às questões sobre a intenção de doação de órgãos e tecidos e sobre o RENNDA

		Nº	%	
<b>Já falou com a família sobre a intenção de doar os seus órgãos</b>	Sim	213	48,0	
	Não	231	52,0	
<b>Órgãos que não aceitaria doar</b>	Nenhum	82	55,0	
	Todos	6	4,0	
	Cérebro	3	2,0	
	Fígado	4	2,7	
	Coração	7	4,7	
	Não sabe/ Não responde	26	17,4	
	Olhos/Córnea	7	4,7	
	Bexiga	1	0,7	
	Pele	5	3,4	
	Pulmões	4	2,7	
	Rim	4	2,7	
<b>Sabe o que é o Registo Nacional de Não Dadores</b>	Sim	272	61,3	
	Não	172	38,7	
<b>Está inscrito no RENNDA?</b>	Sim	11	2,5	
	Não	433	97,5	
<b>Tem intenção de doar os seus órgãos ou tecidos?</b>	Sim	Para salvar a vida ou ajudar outros que precisam	314	70,5
		Não vou mais precisar dele	47	10,6
		Outro	2	0,5
	Não	Não pensei sobre / indeciso	40	9,0
		Não confio nos médicos	3	0,7
		Precisa de mais informações / uma melhor compreensão	8	1,8
		Não tenho boa saúde	7	1,6
		Nenhuma razão em particular	11	2,5
		Sinto-me velho demais para doar	1	0,2
		Outros	12	2,7

### 3.2. CONHECIMENTO SOBRE A DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Da totalidade das 29 perguntas verificou-se que em média os respondentes acertaram em  $21,67 \pm 2,5$  questões, sendo que houve pelo menos um indivíduo a acertar em 11 e um em 27 questões. Se considerarmos o valor 15 como limite para o nível conhecimentos suficientes/insuficientes verificámos que 6 respondentes (1,4%) da amostra acertou em menos do que 15 questões.

A questão com maior percentual de respostas erradas foi “Qualquer pessoa é potencial dador de órgãos independentemente da idade ou condição médica” (72,3%) e a que obteve o maior percentual de respostas certas foi “É possível doar órgãos entre pessoas vivas” (98,9%).

**Tabela 9** – Distribuição das respostas da amostra quanto ao conhecimento sobre a doação e transplante de órgãos

Conhecimentos	Errou		Acertou	
	Nº	%	Nº	%
Para a maioria dos órgãos, a necessidade por transplantes é maior do que a disponibilidade de órgãos	21	4,7	423	95,3
As pessoas na lista de espera para um transplante morrem todos os dias porque não há órgãos/tecidos suficientes	87	19,6	357	80,4
A doação de órgãos e tecidos desfigura o corpo não sendo possível um funeral de caixão aberto	16	3,6	428	96,4
É possível doar órgãos entre pessoas vivas	5	1,1	439	98,9
A doação de órgãos é obrigatória em Portugal	59	13,3	385	86,7
Todos nós somos potenciais dadores pós morte	60	13,5	384	86,5
A lei portuguesa permite a compra de órgãos	12	2,7	432	97,3
A lei portuguesa permite a venda de órgãos	9	2,0	435	98,0
Em Portugal considera-se dador todo aquele que não tiver registado o desejo de não ser dador no Registo Nacional de não Dadores	96	21,6	348	78,4
Em Portugal existem três tipos de dadores de órgãos e tecidos: Vivo, morto em morte cerebral e morto com o coração parado	127	28,6	317	71,4
Em Portugal para ser dador de órgãos tenho de efetuar registo no RENNDA	105	23,6	339	76,4

**Tabela 9 (continuação)** – Distribuição das respostas da amostra quanto ao conhecimento sobre a doação e transplante de órgãos

Conhecimentos	Errou		Acertou	
	Nº	%	Nº	%
O registo no RENNDA é efetuado no Centro de Saúde	196	44,1	248	55,9
No RENNDA pode especificar quais os órgãos e tecidos que quer doar	133	30,0	311	70,0
Os familiares mais próximos têm de dar permissão para que a doação ocorra	128	28,8	316	71,2
Uma vez inscrito no RENNDA não pode mudar de ideias sobre a doação de órgãos	30	6,8	414	93,2
Todos os não dadores têm um cartão de identificação	178	40,1	266	59,9
Os menores podem ser dadores se não houver nenhum dador capaz compatível; o receptor ser irmão ou irmã do dador e a dádiva ser necessária à preservação da vida do receptor	114	25,7	330	74,3
Qualquer pessoa é potencial dador de órgãos independentemente da idade ou condição médica	321	72,3	123	27,7
Se estiver inscrito como Não Dador não poderei receber órgãos em caso de necessidade de transplante	63	14,2	381	85,8
Inscrever-se no RENNDA não mudará o tratamento médico que recebo em caso de necessidade	71	16,0	373	84,0
A morte cerebral ocorre quando não existe fluxo sanguíneo para o cérebro e este perde as suas funções	62	14,0	382	86,0
É considerado dador vivo qualquer pessoa maior de idade, capacitada, que queira doar um órgão para um parente ou cônjuge	88	19,8	356	80,2
Pode fazer-se colheita de órgãos para transplante num recém-nascido morto	246	55,4	198	44,6
Não existe morte enquanto existir batimentos cardíacos	162	36,5	282	63,5
Após o diagnóstico de morte cerebral é possível reverter essa condição	58	13,1	386	86,9
Quem já recebeu transfusão sanguínea não pode ser dador de órgãos	85	19,1	359	80,9
Quem tem doenças crónicas pode ser dador de órgãos	207	46,6	237	53,4
São proibidas a dádiva e a colheita de órgãos ou de tecidos quando envolvam menores ou outros incapazes de tomar a decisão.	268	60,4	176	39,6
A dádiva e a colheita de órgãos ou tecidos, que envolvam estrangeiros sem residência permanente em Portugal não pode ser efetuada.	246	55,4	198	44,6

### 3.3. ATITUDES DOS PORTUGUESES FACE A DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Conforme referido no capítulo da metodologia, em virtude de não ter sido encontrada uma escala para avaliar a variável em estudo construiu-se uma com 30 indicadores. De seguida apresentam-se as suas características psicométricas:

#### **Fidelidade e validade de construto**

A consistência interna da escala de atitudes dos portugueses face a doação e transplantação de órgãos foi conferida através do coeficiente alfa de Cronbach. O resultado deste coeficiente varia entre 0,00 e 1,00 (Fortin, 2009), considerando-se uma maior consistência interna quanto mais próximo o seu valor for de 1. Um instrumento é qualificado com uma boa consistência interna quando o alpha de Cronbach excede 0,80, no entanto são considerados aceitáveis valores superiores a 0,60 (Pais Ribeiro, 2010).

Os resultados da correlação de cada item com a nota global (retirando o respetivo item) permitiram entender como cada questão se relaciona com o todo. Para esta análise utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) sendo que quanto mais próximo o seu valor for de 1 ou -1, mais forte será a relação entre as duas variáveis (Fortin, 2009). São considerados aceitáveis valores mínimos de correlação a partir de 0,20, que revelam que os itens medem o mesmo constructo (Almeida et al., 2008).

Cumprindo esses pressupostos das várias análises efetuadas foram retirados 15 itens por não cumprirem os requisitos estatísticos e de compreensão.

Na tabela 10 poderemos constatar que todos os itens apresentam valores de  $r$  superiores a 0,20, oscilando entre 0,573 e 0,788 confirmando desta forma que a escala apresenta valores superiores aos referidos pelos autores de referência.

Relativamente ao alfa de Cronbach, verifica-se um valor de 0,933, ou seja, superior ao referido pelos autores ( $>0,60$ ). De salientar que nenhum dos itens apresenta valores superiores ao do alfa global apesar de itens terem valores idênticos.

Relativamente à validade de construto recorreremos à análise fatorial. Os 15 itens distribuem-se apenas por um factor que explica 52,89% da variância total, sendo que o valor do Kaiser-Meyer-Olkin de 0,944 (análise fatorial muito boa) e o valor do teste de esfericidade de Bartlett de 3920,083;  $p < ,000$  testam que a solução encontrada é a adequada.

Na totalidade dos 15 itens verificamos uma média de  $58,8 \pm 12,6$  sendo que quanto maior o valor mais proactivas são as atitudes. Sendo o valor mediano da escala 30 podemos verificar que os inquiridos têm uma atitude favorável face ao transplante e doação de órgãos. Podemos ainda verificar que todos os itens têm valor superior a mediana do item.

