UNIVERSIDADE DO PORTO

Faculdade de Medicina

Doação Presumida de Órgãos - Uma Questão de Autonomia

Manuel da Silva Resende

2008

UNIVERSIDADE DO PORTO

Faculdade de Medicina

Manuel da Silva Resende

Doação Presumida de Órgãos – Uma Questão de Autonomia

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Bioética apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto pelo Licenciado Manuel da Silva Resende, sob orientação do Professor Doutor José Henrique Silveira de Brito e da Professora Maria de Fátima Moreira Lopes Ferreira.

Porto

2008

"Vou como um marinheiro
andarilho navegante
olhar estrangeiro
pela encosta da serra
pela beira do penhasco
vou como fui primeiro
como fui antes
vou como irei depois
ou agora pouco importa
vou e vou inteiro
de alma e corpo
para diante"
"Do Caminho"
Luís Tobias

AGRADECIMENTOS:

Desejo agradecer:

Aos professores do IV Curso de Mestrado em Bioética pelo muito que recebi em ensinamentos.

Ao Director do Centro de Saúde de Ovar, cuja autorização tornou possível a colheita de dados

Aos utentes do Centro de Saúde de Ovar que aceitaram participar no estudo

Ao Professor Doutor José Henrique Silveira de Brito e à Professora Maria de Fátima Moreira Lopes Ferreira um agradecimento muito especial, pelo incentivo, orientação e observações pertinentes, sem as quais seria impossível a realização deste trabalho.

RESUMO:

As inovações tecnológicas no campo das ciências médicas e o seu enorme poder de intervenção sobre a vida e natureza humanas colocam-nos cada vez mais perante problemas ético-legais que nos obrigam a profundas reflexões sobre o modo de os equacionar, as decisões a tomar e suas consequências para as quais a sociedade em geral, e os profissionais de saúde em particular, não estão preparados.

Em Portugal à semelhança do verificado noutros países, a generalização dos transplantes de órgãos de cadáver teve como resultado o problema da escassez dos mesmos, o que levou ao aparecimento de legislação a instituir a doação presumida de órgãos que pelas suas características e âmbito de aplicação, criou dilemas éticos de difícil resolução como a socialização do cadáver e o respeito pela autodeterminação e autonomia dos indivíduos.

Com este trabalho pretendemos determinar se a lei que instituiu a doação presumida de órgãos em Portugal respeita ou não a autonomia dos indivíduos.

Foi realizado um estudo exploratório analítico. A população abrangida pelo estudo é formada por todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes no Conselho de Ovar. A amostra foi constituída por cem utentes do Centro de Saúde de Ovar.

Verificamos pela análise dos dados recolhidos que, apesar de a generalidade dos utentes concordar com a utilização de órgãos de cadáver para transplante, desconheciam a legislação em vigor, não possuíam a informação necessária para poderem efectuar de forma consciente a opção de serem ou não dadores, pelo que neste contexto pensamos poder afirmar que a lei é paternalista e não respeita o principio ético da autonomia.

SIGLAS

Cf. – Conforme
CNECV – Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida
Coord. – Coordenação
Fa – Frequência Absoluta
fx – Frequência Relativa
INE – Instituto Nacional de Estatística
nº – número
Ns/Nr – Não sabe / Não responde
pág. – Página
RENNDA – Registo Nacional de Não Dadores
UCP – Universidade Católica Portuguesa
Vol. – Volume

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO **12**
1- ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE UM BEM ESCASSO **15**
2- ASPECTOS LEGAIS – REALIDADE PORTUGUESA **19**
3- CONCEITO DE PESSOA **28**
4- QUANDO DEIXO DE SER PESSOA? **38**
5- AUTONOMIA **44**
6 - CONSENTIMENTO/ DOAÇÃO PRESUMIDA **50**
7- METODOLOGIA **57**
7.1 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 57
7.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA 58
7.3 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS 59
7.4 - METODOLOGIA DA ANÁLISE DOS DADOS 60
8 - ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS **61**
8.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 61
8.2 – RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO 67
8.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 91
CONCLUSÃO **97**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **99**
ANEXOS **109**
ANEXO I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA COLHEITA DE DADOS 110
ANEXO II - QUESTIONÁRIO 112

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos utentes segundo a Idade 61
Quadro 2 - Distribuição dos utentes segundo o Sexo..... 62
Quadro 3 – Distribuição do Sexo dos utentes de acordo com a Idade . 63
Quadro 4 – Distribuição dos utentes segundo as Habilitações Académicas 64
Quadro 5 – Distribuição das Habilitações Académicas dos utentes de acordo com o Sexo..... 65
Quadro 6 – Distribuição dos utentes de acordo com a Religião 66
Quadro 7 – Quem deve decidir? 67
Quadro 8 -Quem deve decidir/ Idade 68
Quadro 9 -Quem deve decidir/ Sexo..... 69
Quadro 10 -Quem deve decidir/ Habilitações Académicas..... 69
Quadro 11 -Como considera o corpo de alguém já falecido? 70
Quadro 12 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Idade.... 72
Quadro 13 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Sexo 74
Quadro 14 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Habilitações Académicas 75
Quadro 15 -Relação das respostas da questão número 1 com as respostas á questão número 2 76
Quadro 16 -Concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplante como forma de tratamento? 78
Quadro 17 -Tem ou teve um familiar ou amigo que necessitasse de um transplante de órgãos?..... 80
Quadro 18 – Respostas dadas á questão número 3 pelos utentes que responderam afirmativamente á questão número 4..... 81
Quadro 19 -Conhece a legislação sobre a colheita e transplantação de órgãos em Portugal? 83
Quadro 20 -Na sua opinião a informação disponível é:..... 84
Quadro 21 -Como obteve a informação?..... 85
Quadro 22-È dador de órgãos? 87
Quadro 23 -Como procedeu? 88

Quadro 24 – Procedimento dos utentes relativamente ao facto de serem ou não dadores 89
Quadro 25 – Dadores involuntários 90

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos utentes segundo a Idade 61
Gráfico 2 - Distribuição dos utentes segundo o Sexo 62
Gráfico 3 - Distribuição do Sexo dos utentes de acordo com a Idade .. 63
Gráfico 4 - Distribuição dos utentes segundo as Habilitações Académicas 64
Gráfico 5 - Distribuição das Habilitações Académicas dos utentes de acordo com o Sexo 65
Gráfico 6 - Distribuição dos utentes de acordo com a Religião 66
Gráfico 7 -Quem deve decidir? 67
Gráfico 8 -Quem deve decidir/ Idade 68
Gráfico 9 -Quem deve decidir/ Sexo 69
Gráfico 10 -Quem deve decidir/ Habilitações Académicas 70
Gráfico 11 -Como considera o corpo de alguém já falecido? 71
Gráfico 12 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Idade 73
Gráfico 13 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Sexo 74
Gráfico 14 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Habilitações Académicas 75
Gráfico 15 -Relação das respostas da questão número 1 com as respostas á questão número 2 77
Gráfico 16 - Concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplante como forma de tratamento? 79
Gráfico 17 -Tem ou teve um familiar ou amigo que necessitasse de um transplante de órgãos? 81
Gráfico 18– Respostas dadas á questão número 3 pelos utentes que responderam afirmativamente á questão número 4 82
Gráfico 19 -Conhece a legislação sobre a colheita e transplantação de órgãos em Portugal? 83
Gráfico 20-Na sua opinião a informação disponível é: 84
Gráfico 21 -Como obteve a informação? 86
Gráfico 22-È dador de órgãos? 87
Gráfico 23 -Como procedeu? 88

Gráfico 24 – Procedimento dos utentes relativamente ao facto de serem ou não dadores..... 89

INTRODUÇÃO

As inovações tecnológicas verificadas nas últimas décadas no campo das ciências biomédicas comportam um enorme poder de intervenção sobre a vida e natureza humanas colocando-nos problemas ético-legais que obrigam a profunda reflexão "bioética" em relação às consequências que daí advêm e exigem decisões para as quais a sociedade em geral e os profissionais de saúde, em particular, não estão preparados.