**Tabela 10** – Correlação de Pearson, alfa de Cronbach e análise factorial da escala de atitudes dos portugueses face a doação e transplante de órgãos

		Média	DP	r corrigido	Alfa de Cronbach	H <sup>2</sup>
1	A população está mal informada sobre o processo de doação de órgãos em Portugal	4,11	,967	,573	,931	,396
2	Doaria um órgão para melhorar a qualidade de vida de um desconhecido	3,87	1,148	,593	,931	,413
3	A doação de órgãos atribui um sentido positivo à morte	3,56	1,385	,568	,933	,381
4	Estou disponível para doar órgãos após a minha morte	4,17	1,198	,762	,926	,653
5	Se a minha vida estivesse em perigo eu aceitava um transplante de órgão	4,33	1,043	,787	,926	,691
6	Todas as pessoas devem ser dadoras de órgãos e tecidos	3,84	1,257	,697	,928	,552
7	É importante discutir os desejos após morte com minha família	3,86	1,234	,579	,932	,404
8	A doação de órgãos é uma prática segura e efetiva	3,88	1,110	,739	,927	,619
9	A doação de órgãos é consistente com os meus valores e crenças morais	4,06	1,126	,788	,926	,693
10	A doação de órgãos permite que algo positivo venha da morte de uma pessoa	3,96	1,228	,768	,926	,648
11	A maioria das pessoas que recebem transplantes ganha anos de vida	3,84	1,141	,648	,930	,494
12	Confio no diagnóstico de morte cerebral	3,69	1,137	,697	,928	,559
13	Ninguém deveria opor-se à doação de órgãos, uma vez que apos a morte os órgãos não têm utilidade	3,65	1,319	,585	,932	,403
14	A doação de órgãos é um ato de solidariedade	4,04	1,193	,621	,930	,452
15	Ser dador de órgãos é parte da minha responsabilidade para com a sociedade	3,78	1,234	,716	,928	,578

### Hipóteses

a) Correlação de Spearman entre nível de conhecimentos e atitude dos portugueses face a doação e transplante de órgãos e tecidos e a sua idade.

Pela análise dos resultados apresentados na tabela 11 verificamos que não há relação entre o nível de conhecimentos e atitude dos portugueses face à doação e transplante de órgãos e a idade ( $p>0,05$ ).

**Tabela 11** – Correlação de Spearman entre nível de conhecimentos e atitude dos portugueses face à doação e transplante de órgãos e a sua idade

	Rs	P
<b>Nível de conhecimentos face à doação e transplante de órgãos</b>	,074	125
<b>Atitudes face à doação e transplante de órgãos</b>	-,031	,524

b) Existem diferenças significativas entre as atitudes e conhecimentos dos portugueses face à doação e transplante de órgãos e tecidos e o sexo, ser dador, familiar de recetor de órgão, ser profissional de saúde e estar inscrito no RENNDA.

Tal como poderemos ver na tabela 12 as atitudes dos portugueses face a doação e transplante de órgãos e tecidos estão relacionadas com o sexo (mais favoráveis na mulher) e com o facto de ser profissional de saúde, pois  $p<0,05$ .

**Tabela 12** – Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney entre atitude dos portugueses face a doação e transplante de órgãos e o sexo, ser dador, ser familiar de recetor de órgão, ser profissional de saúde e estar inscrito no RENNDA

		Mediana	Média	Dp	U	p
<b>Sexo</b>	Masculino	58,0	56,1	12,3	14750,000	,000
	Feminino	63,0	59,8	12,63		
<b>Dador</b>	Sim	63,2	65,0	10,7	2476,000	,060
	Não	56,6	59,0	13,2		
<b>Familiar de recetor de órgãos ou tecidos</b>	Não	61,0	58,7	12,6	846,500	,134
	Sim	68,0	63,2	12,1		
<b>Profissional da área da saúde</b>	Não	61,4	58,7	12,6	9419,500	,000
	Sim	67,0	66,1	5,7		
<b>Inscrito no RENNDA</b>	Não	61,0	58,8	12,6	2039,000	,415
	Sim	64,8	60,6	14,1		

Tal como com as atitudes poderemos ver na tabela 13 que as diferenças encontradas no nível de conhecimento só são estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) quando temos presente o sexo (as mulheres acertam em média em mais questões que os homens) e ser profissional de saúde.

**Tabela 13** – Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney entre o nível de conhecimento dos portugueses face à doação e transplante de órgãos e o sexo, ser dador, ser familiar de recetor de órgão, ser profissional de saúde e estar inscrito no RENNDA

		Mediana	Média	Dp	U	p
<b>Sexo</b>	Masculino	21,0	20,7	2,63	13589,000	,000
	Feminino	22,0	22,0	2,4		
<b>Dador</b>	Sim	22,0	22,1	2,3	2889,000	,285
	Não	23,0	21,6	2,5		
<b>Familiar de recetor de órgãos ou tecidos</b>	Não	22,0	21,6	2,5	1205,500	,726
	Sim	21,0	21,3	3,2		
<b>Profissional da área da saúde</b>	Não	21,0	21,3	2,6	10450,000	,000
	Sim	23,0	22,5	2,1		
<b>Inscrito no RENNDA</b>	Não	22,0	21,6	2,5	1677,000	,091
	Sim	24,0	22,8	1,6		

#### **4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Analisados os resultados obtidos é importante avaliar e refletir de forma crítica os aspectos relevantes resultantes dessa análise.

Relativamente à amostra selecionada para participar neste estudo a maioria dos respondentes (81,6%) afirma ter intenção de doar os seus órgãos ou tecidos, apesar de 52% dos inquiridos ainda não ter falado com a família sobre a intenção de doar os seus órgãos. Estes resultados obtidos encontram paralelismo no estudo realizado por Soares, et al., (2015) que afirmam que 51% dos entrevistados estavam dispostos a doar seus órgãos. Num estudo elaborado em docentes de enfermagem no Brasil, constatou-se que a grande maioria dos respondentes eram a favor da doação de órgãos (93,1%) no entanto, apenas 65,9% referem ter expressado para a família a sua intenção de doar os seus órgãos (Freire et al., 2016). Para Guadagnoli, Christiansen, DeJong, McNamara, Beasley, Christiansen e Evanisko (1999) 50% daqueles que desejam doar não comunicam esta decisão para as suas famílias.

A maioria dos respondentes que afirmam concordar com a doação de órgãos e tecidos, justificam a mesma “Para salvar a vida ou ajudar outros que precisam” (70,5%), enquanto dos 82 que responderam não ter intenção de doar os seus órgãos ou tecidos, a maioria respondeu “Não pensei sobre / indeciso” (9,0%). No estudo de Coelho et al. (2007), realizado na cidade de Curitiba no Brasil a grande maioria dos entrevistados é favorável à doação de órgãos. Os motivos apontados são bastante variáveis, sendo os principais para salvar vidas, ajudar o próximo e dar vida. Já no estudo de Soares et al., (2015) os que não concordam com a doação justificam a decisão com o apoio insuficiente aos cuidados de saúde, razões religiosas, falta de apoio da família e medo de operações foram outros motivos para a recusa da doação de órgãos.

Relativamente aos conhecimentos a amostra acertou em média em 21,67 questões da totalidade das 29 podendo afirmar que no geral a população está informada acerca da doação e transplante de órgãos e tecidos em Portugal. Como afirma Soares et al., (2015) a grande maioria da população tem informações suficientes sobre a doação de órgãos. No entanto, a população não está totalmente esclarecida quanto a definição de morte cerebral, uma vez que 13,1% (58 respondentes) acreditam que após o diagnóstico de morte cerebral é possível reverter essa condição e 162 dos inquiridos afirma que não existe morte enquanto existirem batimentos cardíacos, tal como no estudo de Soares et al. (2015), em que 35% dos inquiridos pensavam que a morte cerebral era uma situação reversível. Num estudo efetuado em estudantes Gregos, 18,6% destes acreditam que um indivíduo em morte cerebral declarada pode recuperar e levar uma vida normal (Katsari et al., 2015). No estudo de Freire et al. (2016), observou-se que há insuficiência no conhecimento dos docentes no que concerne aos tipos de doadores de órgãos e tecidos. De acordo com os autores, tal realidade evidencia a necessidade e a importância de maiores investimentos em formação nesta temática uma vez que estes profissionais são os principais transmissores de conhecimento no universo académico.

Constatamos também que 96,4% dos inquiridos não concorda que a *doação de órgãos e tecidos desfigura o corpo não sendo possível um funeral de caixão aberto*. Segundo Moraes e Massarollo (2009), os familiares têm dificuldade em aceitar a manipulação do corpo do familiar com o objetivo de remover órgãos para transplante, sendo essa falta de entendimento o motivo principal para negar a doação, por acreditarem que o corpo é o templo sagrado de Deus e intocável. O medo da desfiguração e da perda da integridade física do corpo do falecido faz com que a família veja a doação como uma mutilação e não como um ato cirúrgico, desconhecendo que os hospitais autorizados a retirar órgãos são obrigados a recuperar a aparência anterior do dador (Moraes et al., 2009). Uma das preocupações da população é o medo da alteração da integridade e da imagem do corpo, ou seja, segundo Bartucci (2003) os familiares ficam muitas vezes preocupados com a interferência da doação num funeral com caixão aberto, devendo ser-lhes garantido que o doente manterá uma aparência normal e que a doação não impede esse tipo de funeral. Quando se aborda e avalia a família deve-se ter em conta o seu contexto cultural e religioso. Outra “preocupação que assalta frequentemente as mentes dos familiares, em relação à doação de órgãos, é a posição da sua religião no que diz respeito a este assunto. Embora as posições sejam variáveis, os principais grupos

religiosos (...) apoiam a doação e o transplante como um acto de caridade, fraternidade e sacrificio” (Bartucci, 2003, p. 2503). Sabendo que a maioria das religiões apoia e promove a doação de órgãos entre os seus seguidores (TPM Educational Project, 2007), pode-se promover a consulta de um líder religioso, pois a cultura influencia muito o modo como se vê a doença, a reação ao tratamento e a organização dos cuidados de saúde (Daare & Marshal, 1999).

61,3% dos respondentes afirma ter conhecimento sobre o RENNDA, no entanto apenas 2,5% afirmaram estar inscritos no Registo Nacional de Não Dadores. Estes dados vão de encontro ao estudo de Resende (2008), que afirma que a maioria dos participantes no seu estudo concorda com a doação de órgãos, mas, por outro lado, os dados obtidos demonstram que essas mesmas pessoas na sua maioria não estão informadas ou foram indevidamente informadas. Para este autor, existe em Portugal a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de se promoverem campanhas de formação e informação da população sobre a doação de órgãos. Para além de ser necessário, é um dever fundamental de todos os profissionais de saúde, e nomeadamente dos enfermeiros, adotar as medidas necessárias para que seja assegurado o direito dos utentes à sua autonomia, transmitindo-lhes de forma adequada os conhecimentos necessários à obtenção do seu consentimento informado livre e esclarecido, devendo para isso ser informados, formados e esclarecidos de forma regular e sistemática sobre todos os procedimentos que têm de realizar para livremente manifestarem a sua vontade de serem ou não dadores de órgãos, facto essencial para que a doação presumida de órgãos instituída em Portugal seja um reflexo da opção consciente de cada pessoa e da sociedade em que esta se insere, e não a consequência de uma falta de informação perante a qual não será legítimo presumir a doação de órgãos (Resende, 2008). É fundamental estimular a discussão do assunto doação de órgãos e tecidos com amigos e familiares, pois as pessoas, quando instruídas sobre um tema, são capazes de promover discussões, o que pode ser considerado como promoção de doação.

*Quem tem doenças crónicas pode ser dador de órgãos* 46,6% da amostra errou nesta questão, mostrando que existe uma lacuna na informação da população sobre doação e transplante de órgãos em Portugal. Por exemplo, de acordo com a circular normativa da DGS N°2/ 2011 (DGS, 2011), os dadores portadores de hepatite C são muitas vezes considerados para responder as necessidades de transplante nos casos urgentes de

doentes em situação crítica de falência de órgão, com risco eminente de vida caso não exista outro dador em alternativa. É uma situação de exceção mas pode ocorrer.

Do total de respondentes, 246 (55,4%) desconhece os critérios de seleção do dador cadáver, nomeadamente que em Portugal pode fazer-se colheita de órgãos para transplante num recém-nascido morto, apesar de não ser muito usual a sua colheita pois os órgãos deste ainda são imaturos (Collins, 2004).

Relativamente a legislação da doação de órgãos e tecidos em Portugal as questões que os respondentes mais erraram foram “*São proibidas a dádiva e a colheita de órgãos ou de tecidos quando envolvam menores ou outros incapazes de tomar a decisão*” e “*A dádiva e a colheita de órgãos ou tecidos, que envolvam estrangeiros sem residência permanente em Portugal não pode ser efetuada*”, com 55,4% e 60,4% respetivamente de respostas erradas nestas questões, mostrando o desconhecimento da doação de órgãos em dador vivo, nomeadamente em caso de dadores menores ou incapazes de tomar a decisão a doação pode ser efetuada sendo o consentimento prestado pelos pais, sendo a última decisão do tribunal. A colheita em maiores incapazes por razões de anomalia psíquica só pode ser feita mediante autorização judicial (MS, 2007a). Segundo a dádiva e a colheita de órgãos, de tecidos ou de células regeneráveis que envolvam menores ou outros incapazes só podem ser efetuada quando se verifiquem os seguintes requisitos cumulativos: Inexistência de dador capaz compatível; o recetor ser irmão ou irmã do dador; ou a dádiva ser necessária à preservação da vida do recetor, 330 respondentes de um total de 444 acertaram nesta questão. De acordo com a mesma Lei, a dádiva e a colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis, que envolvam estrangeiros sem residência permanente em Portugal, só podem ser feitas mediante autorização judicial.

Apesar da maioria saber que para não ser dador em Portugal tem de se estar inscrito no Registo (76,4%), em relação a legislação da doação de órgãos e tecidos em Portugal a amostra tem pouco conhecimento acerca do DL 244/94 referente ao RENNDA. Sobre o Registo as questões mais erradas foram “*O registo no RENNDA é efetuado no Centro de Saúde*”; “*No RENNDA pode especificar quais os órgãos e tecidos que quer doar*”; “*Todos os não dadores têm um cartão de identificação*”, com 44,1%, 30,0% e 40,1% de percentagem de respostas erradas, respetivamente. Segundo o DL 244/94 (MS, 1994b), a total ou parcial indisponibilidade para a dádiva *post mortem* de certos órgãos e tecidos (...) é manifestada junto do Ministério da Saúde, através da inscrição no RENNDA,

mediante o preenchimento adequado pelos titulares ou representantes legais de impressos-tipo no centros de saúde, a inscrição no RENNDA produz efeito decorridos quatro dias após a receção do impresso e após trinta dias recebe o seu cartão de identificação como não dador. Assim, à luz da lei atual, é inaceitável, sob o ponto de vista ético, a extração de órgãos para transplante, se o falecido tiver previamente declarado a sua indisponibilidade. Nestes casos, em que a colheita de órgãos é feita em cadáveres, continua-se a discutir o direito da família se recusar à colheita. Alguns autores defendem que assim pode não estar a ser feita a vontade real do cadáver, mas antes a sua vontade presumida. A lei não faz qualquer referência à família como passível de desempenhar um papel de expressão de vontades do falecido, exceto em caso de menores e pessoas incapazes. No entanto, as doações de órgãos de cadáveres só podem ser uma realidade tendo em conta a abordagem que os profissionais de saúde façam perante os familiares do falecido, caso este não tenha manifestado em vida a sua indisponibilidade para a doação de órgãos, pois perante a recusa da família o médico tende a respeitar essa vontade, não avançando com o processo (Barradas, 2010). Esta ideia está ainda errada para grande parte dos portugueses, uma vez que 128 (28,8%) do total dos respondentes responderam que os familiares mais próximos têm de dar permissão para que a doação ocorra.

Os respondentes desta amostra têm noção de que as listas de espera crescem em todo o mundo e é grande a quantidade de doentes que sofrem e morrem à espera de um órgão que possa salvá-los, tal como afirma Steiner (2004). Assim as questões *“Para a maioria dos órgãos, a necessidade por transplantes é maior do que a disponibilidade de órgãos”* e *“As pessoas na lista de espera para um transplante morrem todos os dias porque não há órgãos/tecidos suficientes”*, responderam positivamente 95,3% e 80,4% respetivamente. O número de pessoas que esperam por um órgão é em todo o mundo superior à oferta existente. Paralelamente a esta situação, em 2007 sabia-se que morriam dez europeus por dia em lista de espera para um transplante (Machado, 2009). No entanto, a atividade de transplante de órgãos e tecidos teve um importantíssimo aumento na última década e sabe-se hoje, que o sucesso do transplante depende da qualidade da assistência dos dadores no período crítico (Barradas, 2010).

A questão com maior percentagem de respostas erradas foi *“Qualquer pessoa é potencial dador de órgãos independentemente da idade ou condição médica”* com 72,3%. No entanto, em Portugal qualquer pessoa pode ser dadora, mesmo as mais

idosas ou com doenças crónicas. Existem poucas doenças que contraindicam a doação de órgãos e cada caso deverá ser avaliado individualmente (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR), 2017). A legislação portuguesa acerca da doação e transplantação de órgãos e tecidos baseia-se no consentimento presumido (no caso do dador cadáver) ao contrário de outros países onde o consentimento é informado e declarado. Este consentimento embora presumido deve ser livre e esclarecido, pois respeita a vontade do não dador, desde que este se manifeste junto do MS e se registre no RENNDA. Segundo a SPT (sd) qualquer pessoa, ao falecer, é um potencial dador de órgãos ou tecidos para transplante, desde que, em vida, não se tenha manifestado contra esta possibilidade, nomeadamente através de inscrição no RENNDA. No que respeita à idade, os dadores mais desejáveis são os que têm entre 15 e 55 anos, mas a idade é valorizada caso a caso, de acordo com o tipo de órgão a utilizar e com o conhecimento da história clínica do dador.

Para Traiber et al. (2006), existe uma atitude positiva da população mundial acerca da doação de órgãos e transplantes. No estudo efetuado verificou-se que existem diferenças significativas entre as atitudes e os conhecimentos dos portugueses face a doação e transplante de órgãos e tecidos, nomeadamente o facto de ser do sexo feminino, ser dador, ser recetor de órgão, ser profissional de saúde e estar inscrito no RENNDA. A idade aparece como um fator determinante na maioria dos estudos, sendo que pessoas com menos de 50 anos parecem ter atitude mais positiva sobre doação. Segundo os mesmos autores, a escolaridade também é um fator importante, sendo que pessoas com nível de escolaridade maior parecem ter uma melhor aceitação sobre doação de órgãos. O indivíduo contrário à doação de órgãos aparece em estudos como sendo: homem ou mulher com idade acima de 45 anos, com baixo nível educacional, que não entende ou não conhece o conceito de morte encefálica, que tem parceiro contra a doação de órgãos, que não é favorável à doação de sangue e tem medo da manipulação do corpo (cadáver) após a morte (Traiber et al., 2006).