A discussão e a reflexão sobre o comportamento ético na área da saúde não devem ser encaradas como sendo limitadas à esfera dos interesses e relações meramente individuais; pelo contrário devem ser desenvolvidas e compreendidas num contexto de responsabilidade civil e dos direitos da cidadania. Por afectarem o indivíduo e a sociedade em que este se insere, cada decisão, procedimento ou acção desenvolvida na área dos cuidados de saúde envolve diversos princípios e valores por vezes conflituantes, podendo resultar em dilemas éticos como, por exemplo, nas questões relacionadas com a manipulação genética, tratamento da infertilidade e transplante de órgãos.

O tema que iremos abordar neste trabalho é "Doação Presumida de Órgãos – Uma Questão de Autonomia."

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 e a generalização dos procedimentos de transplantação de órgãos como forma de tratamento, o que originou uma cada vez maior escassez de órgãos disponíveis para transplantação e a consequente valorização do *hardware* humano que, com a adopção de medidas e legislações

específicas para aumentar o número de órgãos disponíveis, originou novos desafios e agudizou problemas éticos já existentes.

Aceitando como princípios éticos básicos a autonomia, a beneficência/ não maleficência e a justiça, escolhemos para este trabalho fazer incidir a nossa reflexão essencialmente sobre alguns aspectos relacionados com a autonomia e a colheita de órgãos em Portugal, tendo como objectivos:

1. Identificar e compreender o sentimento geral da População Portuguesa relativamente à problemática da colheita e transplantação de órgãos de cadáver.
2. Determinar o nível de conhecimentos da População Portuguesa relativamente à legislação que regulamenta a colheita e transplantação de órgãos de cadáver em Portugal.

Com a elaboração deste trabalho pretendemos responder as seguintes questões de investigação:

1. A população concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplantes?
2. A população possui conhecimentos relativamente à legislação em vigor que lhe permita efectuar opções de forma consciente?

Para a realização deste trabalho, optamos por realizar um estudo exploratório analítico porque, para além de pretendermos conhecer a realidade, também se pretendeu compreender os motivos que estão subjacentes a essa mesma realidade.

A população abrangida pelo estudo é constituída pelos cidadãos nacionais, apátridas ou estrangeiros residentes no Concelho de Ovar, Portugal.

Na elaboração do trabalho optamos por fazer inicialmente uma breve resenha histórica da transplantação de órgãos no Mundo e em Portugal, contextualizamos a questão da transplantação de órgãos em Portugal, recorrendo para isso à legislação nacional. Posteriormente definimos o conceito de Pessoa, recorrendo para isso a vários autores como Boécio, Kant, Pedro Laín Entralgo, e a legislação nacional, a que

se seguiu a abordagem da questão sempre actual "Quando deixo de ser pessoa?", concluímos a fundamentação teórica do trabalho, definindo o que é a autonomia e abordando a questão do consentimento/ doação presumida de órgãos.

A metodologia utilizada na realização do trabalho de investigação e apresentação dos dados obtidos, bem como a análise das respostas às questões de investigação, surgem previamente às conclusões deste trabalho.

1- ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE UM BEM ESCASSO

Em 1936 o médico russo U. Voronoy realizou o primeiro homotransplante (humano para humano). O resultado final obtido não foi certamente o desejado pois, ignorando regras básicas que na época não existiam, utilizou o rim de um cadáver cujo tipo de sangue era diferente do receptor e o rim transplantado provinha de um dador falecido há já várias horas e, assim, à semelhança do verificado em outros transplantes efectuados antes de serem compreendidos os mecanismos de rejeição, o receptor faleceu anúrico várias horas após a intervenção.

Várias tentativas foram sendo efectuadas, mas somente em Dezembro 1954, na cidade de Bóston, o Doutor John P. Merril, em colaboração com o Cirurgião Joseph E. Murray, conseguiu efectuar com sucesso o primeiro transplante humano entre irmãos gémeos idênticos. Este transplante durou vários anos e, em Dezembro de 1967, na Cidade do Cabo, foi feito a Louis Washkansky o primeiro transplante cardíaco. O dador foi uma jovem que morreu por lesões cerebrais sofridas num acidente de viação e permitiu que a vida de Louis Washkansky fosse prolongada 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.

Em Portugal a transplantação de órgãos inicia-se em 1969. Nesta data é efectuada pelo Professor Linhares Furtado o primeiro transplante renal, de irmã para irmão que se saldou num sucesso imediato. A esta intervenção sucederam-se mais duas mas sem sucesso, após as quais se verificou um interregno de sete anos. Segundo o Dr. Alfredo Mota esta interrupção deveu-se a várias razões: "no nosso País não havia laboratórios de histocompatibilidade, não havia legislação

que permitisse e regulamentasse as colheitas e transplantes de órgãos e a hemodiálise, em início, era incipiente"[1].

Em 1976 é reiniciada a actividade de transplantação em Portugal, após a publicação da primeira legislação, o Decreto-Lei 553/76. A actividade 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.

Actualmente a técnica cirúrgica está amplamente dominada, Portugal dispõe de três centros de histocompatibilidade e a selecção de pacientes obedece a critérios internacionalmente definidos, reconhecendo-se hoje que muitos dos antigos receptores tinham já diversos factores de risco. Louis Washkansky, por exemplo, tinha 54 anos e era diabético. Actualmente faz-se uma cuidadosa avaliação da estabilidade psicológica, idade e resistência às infecções em geral dos candidatos ao transplante, antes de ser iniciada a procura de um dador compatível.

A rejeição do órgão do dador era, e continua a ser, um dos maiores problemas das transplantações de órgãos, mas a terapia de imunossupressão desenvolveu-se muito, permitindo actualmente em alguns tipos de transplantes taxas de sucesso superiores a 95% de pega no primeiro ano, um resultado que pode ser considerado excelente, e acredita-se que, nas próximas duas décadas, a rejeição deixará de constituir um problema.

No entanto, os transplantes, hoje considerados como procedimentos rotineiros, tornaram-se vítimas do seu próprio sucesso. Os resultados obtidos incentivam cada vez mais a sua utilização, criando uma escassez crescente de órgãos disponíveis para transplante, o que constitui uma séria ameaça à expansão da transplantação[2] e, ao

---

[1]MOTA, Alfredo – "*Transplantação de Órgãos Actividade em Portugal e Alguns Aspectos Históricos.*" **Revista Acção Médica** Ano LX nº 2 Abril - Junho 1996. pág. 29

[2] "Temos um problema real que é o facto das listas de espera para transplantação aumentarem anualmente (…) Se realizarmos 40 a 45 transplantes renais por milhão de habitante e por ano, conseguiremos parar o crescimento da lista de espera. Acima

mesmo tempo, cria problemas de justiça, uma vez que é necessário criar critérios justos para distribuir este bem escasso, pois os órgãos disponíveis são claramente insuficientes para as necessidades existentes.