Neste estudo verificámos ainda que a população tem atitudes favoráveis quanto à doação de órgãos e tecidos. Verifica-se que o valor médio das atitudes da população na questão *“Doaria um órgão para melhorar a qualidade de vida de um desconhecido”* é de 3,87 e na questão *“A doação de órgãos é um ato de solidariedade”* em média 4,04 dos respondentes concorda com esta afirmação, que está de encontro a ideia de Alencar e Centa (2006) de que a doação de órgãos e tecidos é vista pela sociedade, em geral,

como um ato de solidariedade e amor, mas também é um momento de extrema dor e angústia motivados pelo impacto da notícia da morte, o sentimento de perda, a interrupção inesperada de uma trajetória de vida. Tal como defende Aguiar et al. (2010), a doação de órgãos e tecidos é um ato de solidariedade por meio do qual os órgãos de uma pessoa são doados após a morte de um indivíduo ou um órgão par (ou parte de um órgão ímpar) é doado em vida para salvar outras vidas. A solidariedade implica um ato de reciprocidade e respeito, um sentimento moral vinculado às pessoas e à vida. A decisão de doar está relacionada a uma atitude de coragem e desprendimento da matéria (Lima, Silva & Pereira, 2009).

O valor médio das atitudes da população nas questões “*A doação de órgãos atribui um sentido positivo à morte*” e “*A doação de órgãos permite que algo positivo venha da morte de uma pessoa*” é de 3,56 e 3,96 respectivamente. Para Fonseca e Carvalho (2005), a doação está ligada a ideias relacionadas à vida. Vida como representação que agrupa noções de cura, de resgate da qualidade de vida por meio dos transplantes, que por sua vez só ocorrem com as doações. Segundo um estudo de Lima et al. (2009), sobre o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante um dos respondentes afirma que a:

“Doação de órgãos... é uma segunda vida. Esses pacientes que estão na fila do transplante esperando por um órgão para entrarem novamente na sociedade, (...) eu acho que a doação de órgãos tem um papel de importância para dar uma chance de vida para essas pessoas” (Lima et al., 2009, p.10).

A doação de órgãos após a morte envolve coragem, seguida por um sentimento de desprendimento da matéria. Para alguns, a doação pode possibilitar uma segunda oportunidade de vida, ou ainda, expressar significados controversos de vida e morte (Lima, et al., 2009). Na opinião da ex-Coordenadora Nacional das Unidades de Colheita de Órgãos, Tecidos e Células para Transplantação da ASST, Maria João Aguiar, a doação de órgãos ajuda a encarar o luto e a aceitar a morte de outra maneira ao pensar que naquele mesmo dia há alguém que vai viver graças aos órgãos do seu familiar (Machado, 2009).

Segundo Ríos et al., (2015) o conhecimento do conceito de morte cerebral é um fator classicamente relacionado à atitude em relação à doação de órgãos. Neste estudo em

média 3,69 dos respondentes tem atitude positiva relativamente ao diagnóstico de morte cerebral. No entanto, 58 dos 444 respondentes estão mal informados sobre a morte cerebral uma vez que acreditam que após o diagnóstico de morte cerebral é possível reverter essa condição.

A questão “*A doação de órgãos é consistente com os meus valores e crenças morais*” responderam positivamente em média 4,06 dos respondentes, demonstrando que a população tem uma atitude favorável a doação de órgãos e tecidos. No estudo efetuado em adolescentes no Brasil, foram identificadas crenças positivas em relação à doação de órgãos demonstrando intenção positiva dos adolescentes quanto ao ato de doar órgãos, originadas principalmente de fatores religiosos e de motivação altruísta. Já as crenças negativas menos favoráveis à doação de órgãos, estão relacionadas com a falta de discussão do tema com familiares, com o tráfico de órgãos, o medo de um falso diagnóstico de morte encefálica, e a convicção de que a doação não é algo que propicie uma sensação de paz e bem-estar. Estes dados, segundo os autores, evidenciam as crenças populares em que os maiores medos não são referentes às questões filosóficas ou espirituais, mas se devido ao facto de as pessoas desconhecerem os procedimentos que envolvem todo o processo de doação e transplante e acreditam em possibilidades fantasiosas (Moraes et al., 2006).

Vários estudos afirmam que é fundamental o investimento em formação nesta temática, nomeadamente através de programas formulados e desenvolvidos por profissionais de saúde (Freire et al., 2016). Por se tratar de matéria que envolve aspetos complexos na formação da intenção e do comportamento das pessoas, devem ser desenvolvidos estudos contínuos para um conhecimento mais aprofundado. Além disso, é necessário capacitar profissionais ligados à educação formal, em escolas, bem como os ligados à educação em saúde, para promover esclarecimentos e debates sobre transplantes e doação de órgãos, proporcionando às pessoas condições para uma tomada de decisão consciente (Moraes et al., 2006).

Como limitações do nosso estudo, identificamos o facto de se tratar de um estudo correlacional e, como tal, não poderem ser estabelecidas relações causais. Por outro lado a dimensão da amostra é relativamente pequena e, portanto, a generalização a outras organizações deverá ser limitada, admite-se que ao estudar outra amostra poder-se-á

encontrar divergências, pois a mesma escala aplicada a outra amostra ou em circunstâncias diferentes, poderá fornecer resultados diferentes (Moreira, 2009).

Identificamos também ainda como limitação, a escassa literatura existente em Portugal sobre este tema e a calendarização de algumas fases pelo tempo de espera das autorizações, que delimitaram o avanço do estudo.

A construção do questionário foi um dos aspetos mais enriquecedores, ainda que reconhecemos algumas lacunas, uma vez que engloba variadas formas de viver este processo de doação.

Sentimos necessidade de alertar para o facto dos dados obtidos não poderem ser extrapolados para a população em geral, mas podem ser utilizados no contexto em que a investigação foi realizada.

Tendo presente os resultados obtidos pensamos ser fundamental intervir na formação sistemática de toda a população, principalmente nas áreas ético-legais; promover sessões de esclarecimento e apoio aos familiares de dadores e recetores; estimular a existência de programas de educação para saúde para os profissionais de saúde e população em geral; promover programas para influenciar e envolver as políticas hospitalares.

Esperamos que este estudo faça refletir e consciencializar toda a população, uma vez que todos estamos envolvidos no processo de doação e transplantação, como também alertar para a responsabilidade das organizações para com a melhoria da educação para a saúde.

## CONCLUSÃO

Através da elaboração deste trabalho de investigação foi possível refletir sobre a temática em estudo, bem como todo o processo fundamental para partir para um estudo de investigação. O exercício profissional na área de enfermagem implica uma busca constante de novos conhecimentos e técnicas que permitem a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Este estudo tornou-se importante pela carência, na realidade portuguesa, de instrumentos capazes de avaliar as perceções da população sobre a doação e transplante de órgãos e tecidos em Portugal. Com a elaboração deste trabalho foi possível verificar que em Portugal é praticamente inexistente material de investigação sobre este tema, existindo muita informação sobre as atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, mas praticamente inexistente acerca das perceções da população em geral, pelo que foi considerado pertinente a realização deste estudo. A revisão bibliográfica efetuada permitiu uma maior perceção sobre o tema e contribuiu para delimitação do intuito do estudo e para a definição de objetivos.

O desenvolvimento da transplantação transformou um procedimento experimental e arriscado num procedimento de rotina e habitual nos nossos Hospitais, tornando visível o problema da escassez de órgãos. A forma como a Sociedade tenta resolver o problema da escassez de órgãos é um dilema que deve ser discutido por todos os seus elementos, nomeadamente, os profissionais de saúde, o legislador, os doentes e seus representantes em especial e o cidadão comum em geral. Estando legalmente definido em Portugal que todos somos potenciais dadores de órgãos é essencial que o legislador cumpra o seu dever de informar de forma eficaz todos os cidadãos deste facto, para que todos tenham possibilidade de decidir se querem ou não ser dadores.

Relativamente aos resultados obtidos neste estudo, parece-nos importante evidenciar as principais conclusões. Estas emergem da análise e interpretação dos dados, das hipóteses formuladas, dos objetivos propostos e do enquadramento teórico estruturante da pesquisa. Como se pode verificar pelos dados obtidos no trabalho, a maioria dos

participantes concorda com a doação de órgãos e tecidos, sendo que 81,6% afirma ter intenção de doar os seus órgãos ou tecidos, apesar da maioria reconhecer que ainda não falaram com a família sobre esta temática. Uma pequena minoria refere estar inscrita no RENNDA. A amostra é maioritariamente feminina, com média de idade 35 anos, da área profissional não ligada a saúde e a maioria refere ser detentor de Licenciatura. A maioria não tem contacto com a doação de órgãos e tecidos, uma vez que não foi dador nem recetor de órgãos ou tecidos e a maioria também refere que não tem na família casos de doação de órgãos ou tecidos, nem durante a vida nem após a morte. Em relação aos níveis de conhecimento, estes são suficientes, podemos afirmar que a população está informada sobre o tema. No entanto há ainda muitas dúvidas e informações erradas, bem como o desconhecimento a nível legislativo. Muitos acreditam que após o diagnóstico de morte cerebral é possível reverter essa condição, bem como afirmam que não existe morte enquanto existir batimentos cardíacos, demonstrando as lacunas no conhecimento da população. A amostra apresenta atitudes positivas sobre a doação e transplante de órgãos, sendo estas mais assertivas quando relacionadas com a colheita de órgãos e com o transplante e menos assertivas quando relacionadas com a certificação de morte cerebral e com a manipulação do cadáver. As mulheres e os profissionais de saúde são aqueles com atitudes mais positivas face a doação e transplante de órgãos e tecidos.

O transplante de órgãos é, atualmente, a única forma de minorar o sofrimento de milhares de pessoas que sofrem de doenças crónicas, geralmente incapacitantes e, muitas vezes mortais. Ao longo de todo este processo é essencial perceber os sentimentos e atitudes da população para a elaboração de programas educativos eficazes sobre as particularidades da morte cerebral, doação de órgãos e transplantes. Existem sobre estes temas mitos e crenças que com a respetiva informação e desmistificação poderão ser esclarecidos, levando a uma decisão consciente e informada, sendo fundamental a pessoa estar informada para optar. Com a realização do trabalho de investigação houve a oportunidade de perceber os conhecimentos e sentimentos da população relativamente à questão em estudo sendo fundamental sensibilizar a população através de campanhas de formação e informação sobre a doação de órgãos em Portugal. Para além de ser necessário, é um dever fundamental de todos os enfermeiros, e especialmente dos enfermeiros especialistas, adotar as medidas necessárias para que seja assegurado o direito dos utentes à sua autonomia,

transmitindo-lhes de forma adequada os conhecimentos necessários à obtenção do seu consentimento informado, livre e esclarecido, devendo para isso ser informados, formados e esclarecidos de forma regular e sistemática sobre todos os procedimentos que têm de realizar para livremente manifestarem a sua vontade de serem ou não doadores de órgãos e tecidos.

Apesar de todas as dificuldades sentidas na realização deste estudo a sua elaboração permitiu identificar alguns dos fatores que condicionam o acesso da população ao conhecimento e, ao mesmo tempo, conhecer o sentimento da população estudada acerca da utilização de órgãos para transplantação.

Este trabalho pretende ser um pequeno contributo para uma discussão mais alargada, que faça refletir e consciencializar todos os envolvidos no processo de transplantação, bem como alertar para a necessidade de melhoria da educação para a saúde nesta temática.

Para terminar, subscreve-se o lema da Sociedade Europeia da Transplantação: *“Don’t take your organs to heaven. Heaven knows we need them here”* (Almeida, 2012).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar M.; Araújo T.; Cavalcante M.; Chaves E. & Rolim I. (2010). *Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no Estado do Ceará*. Revista Mineira de Enfermagem. Nr. 14. Pp: 353-360. Acedido em 16 de Abril de 2018 em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/126>

Alencar, S. & Centa, M. (2006). *Doação de órgãos e tecidos: a vivência dos familiares de crianças e adolescentes doadores*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Acedido em 28 de Março de 2018 em [https://www.researchgate.net/publication/26978188\\_Doacao\\_de\\_orgaos\\_e\\_tecidos\\_a\\_vivencia\\_dos\\_familiares\\_de\\_crianças\\_e\\_adolescentes\\_doadores](https://www.researchgate.net/publication/26978188_Doacao_de_orgaos_e_tecidos_a_vivencia_dos_familiares_de_crianças_e_adolescentes_doadores)

Almeida, F. (2012). *Revisitar a transplantação de órgãos - manipulação ou doação da vida?* Revista Portuguesa de Bioética, 16, 81-91.

Almeida, L. & Freire, T. (2008) *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Almeida, L.S. & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT

Almeida, R.; Lopes, M.; Rocha, N.; Coutinho, P. & Alves, D. (1998). *Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral*. Acta Médica Portuguesa 11, 91-95.

Amorim, T. (2013). *Aspectos Éticos na doação de órgãos: Percepção dos familiares de pacientes com morte encefálica*. Dissertação de Mestrado Para obtenção do grau de Mestre. Escola Superior de Teologia. São Leopoldo. Acedido em 28 de Março de 2018 em [http://tede.est.edu.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=461](http://tede.est.edu.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=461)

Andreu, J. & Torregrosa, J.V. (1993). *La era de los trasplantes*. Medicina Clínica, 100, 32-34.

APIR (Janeiro 2017) *Doação e Transplantação de Órgãos e Tecidos*. Acedido em 13 de Fevereiro de 2018 em <https://www.apir.org.pt/>

Araújo, E. (2006). *Transplantes de Órgãos e Tecidos Humanos, e seus limites ético-jurídicos em defesa da dignidade da pessoa humana*. Dissertação de Mestrado em Direito. Unifio – Centro Universitário Fieo. Acedido em 15 de Maio de 2018 em [http://www.unifio.br/pdfs/diss\\_eliana\\_araujo.pdf](http://www.unifio.br/pdfs/diss_eliana_araujo.pdf)

ASST (2009). *Circular Normativa 16/GDG. Critérios de Exclusão de doação de órgãos*. Acedido em 20 de Abril de 2017, em [http://ipst.pt/files/circular\\_normativa\\_n16.pdf](http://ipst.pt/files/circular_normativa_n16.pdf)

Barcellos, F.; Araújo C. & Costa, J. *Organ donation: a population-based study*. Clin Transplant. Vol 19 (1). Pp 33-37. Acedido em 26 de Abril de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15659131>

Barcelos, M. R. D. (2009). *Integridade da pessoa: Fundamentação ética para a doação de órgãos e tecidos para transplantação*. Mestrado em Bioética apresentada na Universidade de Lisboa, Lisboa. Acedido em 3 de Maio de 2017 em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1043/1/18238\\_ulsd\\_dep.17667re\\_MRDBarcelos\\_Integridade\\_da\\_Pessoa.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1043/1/18238_ulsd_dep.17667re_MRDBarcelos_Integridade_da_Pessoa.pdf)

Barradas, J. F. G. (2010) *Atitudes dos enfermeiros perante a morte cerebral e transplantação de órgãos*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Especialização em Psicologia da Saúde. Faro. Acedido em 5 de Maio 2017, em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2076/1/Relatorio30-12.pdf>

Bartucci, M. R. (2003). *Intervenção em Pessoas com Transplantes de Órgãos / Tecidos*. In W.Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6.<sup>a</sup> ed., pp. 2501-2534). Loures: Lusociência.

Bilgel, H.; Sadikoglu, G.; Goktas, O.; Bilgel, N. (2003) *A survey of public attitudes towards organ donation in Turkish community and of the changes that have taken place in last 12 years*. Transplant International. Vol 17 (3). Pp. 126-130. Acedido em 13 de Fevereiro de 2018 em <https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2004.tb00416.x>

Cantwell, M. & Clifford, C. (2000). *English nursing and medical students' attitudes towards organ donation*. J Adv Nurs, 32(4). Pp 961-968. Acedido em 13 de Fevereiro em 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11095236>

Carneiro, A. (2008). *Cuidados Intensivos e cuidados paliativos*. In A.S. Carvalho (coord.), *Bioética e vulnerabilidade* (pp. 271-286). Coimbra: Almedina.

CNECV (2006). *Parecer sobre a proposta de Lei N.º 65/X (Alteração à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril - Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana)*. Presidência do Conselho de Ministros. Acedido em 2 de Maio de 2017, em [http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1339664472\\_P050\\_ParecerTransplantes.pdf](http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1339664472_P050_ParecerTransplantes.pdf)

Coelho, J.; Cilião, C.; Parolin, M.; Freitas, A.; ... Martone, D. (2007) *Opinião e Conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplante de órgãos*. Rev Assoc Med Bras. Vol 53(5). Pp 421-425. Acedido em 13 de Fevereiro de 2018 em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302007000500018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302007000500018&script=sci_abstract&tlng=pt)

Collins, T.J. (2004) *Organ and tissue donation: a survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU*. Intensive Crit Care Nurs. Vol 21(4). Pp 226-233. Acedido em 26 de Abril de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16039960>

Comissão Europeia (2003). *Human Organ Transplantation In Europe: An Overview*. Luxemborg. Acedido em 15 de Junho de 2017 em [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_threats/human\\_substance/documents/organ\\_survey.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_threats/human_substance/documents/organ_survey.pdf)

Comissão Nacional da UNESCO, Portugal. (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa: Comissão Nacional da UNESCO. Acedido em 28 de Março de 2018 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª edição). Coimbra. Almedina.

Cruz, J. (2004). *Morte Cerebral. Do conceito à Ética*. Lisboa: Climepsi Editores.

Daare, A., & Marshal, L. (1999). *Aspectos Culturais e Psicológicos do Transplante de Órgãos*. *Servir*, 43 (3). Pp 153-159.