No futuro, as alternativas para resolver este problema passarão certamente pelo desenvolvimento de uma medicina preventiva, pelo uso de dadores animais (xenotransplantes) e pela clonagem de órgãos. Porém, a curto prazo, as duas últimas possibilidades são inviáveis e a primeira, apesar de viável, não está devidamente implementada, uma vez que não existe vontade política para a desenvolver já que os resultados obtidos não são visíveis a curto ou médio prazo.

Uma das razões apontadas para a escassez de órgãos é o alto índice de recusa dos familiares em autorizar a sua colheita, o que poderá estar associado ao facto de as famílias serem abordadas num momento de grande instabilidade emocional causada pela perda sofrida, levando-as a reagir e a tomar decisões sem ter em conta a vontade do familiar falecido[3].

Para a resolução deste problema, várias são as soluções que têm sido apresentadas, entre as quais podemos encontrar as campanhas de sensibilização para a importância das doações voluntárias em vida (sistema de ***opting in***) e o apelo ao espírito altruísta da sociedade. Estas campanhas, sendo do ponto de vista ético a opção mais aceitável, pois permitem ao indivíduo efectuar e manifestar livremente a sua escolha[4], à semelhança de outras campanhas, têm as suas limitações podendo ser, por razões e interesses vários, dirigidas a

---

dos 50 transplantes renais por milhão de habitante e por ano, já haverá recuperação de algum atraso e começará a diminuir a lista de espera" Ibidem. pág. 34

[3] "a negação da realidade da morte, negação total ou parcial, que levanta a dúvida insistente e teimosa, quando a equipe médica a informa de que não vale a pena continuar com manobras de reanimação, porque já se deu a morte cerebral" (…) "É bem difícil, às vezes, e constitui um trabalho extremamente delicado, o esclarecimento e a recuperação de um estado de espírito tão confuso…" – TOMÉ, J. Boléo – *"Alguns Problemas Relacionados com as Colheitas de Órgãos para Transplantes."* **Revista Acção Médica** Ano LX nº 2 Abril - Junho 1996. pág. 51-52

[4] "Para alguns este sistema presta homenagem ao valor da cidadania solidária que estas pessoas manifestam inscrevendo-se como dadores"- SERRÃO, Daniel – *"A Medicina de Transplantação. Enquadramento Ético, Religioso, Filosófico e Jurídico."* **Revista Acção Médica** Ano LX nº 2 Abril - Junho 1996. pág. 20

populações alvo erradas perdendo a sua eficácia, não levando assim ao desejado aumento das doações voluntárias[5]. Por outro lado, temos a solução encontrada por especialistas, políticos e legisladores de diversos países, incluindo Portugal, através da promulgação de leis que instituem a doação presumida. No entanto, "há quem aponte esta presunção de consentimento como insanavelmente imoral"[6].

Não existe, portanto, um consenso sobre este assunto, uma vez que vários valores são colocados em causa. A forma como se pode aumentar o número de órgãos disponíveis para transplante é uma matéria polémica e controversa.

[5] "…inquérito levado a efeito pela prestigiada agência Gallup, para a Associação dos Insuficientes Renais Ingleses, deu este resultado muito crítico para os defensores do "opting in": 73% dos que responderam concordavam em dar os seus rins para a transplantação após a morte; mas só 27 por cento tinham cartão de dador e só 7% traziam o cartão consigo no momento de responderem ao inquérito. Ou seja, só 7 pessoas em 73 potenciais dadores podiam ser dadores de facto, naquele momento, segundo a lei inglesa." Ibidem. pág. 20.

[6] TOMÉ, J. Boléo – *"Alguns Problemas Relacionados com as Colheitas de Órgãos para Transplantes."* **Revista Acção Médica** Ano LX nº 2 Abril - Junho 1996. pág. 49

2- ASPECTOS LEGAIS – REALIDADE PORTUGUESA

A primeira legislação portuguesa regulamentadora da colheita e transplantação de órgãos (Decreto de Lei nº 553/76, de 13 de Julho) veio de certa forma a reboque da prática médica, tendo como principal objectivo "…libertar o desenvolvimento dos processos clínicos de transplantação dos condicionalismos burocráticos que o têm tornado impossível…"[7].

Esta legislação[8], apesar de abrangente, continha algumas lacunas importantes, limitando-se, na prática, à definição dos termos em que poderiam ser colhidos do "dador" cadáver os órgãos ou tecidos destinados à transplantação e outros fins terapêuticos (não definidos). Não incluía, portanto, qualquer enquadramento legal sobre a colheita de órgãos ou tecidos de dadores vivos e não previa, de forma objectiva, a existência de não dadores. Esta hipótese só aparece subjacente ao seu Artigo 5º segundo o qual seria interdito proceder à colheita, quando a equipa médica fosse, de alguma forma, informada da oposição do falecido. Esta situação, em que a vontade do indivíduo era nomeadamente transmitida por terceiros/familiares, não garantia o integral respeito pela autonomia do indivíduo por ser impossível determinar se a informação transmitida correspondia, de facto, à sua real vontade.

Quando da publicação desta primeira lei, o conceito de morte encefálica ainda não existia e só era permitido remover os órgãos após paragem cárdio respiratória irreversível e Electroencefalograma

---

[7] Cf. Decreto-Lei nº 553/76, de 13 de Julho.

[8] "…considerada uma das mais avançadas da Europa, era na opinião dos juristas: desburocratizante, permissiva, na esteira das aspirações do Conselho da Europa e com visão de futuro"- MOTA, Alfredo – "*Transplantação de Órgãos Actividade em Portugal e Alguns Aspectos Históricos.*" **Revista Acção Médica** Ano LX nº 2 Abril - Junho 1996. pág. 29

isoelétrico por longo período de tempo, o que comprometia, em muito, a sobrevida do enxerto.

A segunda lei sobre os transplantes, a Lei nº12/93, de 22 de Abril[9], só foi aprovada há 17 anos depois pela Assembleia da República, após um longo debate e por consenso de todos os partidos.

Esta lei, e de acordo com o seu Artigo 1º,"… aplica-se aos actos que tenham por objecto a dádiva ou colheita de órgãos, tecidos e células de origem humana, para fins terapêuticos ou de transplante, bem como às próprias intervenções de transplante"[10].

Das disposições que constituem este diploma, destaca-se relativamente à anterior legislação o facto de:

- Definir pela primeira vez formalidades de certificação de morte com características exclusivas atendendo à prática da colheita (Artigo 13º) e estabelecer ainda que o critério de certificação de morte para efeito de colheita de órgãos para transplante é o critério de morte cerebral (Artigo 12º) definido e actualizado pela Ordem dos Médicos sob o parecer do Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida (10/CNECV/95)
- Definir o princípio da gratuitidade, proibindo a comercialização de órgãos ou tecidos (Artigo 5º)
- Regulamentar a colheita em vida, restringindo, no caso de indivíduos adultos, a dádiva de órgãos ou substâncias não regeneráveis a situações em que existir entre o dador e o receptor uma relação de parentesco até ao 3º grau. As dádivas feitas por menores ou incapazes ficam limitadas apenas e só às substâncias renováveis (Artigo 6º)

É igualmente objecto de grande destaque nesta lei o Consentimento, verificando-se aqui algumas situações distintas. No caso

[9] A esta lei foram introduzidas alterações posteriormente à realização deste trabalho, pela Lei nº 22/2007, de 29 de Junho, ao transpor parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva nº 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, relativa ao estabelecimento de normas de qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana, na parte respeitante à dádiva e colheita de tecidos e células de origem humana.