DGS (2003). *Direção de Serviços de Planeamento Rede de Referência Hospitalar de Transplantação*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 8 de Julho de 2017 em [http://www.chlc.min.saude.pt/ResourcesUser/CHL/Redes\\_de\\_referenciacao/REDE\\_DE\\_REFERENCIACAO\\_DE\\_TRANSPLANTACAO.pdf](http://www.chlc.min.saude.pt/ResourcesUser/CHL/Redes_de_referenciacao/REDE_DE_REFERENCIACAO_DE_TRANSPLANTACAO.pdf)

DGS (2011). *Circular Normativa N°2/GDG. Dador VHC Positivos*. Lisboa. Direção Geral da Saúde. Acedido em 8 de Julho de 2017 em [http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/CircNorm2\\_2011.pdf](http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/CircNorm2_2011.pdf)

Dias, C., Ribeiro, A., Abelha, F., Duarte, F., Campos, M. M., & Carvalho, M. (2008). *Norma para Diagnóstico de Morte Cerebral*. Porto: Hospital São João.

Duque, C. (1999). *Atitudes & Comportamento*. Acedido em 18 de Abril de 2018 em <http://www.scribd.com/doc/2453422/Atitudes-e-Comportamento>

Erdogan, O. ; Yücecin,L.; Tunce, M.; Keçecioglu, N.; Gürkan, A.; Akaydin, M. & Yakupoğlu, G. (2002) *Attitudes and knowledge of Turkish physicians about organ donation and transplantation. Transplant Proc. Vol 34 (6)*. Acedido em 13 de Fevereiro de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12270293>

Faria, M. (2015). *Qual o envolvimento dos enfermeiros junto dos doentes transplantados e dadores de órgãos*. Projecto de investigação. Porto. Universidade Fernando Pessoa. Acedido em 20 de Abril de 2017 em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4821/1/PG\\_13582.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4821/1/PG_13582.pdf)

Fonseca, M. & Carvalho, A. (2005) *Fragmentos da Vida: Representações Sociais de Doação de Órgão do Pará Transplante*. *Interações estud. pesqui. psicol; São Paulo*. V. 10, n. 20. Pp. 85-108. Acedido em 13 de Fevereiro de 2018 em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-29072005000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072005000200007)

Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidata.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª edição). Loures: Lusodidacta.

Freire, I.; Gomes, A.; Silva, M.; Dantas, B.; Vasconcelos, Q. & Torres, G. (2016) *Aceitação e conhecimento de docentes de enfermagem sobre a doação de órgãos e tecidos*. Revista enfermagem UERJ. Rio de Janeiro. Acedido em 26 de Abril de 2018 em <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.15561>

Freire, I.; Oliveira de Mendonça, A.; Bessa, M.; Melo, G.; Costa, I. & Torres, G. (Outubro 2014). *Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos*. Enfermería Global. N°36. Pp. 194- 207. Acedido em 8 de Maio de 2018 em [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt\\_administracion1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt_administracion1.pdf)

Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos Métodos e Técnicas* (3ª edição). Lisboa: Instituto Piaget.

Gamito, C. (2008). *Visão actual e perspectiva para o futuro da Profª. Doutora Estela Monteiro sobre o Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia do Hospital de Santa Maria*. Acedido em 13 de Maio de 2017 em <http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/Divulgacao/Entrev.Prof.Estela.Monteiro.pdf>

Gauthier, B. (2003). *Investigação Social – Da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência

González, G. & Carrillo, A. (2008). *Mantenimiento del donante multiorgánico en muerte encefálica*. In P. Parrilla, P. Ramírez & A. Ríos (Eds.), *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos* (p. 149). Madrid: Arán Ediciones, S.L.

Guadagnoli, E.; Christiansen, C. DeJong, W. ... & Evanisko, M. (1999). *The public's willingness to discuss their preference for organ donation with family members*. Clin Transplant Vol 13. Pp 342. Acedido em 13 de Fevereiro de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10485377>

Guetti, N. R. & Marques, I. R. (Janeiro-Fevereiro, 2008) *Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte cerebral*. Revista Brasileira Enfermagem, 61 (1), p. 91-7. Acedido em 28 de Junho de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>

Hill, M.M. & Hill, A. (2009) *Investigação por questionário*. Lisboa. Edições Sílabo. <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+transplantacao.htm>

IPST (2014) *Operacionalização do programa de colheitas em doadores em paragem cardiopulmonar*. Acedido em 5 de Maio de 2017, em [http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/Paragem\\_Cardiocirculatoria.pdf](http://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/Paragem_Cardiocirculatoria.pdf)

IPST (sd). Acedido em 13 de Fevereiro de 2018 em [http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/DoacaoTrasplantação\\_1Semestre2018t.pdf](http://ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETRANSPLANTACAO/DoacaoTrasplantação_1Semestre2018t.pdf)

Johnson E.J. & Goldstein D. (Nov 2003). *Do defaults save lives?*. Science. Vol. 302 pp. 1338-1339. Acedido em 20 de Abril de 2018 em <https://ssrn.com/abstract=1324774>

Jornal Oficial da União Europeia (Março de 2004). *Directiva 2004/23/CE Do Parlamento Europeu E Do Conselho*. Acedido em 13 de Fevereiro de 2018 em [http://www.cnpma.org.pt/Docs/Legislacao\\_Directiva\\_2004\\_23\\_CE.pdf](http://www.cnpma.org.pt/Docs/Legislacao_Directiva_2004_23_CE.pdf)

Katsari, V. & Domeyer, P. (2015). *Giving Your Last Gift: A Study of the Knowledge, Attitude and Information of Greek Students Regarding Organ Donation*. *Ann Transplant*. Pp 373-380. Acedido em 5 de Maio de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26134493>

Kim, J.R.; Elliot, D. & Hyde, C. (2003). *Korean health professionals' attitudes and knowledge toward organ donation and transplantation*. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 41, Issue 3. Pp 299-307. Acedido em 13 de Fevereiro em 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14967187>

Lamb D. (2000). *Transplante de Órgãos e Ética*. Trad. Jorge Curbelo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Editora Hucitec.

Lima, A.; Silva, M. & Pereira, L. (2009). *Sofrimento e Contradição: O significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante*. N° 15. Acedido em 28 de Março de 2018 em [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt\\_clinical1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_clinical1.pdf)

Lima, C.; Batista A. & Barbosa, F. (Julho/ Setembro 2013) *Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica*. *Revista Eletrônica Enfermagem*. Acedido em 15 de Maio de 2018 em [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n3/pdf/v15n3a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a21.pdf)

Machado, V. (2009). *Doação de Órgãos: Em Luta pela Vida*. Obtido de Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação.

Macheta, M. & Portugal, A. (Setembro 2013) *Transplante e doação de órgãos e tecidos a partir de doadores vivos uma reflexão bioética* *Revista percursos* N°28 Acedido em 21 de Março de 2019 em [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9267/1/Revista%20Percursos%20n28\\_Transplante%20e%20Doação%20de%20Orgãos%20e%20Tecidos%20a%20Partir%20de%20Doadores%20Vivos%20-%20Uma%20reflexão%20bioética.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9267/1/Revista%20Percursos%20n28_Transplante%20e%20Doação%20de%20Orgãos%20e%20Tecidos%20a%20Partir%20de%20Doadores%20Vivos%20-%20Uma%20reflexão%20bioética.pdf)

Magalhães, R. A., Sanches, M. D. & Pereira, W. A. (2004). Doador. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (pp. 202-203). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Marín, J.M. (2008). Tipos de donantes de órganos y tejidos. In P. Parrilla, P. Ramírez, & A. Ríos, (Eds.), *Manual sobre Donación y Trasplante de Órganos* (p. 97-104). Madrid: Arán Ediciones, S.L.

Marinho, C. (2003). *Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre atitudes de médicos e enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, ISPA.

Matos, R. (10 a 12 de Maio de 2015) *XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva*. Jornal do Congresso. p. 10 e 11.

Ministério da Saúde (1993). Lei n.º 12/93 de 22 de Abril. *Diário da República n.º 94- I-A Série*. Assembleia da República. Acedido em 5 de Maio de 2017, em <http://portalcodgdh.minsaude.pt/images/4/4a/Lei12-93.pdf>

Ministério da Saúde (2013). Despacho n.º 14341/2013. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 215 — 6 de novembro de 2013. Acedido em 8 de Maio de 2018 em <https://dre.pt/application/conteudo/3313599>

Ministério da Saúde. (1994a). Decreto-Lei n.º 235/94 de 11 de Outubro, I Série - B — *Declaração da Ordem dos Médicos*. Lisboa.

Ministério da Saúde. (1994b). Decreto-Lei n.º 244/94 de 26 de Setembro — *Registo Nacional de Não dadores (RENDA)*. Lisboa.

Ministério da Saúde. (2007a). Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho — *Transpõe parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, alterando a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, relativa à colheita e transplantação de órgãos e tecidos de origem humana*. Lisboa. Acedido em 5 de Maio de 2017 em <http://data.dre.pt/eli/lei/22/2007/06/29/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde. (2007b). Decreto Regulamentar n.º 67/2007 de 29 de Maio — *Aprova a orgânica da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação*. Lisboa.

Moraes M.; Gallani M. & Meneghin P. (2006). *Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos*. Rev Esc Enferm. 40(4). Pp. 484-92. Acedido em 3 de Março de 2018 em <http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/280.pdf>

Moraes, E. L. & Massarollo, M. C. K. (2009). *Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores*. Acedido em 3 de Maio de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a03v22n2.pdf>

Morais, T. & Moraes, M. (Out/Dez 2012). *Doação de órgãos: é preciso educar para avançar*. Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 633-639. Acedido em 3 de Março de 2018 em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a15v36n95.pdf>

Mota, A. (1996). *Transplantação de órgãos. Actividade em Portugal e alguns aspectos históricos*. Acção Med, 2, 25-38.

Navarro, P. N., Rosales, R. L., Fuentes, M. B. & Fernández, B.B. (2006). *Manejo del politraumatizado como potencial donante de órganos*. In A.Q.

Neto, B. H. F. (Outubro de 2010) *A evolução dos transplantes no Brasil*. Newspt- Jornal do IX Congresso Luso Brasileiro de Transplantação. (2), p. 3. Acedido em 20 de Abril de 2017, em [http://www.spt.pt/download/NewSPT\\_Outubro\\_de\\_2010-20140113-174341.pdf](http://www.spt.pt/download/NewSPT_Outubro_de_2010-20140113-174341.pdf).

Nogueira, M.; Maciel, D.; Dias, J.; Martins, T.; Lins, M.; ...Sá, A. (Ago/Dez 2016) *Conhecimentos e posicionamentos de adolescentes sobre doação de órgãos antes e após uma ação educativa*. Revista Enfermagem Atenção Saúde. 5(2). Pp 57-72. Acedido em 18 de Abril de 2018 em <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1560>

Nogueira, M; Lins, M.; Martins, T.; Miranda, P.; Maciel, D. & Sá, A. (Abril/ Junho 2017). *The knowledge of undergraduatie teachers in nursing about donation of organs and tissues for transplantation*. Rev Enferm UFPI. Pp. 16-22. Acedido em 16 de Abril de 2018 em <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5819>

OMS (2002). *Saúde 21 - saúde para todos no século XXI*. Loures: Lusociência.

OMS (2009). *Global glossary of terms and definitions on Donation and Transplantation*. World Hearth Organization. Genebra. Acedido em 16 de Abril de 2018 em <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantatio n.pdf>

Pais Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Porto: Livpsic.

Pais Ribeiro, J. L. (2010) *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª ed. Porto: Legis Editora, 2010.

Patrício, M. (2013). *Notas sobre o regime legal dos transplantes em Portugal*. Revista do Instituto do Direito Brasileiro. Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Acedido em 20 de Junho de 2017 em [http://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/ridb/2013/04/2013\\_11\\_00000\\_Capa.pdf](http://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/ridb/2013/04/2013_11_00000_Capa.pdf)

Pereira, W. A., Filho, J. G., Chapchap, P., Filho, E.C. & Linhares Furtado, A.J. (2004). Transplante de fígado. In W. A. Pereira, (Eds.), *Manual de Transplantes de Órgãos e Tecidos* (p. 299). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Periz, L. A. & Sanmartín, E. F. (2004) *Historia del transplante de órganos. La enfermería y el transplante de órganos*. Espanha: Editorial Médica Panamerica.

Pessoa, J.; Schirmer J. & Roza, B. (2013). *Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos*. Acta Paul Enfem 26(4). Pp 323-330. Acedido em 28 de Março de 2018 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a05.pdf>

Pestana, M. & Gageiro, J. (2005) *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS* . 6ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo.

Pinto, P. (2014). *Cuidar na doação de órgãos: um percurso de aquisição de competências*. Nursing Magazine Digital. Acedido em 13 de Fevereiro de 2018 em <http://www.nursing.pt/cuidar-na-doacao-de-orgaos-um-percurso-de-aquisicao-de-competencias/>

Pita, F., & Carmona, C. (2004). *Morte Cerebral: Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo*. Acta Médica Portuguesa, 17, 70-75. Acedido em 10 de Julho de 2017 em <https://pdfs.semanticscholar.org/122d/b49da785b0526dda0d84e4d4b9b38676aa96.pdf>

Polít, D.F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre RS Brasil, Armed.

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2008) *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 2008. ISBN 9789726622758.

Reis, E.; Andrade, R.; Calapez, T. & Melo, P. (1996) *Estatística Aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo

Resende, M. (2008). *Doação Presumida de Órgãos - Uma Questão de Autonomia*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Bioética. Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em 3 de Maio de 2017 em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21969/2/Doao%20Presumida%20de%20rgos%20%20Um%20Questo%20de%20Autonomia.pdf>

Ríos, A.; López-Navas, A.; Navalón, A.; Martínez-Alarcón, L.; ... Parrilla, P. (2015) *The Latin American population in Spain and organ donation. Attitude toward deceased organ donation and organ donation rates*. Transplant International. 28. Pp 437-447. Acedido em 26 de Abril de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25557362>

Robalo, R. (2016). *Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação neurocrítica, potencial dadora de órgãos/tecidos*. Relatório de Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Setúbal. Acedido em 13 de Fevereiro de 2018 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14348/1/relatorio%20final.pdf>

Rodrigues, T.; Moura, L.; Gomes,R.; Sousa, M.; Cardoso de Sousa, P. & Lago, E. (2014) *Doação de órgãos: percepção das famílias com pacientes internados em hospitais gerais*. Revista Interdisciplinar. V. 7, n. 1. Pp. 152-161. Acedido em 5 de Maio de 2018 em [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/257/pdf\\_105](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/257/pdf_105)

Rudge C, Matesanz R, Delmonico FL & Chapman J (2012). *International practices of organ donation*. Br J Anaesth. 108 Suppl 1:i48-55. Acedido em 28 de Junho de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22194431>

Rumsey, S., Hurford, D. P., & Cole, A. K. (2003). *Influence of knowledge and religiousness on attitudes toward organ donation*. Transplantation Proceedings. Pp 2845-2850. Acedido em 5 de Maio de 2018 em <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2003.10.078>

Sharp T. (2009). *The impact of trust study days on organ and tissue donation among critical care staff*. Journal of Intensive Care Society Nr.10. pp 189-196. Acedido em 8 de Maio de 2018 em <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/175114370901000308>

Silva, D. (2010) *Perfil do dador de órgãos e suas implicações medicolegais*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal. Acedido em 20 de Abril de 2017, em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26909/2/TeseDonziliaSilva.pdf>.

Soares, L. M. D.; Leite, R. G. & Rocha, F. C. V. (2015). *Conhecimento dos graduandos de uma instituição de ensino superior sobre a doação de órgãos*. Revista Interdisciplinar. V. 8, n. 2. Pp. 158-168. Acedido em 5 de Maio de 2018 em <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/505>

Sociedade Portuguesa de Transplantação (sd). Dador Cadáver. Acedido em 1 de Maio de 2018 em <http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-23.php>

Sociedade Portuguesa de Transplantação. (sd). Dador Vivo. Acedido em <http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-21.php>

Soffker, G.; Bhattarai M.; Welte T.; Quintel M. & Kluge, S. (Fevereiro de 2014) *Attitude of intensive care specialists toward deceased organ donation in Germany*. Results of a questionnaire at the 12th Congress of the German Interdisciplinary Association of Intensive and Emergency Medicine. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 109 (1), p. 41-7. Acedido em 6 de Julho de 2017, em <http://europepmc.org/abstract/MED/23868520>

Sousa, A. (2012). *Transplantes a Partir de Dadores Vivos - Aspetos Jurídico – Penais*. Dissertação de Mestrado em Direito Criminal. Porto. Acedido em 20 de Abril de 2017 em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9725/1/Transplantes%20a%20Partir%20de%20Dadores%20Vivos%20-%20Aspetos%20Jur%3%ADdico%20-%20Penais.pdf>

Souza, A. T. S.; Freire, V. S.; Silva, A. J. S.; Medeiros, M. C. A.; Vasconcelos, F. M. & Ponte, M. A. V. (Julho/Agosto Setembro 2014). *A atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos*. Revista Interdisciplinar. Volume 7, nº 3, p. 138-148. Acedido em 26 de Abril de 2018 em [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/461/pdf\\_147](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/461/pdf_147)

Steinbrook R. (2007). *Organ Donation after Cardiac Death*. N Engl J Med; N 357 pp. 209-213. Acedido em 28 de Março de 2018 em <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp078066>

Steiner, P. (2004) *A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias*. Tempo Social. São Paulo, vol. 16, n.2. Pp. 102-128. Acedido em 26 de Abril de 2018 em <http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/12438/14215>

Topbas, M. (2005). *Outmoded attitudes toward organ donation among Turkish health care professionals*. Transplantation Proceedings. Vol 37. Pp 1998:2000. Acedido em 26 de Abril de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15964322>

TPM Educational Project (Novembro de 2007) *Programa avançado em Coordenação de Doação/Transplantação- Manual. IL3*. Universitat de Barcelona. ISBN: 978-84-612-0565-3.

Traiber, C. & Lopes, M.H. (Out./Dez 2006). *Educação para doação de órgãos*. Scientia Medica, Porto Alegre: Vol. 16, n. 4.