[10] Alteração introduzida pela Lei nº 22/2007, de 29 de Junho

dos dadores vivos adultos e capazes, os requisitos necessários à sua obtenção são em tudo semelhantes ao consentimento necessário a qualquer outro tipo de intervenção médica a realizar no corpo humano. Esta situação não se verifica para as situações de dadores incapazes por razões de anomalia psíquica nos quais a colheita só poderá ocorrer após autorização judicial. Para os menores são igualmente impostas algumas restrições, nomeadamente a obrigatoriedade de, nestas situações, o consentimento ser prestado pelos pais ou pelo tribunal, nos casos em que se verifique a inibição do poder paternal ou a ausência de ambos os progenitores, e, finalmente, nas situações de menores que demonstrem capacidade de entendimento e manifestação de vontade, a colheita carece obrigatoriamente do seu consentimento.

Para as situações de colheita *post mortem* (dador cadáver), relativamente ao consentimento surge o que consideramos ser a maior inovação desta lei. Objectivamente para esta situação, e de acordo com o disposto no seu Artigo 10º, não é necessário o consentimento prévio do dador sendo para todos os efeitos considerados como "…potenciais dadores todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores"[11].

Com o objectivo de tornar este princípio da lei aplicável, o Ministério da Saúde, no uso das suas competências, publicou o Decreto-Lei nº244/94, onde se prevê que os não dadores (como já previsto nos Artigos 10º e 11º da Lei nº12/93) deverão comunicar a sua opção ao Registo Nacional de Não Dadores[12], vulgarmente conhecido pela sigla RENNDA. Ou seja, e à semelhança do verificado na Espanha, Bélgica, Áustria e França, preferiu-se a adopção de um sistema baseado no consentimento pela negativa ("opting out") – doação presumida, em detrimento de um sistema considerado como sendo menos exequível no qual cada indivíduo que desejasse ser dador, manifestasse expressamente a sua vontade ("opting in").

[11]Cf. O Nº1 do Artigo 10º da Lei nº12/93, de 22 de Abril
[12]Cf. O Nº1do Artigo 2º do Decreto-Lei nº 244/94, de 28 de Setembro

Em Portugal a opção por este modelo de legislação já anteriormente tinha sido apresentada e defendida pelo Prof. Linhares Furtado em 1987[13]. Considerava então que a legislação existente (Decreto-Lei nº553/76, de 13 de Julho) era no geral satisfatória e adequada aos condicionalismos da época, mas seria susceptível de aperfeiçoamentos no respeitante a dois aspectos do consentimento para a colheita de órgãos a saber: (1) " – consentimento do dador que a lei não exige expresso - adoptando uma fórmula de "consentimento por presunção" e (2)" – consentimento familiar e comunicação às famílias"[14].

Na opinião daquele Professor, a lei não deveria impor como condição para a realização da colheita de órgãos o consentimento expresso do falecido mas, em contrapartida, adoptar o princípio do "…consentimento presuntivo a par da instituição de um cartão de objector ou de não dador…"[15]. Esta opção, numa atitude que muitos poderão considerar utilitarista, seria justificada pela carência de órgãos para transplantação, existindo "…entre nós cerca de 1 milhar de doentes renais candidatos e apenas 100 transplantes ano"[16] e legitimada pelo carácter altruísta[17] da nossa sociedade mas que ao mesmo tempo garantiria na sua perspectiva o respeito pelo princípio moral do direito de cada um dispor do seu próprio corpo já que todos os objectores à colheita teriam a determinação necessária à manifestação da sua vontade.

O papel da família, como transmissora da vontade do falecido, seria assim eliminado, não sendo obrigatório a sua notificação antes da colheita. No entanto, sempre que possível, e dentro das

---

[13]" Somos de opinião que a lei não deve estipular autorização expressa do falecido, devendo manter-se a formula do consentimento presuntivo a par da instituição de um cartão ou declaração de objector ou de não dador." FURTADO, Linhares – "Aspectos Éticos das Transplantações." **Revista Acção Médica** Ano LI nº 4 Dezembro/87. pág. 20

[14] Ibidem pág. 20

[15] Ibidem pág. 20

[16] Ibidem pág. 19

[17] "… em defesa desta orientação está a sensibilidade maioritária da nossa população , a qual permite afirmar que é diminuta a fracção dos cidadãos que realmente se opõem á colheita de órgãos no seu próprio corpo falecido…" Ibiden. pág. 20

limitações impostas pela situação, na opinião que vimos expondo, seria deontologicamente correcto o médico informar a família do dador.

Posteriormente, em 2001, Frei Bernardo Domingues apresenta uma opinião semelhante apelando ao carácter altruísta da sociedade Portuguesa ao afirmar que "… deve haver uma consciencialização despertadora para a gratuitidade e solidariedade humana: é sempre bom podermos fazer bem, mesmo com os nossos restos que, de outro modo, seriam inutilizados…", "amar a Deus sobre tudo e com todas as capacidades pessoais disponíveis e ao próximo como a si próprio … implica comportamentos claros, internos e externos, de ser disponível, activo e solidário como membros de Cristo…"[18]. Com base neste princípio, Frei Bernardo vai mais longe que a própria lei relativamente à utilização de órgãos e tecidos de cadáver para transplantação ao considerar que perante "...casos de extrema necessidade, para evitar a morte da pessoa, seria eticamente ajustado recorrer a órgãos de cadáveres, mesmo que não dadores…"[19]

Perante estes argumentos e caracterização da nossa sociedade, na nossa opinião cada vez menos adequados à actual realidade étnica / cultural do país, surgem-nos algumas questões que posteriormente nos propomos abordar, mas não podemos deixar desde já de analisar um aspecto aparentemente contraditório da Lei nº12/93**.** Se, de acordo com os seus defensores, a lei encontra a sua justificação moral no espírito altruísta da nossa sociedade, como justificar então o facto de legalmente, e de acordo com o Nº2[20] do Artigo 5º da Lei nº 12/93, na sua redacção original, se prever que a doação em vida de órgãos não regeneráveis fosse apenas permitida entre os indivíduos com uma relação de parentesco até ao 3º grau e entre os quais se supõe existir uma forte motivação afectiva, impossibilitando-se desta forma o acto de solidariedade que seria a dádiva livre voluntária de órgãos a terceiros, doação esta que, pelos riscos e sacrifícios inerentes, seria realmente altruísta. Entende-se que deva haver alguma prudência, mas

[18]DOMINGUES, Frei Bernardo – *Bioética – questões disputadas*. Porto 2001. pág. 192
[19] Ibidem pág. 192
[20] Revogado pela Lei nº 22/2007, de 29 de Junho.

seria desejável uma tão grande limitação que, para além de potencialmente pôr em causa a vida de alguém, pode dar origem a situações dramáticas e por todos indesejáveis, nomeadamente entre os membros de um casal no qual um dos companheiros, sendo dador compatível de um rim, estaria legalmente impedido de salvar a vida do outro?

Esta limitação à doação em vida de órgãos na perspectiva defendida pelo Prof. Linhares Furtado, seria justificável devido ao risco de se poder incrementar o tráfico de órgãos humanos especialmente em situações de miséria extrema nas sociedades com grandes desequilíbrios económico-sociais e onde propostas de compra de um órgão, por parte de um doente com os necessários recursos financeiros, poderiam levar o suposto dador, numa forma degradante de altruísmo, a ceder à oferta efectuada numa tentativa de assim obter algum benefício material para si e para a sua família[21]. É de salientar que actualmente na Índia, e à semelhança de outros países este comércio é já uma realidade, envolvendo anualmente a transacção de milhares de órgãos tendo este número tendência para vir a aumentar a uma escala mundial.

Se, na elaboração da lei, o legislador pretendia banir a hipótese de vir a existir comércio de órgãos humanos em Portugal, tal não nos foi possível determinar pois, apesar de, como já referido anteriormente a Lei no Nº1 do seu Artigo 5º, proibir a comercialização de tecidos ou órgãos, não prevê especificamente para esta prática qualquer pena/sanção[22].

---

[21] "As situações de miséria extrema facilitam as propostas de compra de um órgão por parte de doentes abastados e, o dador, para obtenção de algum alívio material para a família ou para afastar a ameaça de perda de emprego, cede, misturando-se, nestes exemplos, uma faceta degradante com uma manifestação de extremo e comovente altruísmo" FURTADO, Linhares – "Aspectos Éticos das Transplantações." **Revista Acção Médica** Ano LI nº 4 Dezembro/87. pág. 22

[22] Com a actual redacção, a Lei apenas prevê no Nº3 do Artigo 6º que: "No caso de dádiva e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis, a respectiva admissibilidade fica dependente de parecer favorável, emitido pela Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA)"

Terminada a análise da legislação Portuguesa sobre a colheita de órgãos para transplante a que inicialmente nos propusemos, não poderíamos dar por concluída esta parte do trabalho sem fazer uma breve referência a outra alternativa legislativa relativamente ao tema em questão. Para tal escolhemos a Lei nº 2/96/M, de 3 de Junho[23], na qual o legislador optou pelo sistema de doação voluntária de órgãos ("opting in"), com a particularidade acrescida de esta lei ser aprovada e aplicada no território de Macau sob a administração Portuguesa.

Sendo, após uma breve leitura, inquestionável que a Lei nº 2/96/M, pela sua estrutura, objectivos e âmbito de aplicação, teve por base a legislação Portuguesa (Lei nº 12/93, de 22 de Abril), apresenta, no entanto, algumas diferenças e inovações que gostaríamos de salientar.

Um dos aspectos que sobressai de imediato na Lei nº 2/96/M é o facto de o legislador incluir, no seu Capitulo IV, um total de oito artigos que definem as sanções penais a ser aplicadas às infracções das disposições legais deste diploma.

Este, porém, não é o aspecto da lei que consideramos mais relevante e inovador relativamente à legislação Portuguesa. Para nós os aspectos mais relevantes desta lei são os seguintes.

De acordo com o Nº 3 do Artigo 1º da Lei nº 2/96/M, "a presente lei aplica-se, com as necessárias adaptações, às xenotransplantações". A simples admissibilidade desta prática que foi anteriormente apontada como uma das possíveis formas para a resolução a médio prazo do problema da escassez de órgãos, constitui por si só um considerável avanço relativamente à legislação Portuguesa na qual não está prevista qualquer regulamentação desta prática. Um segundo aspecto relevante tem a ver com a questão da doação em vida de órgãos ou substâncias não regeneráveis entre indivíduos adultos e capazes que, nos termos do Nº 2 do Artigo 5º, poderá ser efectuada " … desde que haja entre o dador e o receptor relação especial

[23]Cf. Lei nº 2/96/M, Regula a Dádiva, a Colheita e a Transplantação de Órgãos e Tecidos de Origem Humana. Disponível em: http://www.al.gor.mo/lei/col-lei-05/po/04/p1htm

atendível", o que permite incluir nas doações, para além das relações de parentesco, as uniões de facto e de reconhecida amizade numa atitude que, pelos motivos já anteriormente apresentados, seria realmente altruísta e solidária. Um terceiro aspecto tem a ver com o conteúdo do Artigo 9º no qual surge finalmente o que consideramos ser de mais relevante nesta lei ao ser considerado como dador após a morte quem (contrariamente ao verificado na legislação Portuguesa) tiver manifestado junto dos serviços de saúde de Macau a sua disponibilidade para a dádiva, podendo esta ser limitada a certos órgãos ou tecidos e a certos destinatários[24]. Esta opção aparece fundamentada pelo Parecer nº2/96 da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias segundo o qual "… a simples não manifestação de oposição não legitima qualquer extracção para qualquer fim", considerando que "… esta solução é a que respeita a liberdade de autodeterminação de cada um"[25]. Tendo consciência de que assim seria substancialmente reduzido o número de órgãos disponíveis, a importância deste facto na opinião da Comissão seria secundária já que, "… por uma razão de natureza prática …… não há, nem tão cedo haverá, condições técnicas e humanas para efectuar muitos dos potenciais transplantes *post mortem*"[26]. Situação semelhante se poderá verificar em Portugal.

No entanto, uma análise mais cuidadosa da lei permite-nos encontrar uma possível violação deste parecer e da autodeterminação do indivíduo ao estar previsto que os familiares do falecido possam, desde que não tenham conhecimento da sua oposição, permitir a colheita de órgãos ou tecidos[27].

Estes factos levam-nos a concluir que, independentemente da opção legislativa adoptada, existem sempre diferentes questões éticas

---

[24]Cf. O Artigo 9º da Lei nº 2/96/M de 3 de Junho

[25]Parecer nº 2/96 da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias, Proposta de Lei nº 6/v/95. Disponível em: http://www.al.gor.mo/lei/col-lei-05/po/04/p3htm

[26]Ibidem

[27]Cf. O Nº6 do Artigo 9º da Lei nº 2/96/M, de 3 de Junho

e conceitos a ser postos em causa os quais iremos de seguida abordar limitando-nos objectivamente à situação Portuguesa.

3- CONCEITO DE PESSOA

Desde que o mundo é mundo e a evolução da espécie humana o proporcionou, o homem tem questionado de forma mais ou menos explícita sobre a origem e o sentido da vida no mundo e sobre a sua própria existência. Ao longo da história esta constante interrogação ficou gravada nas diferentes culturas pelos mitos, conceitos filosóficos e teológicos com os quais o homem pretendeu construir modelos que, de certa forma, lhe permitissem definir e avaliar o sentido da entidade, da unidade substancial e original que é a Pessoa. Este assunto assume actualmente uma importância primordial perante uma sociedade pluralista cada vez mais materialista e utilitarista, na qual as pessoas são tendencialmente manipuladas, reduzidas a meros objectos, força de trabalho ou simplesmente destruídas, pelo menos aparentemente, sem qualquer escrúpulo.

Uma abordagem ao tema da origem, significado, finalidade e valor da vida humana, pela sua vastidão e complexidade, poderia ser efectuada de várias formas e aplicando diversas metodologias. Assim sendo, neste contexto parece-nos adequado sintetizar o essencial de algumas das diferentes concepções com que nos fomos deparando.