Vicente, A. (2014). *Análise comparativa dos sistemas de colheitas de órgãos para transplantação humana: a realidade de vários países*. Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedido em 21 de Junho de 2017 em [https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=32715](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=32715)

Vilelas, J. (2009) – *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

**ANEXOS**

## **ANEXO I**

Questionário

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Está a ser convidado(a) como voluntário(a) a participar num estudo intitulado “*Atitudes e conhecimentos da população adulta portuguesa sobre recolha e doação de órgãos*”, no âmbito da dissertação de Mestrado inserido no Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria sob orientação da Prof Maria Anjos Dixe. Este estudo tem como objetivos conhecer o nível de conhecimentos e atitudes da população adulta portuguesa face a recolha e doação de órgãos, assim como conhecer a intenção da população em ser dador e recetor de órgãos e tecidos e relacionar as atitudes da população portuguesa face a recolha e doação de órgãos com os seus conhecimentos sobre o referido tema.

Este estudo permitirá conhecer as necessidades de esclarecimento e sensibilização da população para a temática em estudo.

**Participação do estudo** – A sua participação no referido estudo será de responder um questionário online desenvolvido pelos autores do estudo, onde levará o tempo médio de quinze (15) minutos. Poderá responder em qualquer lugar que tenha acesso a internet.

**Condições e financiamento** – O estudo não é financiado e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação.

O estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética

**Confidencialidade e anonimato** – Será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados e serão utilizados exclusivamente para o presente estudo. Os investigadores responsabilizam-se pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a exposição indevida dos dados do estudo.

**Autonomia** – É assegurado o esclarecimento durante o preenchimento do questionário através do contacto disponibilizado ([anafilipacardoso@hotmail.com](mailto:anafilipacardoso@hotmail.com))

A participação no estudo não traz riscos. Pode recusar participar no estudo, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e, por desejar sair da pesquisa, sem qualquer consequência

**Contatos –**

**Pesquisador Principal:** [manjos.dixe@gmail.com](mailto:manjos.dixe@gmail.com)

**Pesquisador:** [anafilipacardoso@hotmail.com](mailto:anafilipacardoso@hotmail.com)

Depois de ler o texto introdutório, considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, respondendo a este Questionário Eletrônico.

## INSTRUMENTO

### I - Caracterização da amostra

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masculino  Feminino

3. Profissão: \_\_\_\_\_

4. Escolaridade:

Ensino Básico

Ensino Secundário

Licenciatura

Mestrado

5. Já foi dador de órgãos ou tecidos? Sim  Não

6. Já recebeu um órgão ou tecido doado? Sim  Não

7. Algum membro da sua família já foi dador de órgãos ou tecidos, tanto durante a vida como após a morte? Sim  Não

8. Algum membro da sua família já recebeu um órgão ou tecido doado? Sim  Não

9. Já falou com a família sobre a intenção de doar os seus órgãos? Sim  Não

10. Que órgãos não aceitaria doar? \_\_\_\_\_

11. Sabe o que é o Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA)?  Sim  Não

12. Está inscrito no RENNDADA? Si  Não

13. Tem intenção de doar os seus órgãos ou tecidos? Sim  Não

13.1. Se respondeu Não porquê? (assinale uma ou mais opções)

Nenhuma razão em particular

Não pensei sobre / indeciso

Precisa de mais informações / uma melhor compreensão

Não tenho boa saúde

Sinto-me velho demais para doar

Não confio nos médicos

Não sei

Outros

13.2. Se respondeu Sim porquê?

Para salvar a vida ou ajudar outros que precisam

Não vou mais precisar deles

Outro

II – Conhecimentos sobre doação e transplante de órgãos e tecidos

A seguir encontra várias afirmações. Assinale para cada uma se, na sua opinião, é verdade ou falsa

Afirmações	V	F
Para a maioria dos órgãos, a necessidade por transplantes é maior do que a disponibilidade de órgãos		
As pessoas na lista de espera para um transplante morrem todos os dias porque não há órgãos/tecidos suficientes		
A doação de órgãos e tecidos desfigura o corpo não sendo possível um funeral de caixão aberto		
É possível doar órgãos entre pessoas vivas		
A doação de órgãos é obrigatória em Portugal		
Todos nós somos potenciais dadores pós morte		
A lei portuguesa permite a compra de órgãos		
A lei portuguesa permite a venda de órgãos		
Em Portugal considera-se dador todo aquele que não tiver registado o desejo de não ser dador no Registo Nacional de não Dadores		
Em Portugal existem três tipos de dadores de órgãos e tecidos: Vivo, morto em morte cerebral e morto com o coração parado		
Em Portugal para ser dador de órgãos tenho de efetuar registo no RENNDA		
O registo no RENNDA é efetuado no Centro de Saúde		
No RENNDA pode especificar quais os órgãos e tecidos que quer doar		
Os familiares mais próximos têm de dar permissão para que a doação ocorra		
Uma vez inscrito no RENNDA não pode mudar de ideias sobre a doação de órgãos		
Todos os não dadores têm um cartão de identificação		
Os menores podem ser dadores se não houver nenhum dador		

capaz compatível; o receptor ser irmão ou irmã do dador e a dádiva ser necessária à preservação da vida do receptor		
Qualquer pessoa pode decidir ser dador de órgãos independentemente da idade ou condição médica		
Se estiver inscrito como Não Dador não poderei receber órgãos em caso de necessidade de transplante		
Inscrever-se no RENNDA não mudará o tratamento médico que recebo em caso de necessidade		
A morte cerebral ocorre quando não existe fluxo sanguíneo para o cérebro e este perde as suas funções		
É considerado dador vivo qualquer pessoa maior de idade, capacitada, que queira doar um órgão para um parente ou cônjuge		
Pode fazer-se colheita de órgãos para transplante num recém-nascido morto		
Não existe morte enquanto existir batimentos cardíacos		
Após o diagnóstico de morte cerebral é possível reverter essa condição		
Quem já recebeu transfusão sanguínea não pode ser dador de órgãos		
Quem tem doenças crónicas pode ser dador de órgãos		
São proibidas a dádiva e a colheita de órgãos ou de tecidos quando envolvam menores ou outros incapazes de tomar a decisão.		
A dádiva e a colheita de órgãos ou tecidos, que envolvam estrangeiros sem residência permanente em Portugal não pode ser efetuada.		

### III – Atitudes sobre doação e transplante de órgãos e tecidos

A seguir encontra várias afirmações. Assinale para cada uma o seu nível de concordância.

	Não Concordo	Concordo Pouco	Não tenho opinião	Concordo	Concordo Muito
1.A população está mal informada sobre o processo de doação de órgãos em Portugal					
2.Doaria um órgão para melhorar a qualidade de vida de um desconhecido					

3.A doação de órgãos atribui um sentido positivo à morte					
4.Estou disponível para doar órgãos após a minha morte					
5.Se a minha vida estivesse em perigo eu aceitava um transplante de órgão					
6.Todas as pessoas devem ser dadoras de órgãos e tecidos					
7.É importante discutir os desejos após morte com minha família					
8.A doação de órgãos é uma prática segura e efetiva					
9.A doação de órgãos é consistente com os meus valores e crenças morais					
10.A doação de órgãos permite que algo positivo venha da morte de uma pessoa					
11.A maioria das pessoas que recebem transplantes ganha anos de vida					
12.Confio no diagnóstico de morte cerebral					
13.Ninguém deveria opor-se à doação de órgãos, uma vez que após a morte os órgãos não têm utilidade					
14.A doação de órgãos é um ato de solidariedade					
15. Ser dador de órgãos é parte da minha responsabilidade para com a sociedade					

## **ANEXO II**

Parecer de autorização da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria para a aplicação do questionário

COMISSÃO DE ÉTICA DO IPLEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/16/2018

Data: 22/06/2018

Título do estudo – “Atitudes e conhecimentos da população adulta sobre recolha e doação de órgãos e tecidos.”

Nome do (s) proponente (s): Ana Filipa Cardoso e Maria Anjos Dixe

O estudo pretende fazer um diagnóstico acerca da forma como a população, com mais de 18 anos, se relaciona com a prática da doação e transplante de órgãos e tem como objetivos:

1. Conhecer o nível de conhecimentos e atitudes da população adulta portuguesa face à recolha e doação de órgãos e tecidos,
2. Conhecer a história de doação e de transplante de órgãos e tecidos da população portuguesa assim como a sua intenção de ser dador e recetor,
3. Relacionar as atitudes da população portuguesa face à recolha e doação de órgãos e tecidos com os seus conhecimentos sobre a recolha e doação de órgãos e tecidos.

A técnica de amostragem é não probabilística sendo que o recrutamento da mesma é realizado através das redes sociais com a inclusão de perguntas-filtro para permitir um melhor rastreio da população-alvo.

É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes, havendo um documento de consentimento livre informado que chegará aos participantes no momento prévio ao preenchimento do questionário on-line. Também estão garantidos os pressupostos de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Não estão previstos custos nem danos para os participantes.

Pelo exposto, o parecer da Comissão de Ética do IPLeiria é favorável ao estudo, sendo que este não dispensa a autorização formal da instituição a partir de onde as bases são usadas para colocar o link à disposição.

P'la CE

*Cláudia Lopes*

1