Partindo do pressuposto de que a maioria da nossa sociedade é de matriz Judaico Cristã, iniciamos a análise deste tema com uma breve reflexão sobre o que nos é proposto pela tradição bíblica.

O tema amplo e complexo que é a origem e conceito de Pessoa, na sua vertente física e psíquica, é genericamente desenvolvido na Bíblia, no Antigo e no Novo Testamento.

Relativamente à origem do Homem, logo no início da Sagrada Escritura, no livro do Génesis, podemos ler: "façamos o homem

à nossa imagem, conforme à nossa semelhança"[28]. O facto de Deus, no esquema simbólico ou metafórico que nos é apresentada pelo narrador no livro do Géneses, assumir o papel de oleiro que molda o barro da terra até criar o frágil homem à sua imagem e semelhança, atribui ao Homem (Pessoa) um significado especial pois, nesta perspectiva, só ele em toda a criação, reflecte a imagem do seu Criador.

Verificamos, naquela curta passagem bíblica, a atribuição de um significado que poderíamos classificar de sublime à criação do Homem ao ser apresentada como fruto de uma decisão especial da parte de Deus. Pretende-se fazer uma clara distinção entre o Homem e as restantes criaturas. Nesta visão, este Ser, detentor de uma dupla realidade (física e espiritual) que designamos por Pessoa, surge-nos como um frágil milagre, como um dom que Deus nos apresenta detentor de valor e dignidade absolutos que não poderão ser de alguma forma postos em causa, mantendo-se este princípio constante em toda a narrativa bíblica.

Como posteriormente podemos verificar, este conceito aparece-nos reforçado no Novo Testamento quando Jesus Cristo "que, sendo em forma de Deus"[29] ao pretender manifestar uma verdadeira pertença à raça humana, ele "aniquilou-se a si mesmo, tomando forma de servo, fazendo-se semelhante aos homens"[30], esvaziando-se assim dos direitos inerentes à sua condição divina, assumindo e aceitando plenamente a condição humana com todas as suas consequências (excepto no pecado), concretizando-se assim como o centro unificador do género humano em Si, e através dele, em Deus, uma vez que, como ele disse, "quem me vê a Mim vê o Pai"[31], o que, mais uma vez, fundamenta o igual e absoluto valor de cada Homem.

---

[28]Gn 1,26 in BÍBLIA SAGRADA, Velho Testamento – Lisboa: Edição da Sociedade Bíblica, 1985. pág. 6

[29]Fp 2,6 in BÍBLIA SAGRADA, Novo Testamento – Lisboa: Edição da Sociedade Bíblica, 1985. pág. 224

[30]Fp 2,7 in BÍBLIA SAGRADA, Novo Testamento – Lisboa: Edição da Sociedade Bíblica, 1985. pág. 224

[31]Jo 14,9 in BÍBLIA SAGRADA, Novo Testamento – Lisboa: Edição da Sociedade Bíblica, 1985. pág. 125

Esta visão da origem do homem, apesar de fortemente enraizada na nossa cultura, pode, no entanto, ser posta em causa "porque se o ser humano se define, …, por escapar a todos os «códigos», a todas as categorias nas quais se pretendia encerrá-lo, isso significa que também ele não é redutível à ideia que o seu eventual criador dele faria. Ou seja, a representação teológica tradicional, segundo a qual o homem seria concebido por Deus e depois, num segundo plano, criado por ele, segundo o conhecido modelo do Deus artesão que faz planos e os realiza, já não é aceitável, porque o ser humano não é refém de nenhum conceito prévio"[32].

Continuemos, porém, a analisar o conceito de pessoa noutra perspectiva.

Boécio apresenta-nos uma definição de Pessoa que, pelo seu teor, merece da nossa parte, uma reflexão. Ao definir Pessoa como "substância individual de natureza racional"[33], este autor marcou toda a Idade Média, embora hoje não encontre seguidores pelos valores que lhe estão subjacentes e que aqui importa analisar. O termo "substância" aqui utilizado poderia, numa primeira interpretação, levar-nos a pensar que Boécio considerava "pessoa" como sendo um produto acabado, imóvel e imutável. No entanto, esta representação contrariaria o verdadeiro sentido filosófico e ontológico da palavra que "significa o que verdadeiramente é, o ser concreto, individual, na raiz mesma de todas as suas propriedades, acidentes e atributos, …, é aquilo de que se diz tudo e que não se diz de nada..."; "…é aquilo que é em si e não noutro; é o que subsiste em si …"; " substância é aquilo de que em primeiro lugar e principalmente se diz que é, porque é, no plano ontológico, sujeito de todas as determinações; porque é natureza, é centro de actividade, e essência, o que determina o ser a ser aquilo que é …"[34], o que em princípio está de acordo com a própria natureza

---

[32] FERRY, Luc; VICENT, Jean-Didier - *O que é o Homem?.* 1ª Edição. Porto: Asa Editores II, 2003. pág. 53

[33]Boécio citado por DÍAZ, Carlos in CORTINA, Adela (coord.) - *Dez Palavras Chave em Ética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. pág. 282

[34]LOGOS, Enciclopédia Luso -Brasileira de Filosofia - Editorial Verbo, Lisboa / São Paulo 1992 4º Vol. pág. 1329 - 1330

de Pessoa como Ser em constante evolução e interacção com o meio que o rodeia. Este facto permite-nos atribuir uma relativa validade à primeira parte desta definição "… substância individual…", numa clara alusão ao carácter único, irrepetível e autónomo de cada indivíduo.

Não obstante, ao aceitarmos na íntegra esta definição proposta por Boécio que, posteriormente nos surge reforçada por São Tomás que, seguindo a mesma linha de pensamento ou com ligeiras inovações, afirma que "todo o indivíduo de natureza racional é pessoa"[35], estamos a condicionar "pessoa" à existência prévia da razão, o que constituiria uma incongruência da nossa parte; o princípio aqui apresentado não tem objectivamente qualquer validade prática pois, contrariamente ao que nos é proposto, é a razão que está dependente da prévia existência da pessoa.

Tacitamente, com a adopção destas definições, estaríamos a excluir do conceito de Pessoa e do processo de personalização todos aqueles que, durante o seu desenvolvimento, não puderam atingir ou, de alguma forma, se viram expropriados da capacidade de manifestar a sua vontade relativamente a si próprios e ao seu exterior. A existência da razão não pode ser o aspecto condicionante para a existência da própria pessoa porque seria uma violação dos seus direitos e da sua dignidade. Como recentemente nos foi demonstrado, relativamente aos doentes psiquiátricos, "…pensar que estes «seres humanos» já tinham sido pessoas e, por causa de uma doença, ficaram impedidos de continuar a sê-lo, inquieta o espírito de todos aqueles para quem «ser pessoa» é ter a capacidade de se identificar, de conhecer o seu «eu», de sentir o seu corpo, de se relacionar com os outros e com o mundo, enfim, de descobrir a dimensão espiritual da vida"[36].

A questão, aparentemente, não se limita apenas à simples definição do conceito de Pessoa, mas sim à dignidade que lhe

---

[35]São Tomás citado por FRATTALONE, R. – "*Pessoa"* in *Dicionário de Bioética* – Coordenação de Salvino Leone, Salvatore Privitera e Jorge Teixeira da Cunha. Editorial Perpétuo Socorro, 2001. pág. 838

[36]ALMEIDA, Deolinda – *"Os Excluídos e a Personalização. A Perspectiva de uma Psiquiatra."* **Cadernos de Bio-Ética 16.** Abril 1998**.** pág. 54

reconhecemos. Este tema aparece-nos desenvolvido por Kant. Atrevíamo-nos mesmo a dizer que o tema da dignidade humana é um dos componentes fundamentais da filosofia deste autor, no que respeita à razão prática. Sem abordar especificamente a questão da origem do indivíduo, Kant apresenta-nos uma concepção de Pessoa segundo a qual "o homem, e, duma maneira geral todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para uso arbitrário desta ou daquela vontade (…) em todas as suas acções, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado simultaneamente como fim" …. "os seres racionais se chamam pessoas, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer como algo que não pode ser empregado como simples meio…."[37]. De salientar que em Kant, contrariamente ao que verificámos relativamente ao conceito de Pessoa apresentado por Boécio, a razão não surge como factor condicionante da existência da pessoa; ela é um instrumento da vontade humana[38] através do qual o homem define a moral e a boa vontade a partir do que lhe é natural e inato. Apenas neste contexto faz sentido afirmar que o homem possui uma natureza racional através da qual representa a sua própria existência enquanto pessoa.

Como ser racional, o Homem é o único ser capaz de agir de acordo com as leis e valores que o próprio formulou, é o único detentor de vontade. Com base neste princípio, e ultrapassando a esfera individual de cada um de nós passando um pouco para o contexto da sociedade, para o relacionamento interpessoal e o que é socialmente aceite Kant, apresenta-nos este único imperativo categórico: "Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer

---

[37]KANT, Immanuel – *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa: Edições 70. pág. 68

[38]"… a razão nos foi dada como faculdade prática, isto é, como faculdade que deve exercer influência sobre a vontade, então o seu verdadeiro destino deverá ser produzir uma vontade, não só boa quiçá como meio para outra intenção, mas uma vontade boa em si mesma, para o que a razão era absolutamente necessária, uma vez que a natureza de resto agiu em tudo com acerto na repartição das suas faculdades e talentos" Ibidem pág. 25

que ela se torne lei universal"[39]. Esta máxima, no entanto, deve apenas ser entendida como um princípio moral a ter na nossa conduta individual, não nos sendo, portanto, aqui atribuída qualquer legitimidade para a imposição dos nossos valores aos outros que, sendo seres racionais, poderiam assim ver-se privados da sua vontade. Isto seria "imoral" e contrário à Filosofia que Kant aqui nos apresenta, segundo a qual "… a moralidade é a única condição que pode fazer de um ser racional um fim em si mesmo, pois só por ela lhe é possível ser membro legislador no reino dos fins. Portanto a moralidade, e a humanidade enquanto capaz de moralidade, são as únicas que têm dignidade…"[40], à qual nos é intrínseca e, portanto, independente de qualquer condicionalismo externo.

Os recentes avanços científicos e tecnológicos, nomeadamente na área da biologia, permitem-nos actualmente ter novas perspectivas sobre a nossa origem mas, longe de nos dar todas as respostas, esta evolução científica trouxe novas questões ao debate sobre o conceito de "pessoa".

"A partir do momento em que o óvulo é fecundado, tem início uma nova vida que não é nem do pai nem da mãe, mas a vida de um novo ser humano que se desenvolve em plena autonomia"[41]. Estaria assim desta forma simples definida a origem biológica da vida humana e da pessoa?

Do ponto de vista estritamente biológico podemos afirmar sem sombra de dúvida que há vida nas células e que os dois gâmetas masculino e feminino, encerrando cada um no seu núcleo 23 pares de cromossomas (22 dos quais são autossomas associados a um heterossoma XX no gâmeta feminino ou a um heterossoma XY no gâmeta masculino de cuja prevalência está dependente o sexo da nova pessoa), ao se conjugarem, aquando da fecundação, dão

---

[39]Ibidem pág. 59
[40]Ibidem pág. 77-78
[41]SCongrDotFede, ***Declaração sobre o Aborto Provocado***, 18 de Junho de 1974 citado pelo CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE - ***Carta dos Profissionais de Saúde***. Lisboa: Edições Paulinas. pág. 43

origem a um conjunto de 46 pares de cromossomas que constitui uma característica exclusiva da espécie humana. A partir desta fusão dos dois gâmetas humanos o ser daí resultante não pode deixar de ser humano. Independentemente de qual venha a ser o seu destino, o projecto da pessoa humana que se inicia em resultado desta lotaria genética e traçado quimicamente pelo ADN de forma única e irrepetível, é por si só detentor de dignidade e ao qual seria lógico atribuir todo o respeito devido a um indivíduo plenamente desenvolvido. Esta atitude, apesar de considerarmos que a biologia não é por si só suficiente para explicar e definir a complexidade de elementos que constitui o ser vivo que designamos por Pessoa[42], parece-nos lógica, mas não isenta de polémica, pois, numa atitude reducionista e correndo o risco de considerar o homem apenas como um animal mais evoluído que os restantes, algumas das recentes concepções mais materialistas, despersonalizantes e desumanizantes insistem na defesa de uma humanização diferida que reduz o zigoto ou embrião humano a um conjunto de células, afirmando, categoricamente que estes são apenas seres humanos em potência e que o momento de personalização, conforme os argumentos apresentados ocorrerá no momento da nidação, da formação do tubo neural, etc.

Apesar de não atribuirmos qualquer credibilidade a este tipo de concepções, será de alguma forma possível estabelecer uma linha, determinar um momento preciso a partir do qual aquele "aglomerado" de células humanas passa a ser designado por Pessoa?

Se considerarmos que "ser algo em potência consiste em poder ser algo que ainda não se é"[43] ou seja "um ente é algo em potência quando, no seu processo de desenvolvimento, só pode acabar ou por ser esse algo ou por sucumbir"; "um feto é uma criança

---

[42]Apesar de termos vindo a usar os termos "Pessoa" e "Homem" sem efectuar qualquer distinção entre eles, na Biologia apenas encontramos a definição para este último: "o homem é um animal… é um produto da selecção natural e que pertence ao grupo dos primatas"- FERRY, Luc; VICENT, Jean-Didier - *O que é o Homem?.* 1ª Edição. Porto: Asa Editores II, 2003. pág. 119

[43]ENTRALGO, Pedro Laín - *Corpo e Alma.* Coimbra: Livraria Almedina, 2003. pág. 346

em potência, porque, ao desenvolver-se, ou acaba por ser uma criança ou morre"[44] e se, efectivamente a partir do momento em que ocorre a fecundação, tem biologicamente origem um novo ser vivo, uma nova vida que não sendo nem do pai nem da mãe (a qual desempenha o papel de hospedeira na qual este novo indivíduo se irá desenvolver durante um determinado período de tempo numa relação de interdependência), a resposta a esta questão é simplesmente não.

Vemo-nos, porém, assim perante um problema de difícil resolução pois, como refere Frei Bernardo, "… como é fácil de concluir, não reconhecendo estatuto e direitos a estes seres em crescimento, facilita-se o aborto, o uso indiscriminado das técnicas de reprodução, experimentação abusiva sobre os fetos e respectiva destruição"[45]; ideia que nos surge reforçada pela seguinte: "... o embrião humano, como entidade, está em perigo: uns querem «produzi-lo» apenas para servir de material experimental, outros querem examiná-lo e fazer nele biopsias para saber se tem defeitos e se os tiver promover a sua destruição, dentro ou fora do útero materno, alguns quererão dividi-lo em células isoladas e tentar fabricar tecidos, etc.,...)."[46]

O Tribunal Constitucional Português apresenta-nos parte da solução ao considerar que "a vida intra-uterina não é constitucionalmente irrelevante ou indiferente, sendo antes um bem constitucionalmente protegido, compartilhando da protecção conferida em geral à vida humana enquanto bem constitucional protegido", considerando no entanto que a vida intra-uterina não pode gozar "da protecção constitucional do direito à vida propriamente dito – que só cabe às pessoas – podendo portanto aquele ter de ceder, quando em conflito com direitos fundamentais ou com outros valores constitucionalmente protegidos"[47]. Objectivamente, e por uma questão

---

[44]Ibidem pág. 346

[45]DOMINGUES, Frei Bernardo – *A Pessoa Vive, Comunica, Morre e Ressuscita*. Porto. pág. 199

[46]SERRÃO, Daniel, Prefácio, In NUNES, Rui (coord); MELO, Helena (coord.) – *Genética e Reprodução Humana.* Coimbra: Serviço de Bioética e Ética Médica FMUP. pág. 8

[47]TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, Acordão nº 85/85, de 29 de Maio, Diário da República, II Série, nº 143, de 25 de Junho de 1985, pág.5845.

de coerência, perante a inexistência de consenso na nossa sociedade e na impossibilidade de determinarmos, sem sombra de dúvida, o momento em que a pessoa tem início, e perante a certeza de que todos os embriões humanos que completam o seu desenvolvimento dão origem necessariamente a um representante da espécie Humana, deverá ser atribuído ao embrião o princípio proposto pelo CNECV, segundo o qual "enquanto esta controvérsia não for resolvida e subsistir a dúvida, tem aplicação, entretanto e sempre, o princípio ético que estabelece ser gravemente ilícito atentar contra uma entidade de que se duvida se, sim ou não, constitui um sujeito investido de plena dignidade humana"[48]. "A vida humana merece respeito, qualquer que seja o seu estádio ou fase, devido à sua dignidade essencial."[49] É este o princípio que aparece na generalidade dos Códigos Deontológicos dos Profissionais de Saúde.[50]

Retomando a nossa interpretação do conceito de Pessoa. De acordo com o Código Civil Português apenas "no momento do nascimento completo e com vida"[51] pode o indivíduo gozar de personalidade jurídica, ou seja em sentido jurídico o conceito de pessoa só poderá ser aplicado à vida humana já nascida. O legislador recusa desta forma a atribuição da qualidade de sujeito de direito ao indivíduo no período que vai da sua concepção ao seu nascimento. Após o que foi referido anteriormente, este facto pode parecer uma contradição. Devemos no entanto, relembrar que "não é a lei que confere o carácter de pessoa humana, limita-se a reconhecê-la, tratando as pessoas como pessoas em sentido jurídico"[52], e que o Direito em si,

---

[48]CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIA DA VIDA (1993), "Relatório - Parecer sobre Reprodução Medicamente Assistida (3/CNECV/93)"

[49] CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIA DA VIDA (1997), "Relatório -Parecer sobre a Experimentação no Embrião (15/CNECV795)"

[50]"o Enfermeiro, no respeito do direito da pessoa á vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de: Atribuir á vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias..." Artigo 82º Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado em anexo ao Decreto-Lei nº 109/98, de 21 de Abril.

[51]*Código Civil e Diplomas Complementares*. 7ª Edição. Lisboa: Quid Juris Sociedade Editora, 2006.

[52]XAVIER, Rita Lobo – "O Respeito pela Vida Humana Não Nascida e Respectiva Tradução no Ordenamento Jurídico Português" In BRITO, José Henrique Silveira (coord.)

sendo condicionado pelas necessidades práticas da regulamentação jurídica[53], reflecte essencialmente o que é determinado pela vontade e orientação politica do momento, a qual nem sempre acompanha o evoluir da sociedade e dos seus valores.

Ultrapassando tudo aquilo que a Teologia, a Filosofia e a Biologia nos oferecem, o valor e significado da *Pessoa* e da vida humana estarão sempre condicionados por diferentes factores sociais, culturais e pela percepção que cada um de nós tem de si próprio. De facto, é só através da nossa própria percepção e da percepção que os outros constroem relativamente a nós que a nossa própria existência enquanto Pessoa faz sentido, pelo que, parecendo-nos de todo impossível definir um conceito de Pessoa de modo universalmente aceite e aplicável, classificamos *Pessoa* como um ser "bio-psico-social, cultural e espiritual"[54].

Para encerrar esta breve reflexão restará apenas efectuar a seguinte citação: "Personalizar é, antes de tudo….., aceitar o que pressupõe amar"[55].

– *Do Início ao Fim da Vida*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da UCP, 2005. pág. 152

[53]"O conceito de personalidade jurídica é um concito técnico-jurídico com objectivos muito precisos, limitados, práticos, operativos" Ibidem pág. 152

[54]Cf. O Artigo 82º Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado em anexo ao Decreto-Lei nº 109/98, de 21 de Abril.

[55]ALMEIDA, Filipe – *"Os Excluídos e a Personalização. A Perspectiva de um Pediatra."* **Cadernos de Bio-Ética 16.** Abril 1998**.** pág. 49

4- QUANDO DEIXO DE SER PESSOA?

Tratando-se de uma experiência singular, irrepetível e intransmissível, ninguém sabe efectivamente o que é morrer; assim sendo como poderemos dar uma resposta concreta a uma questão que é simultaneamente demasiado vaga e complexa.

O Homem é certamente o único Ser que tem consciência e medo da morte, da sua e da dos seus semelhantes.

Ao longo da história humana e da sua cultura, o processo essencialmente biológico que é a morte do indivíduo tem sido sucessivamente definido, modelado e mesmo construído culturalmente e socialmente. Sendo assim a forma como cada um pensa e vive a morte depende da idade, do tipo de personalidade que tem, do ambiente familiar, do meio social a que pertence, dos costumes, das tradições, dos valores em que acredita e dos conhecimentos de que dispõe.

Vivendo-se numa era cada vez mais dependente da tecnologia, das numerosas pesquisas e progressos científicos, o acto de morrer, à semelhança de outros momentos da vida, foi também objecto de estudo e investigação que permitiram produzir definições e critérios de morte, pelo que podemos actualmente obter uma explicação técnica sobre a morte.

Presentemente em Portugal, e à semelhança do que se verifica na grande maioria dos países, está legalmente estabelecido para a determinação da morte do indivíduo o critério da morte cerebral, ou mais precisamente do tronco cerebral[56]. Apesar deste critério ter surgido associada à legislação que regulamenta o processo de colheita e transplantação de órgãos, e não ter sido objecto de um diploma legal específico, a definição da morte cerebral como requisito

[56]Cf. O Artigo 2º da Lei nº 141/99, de 28 de Agosto.

legal para a determinação da morte e o consequente abandono dos anteriores critérios para determinação da morte, não faz parte de uma tentativa ou forma utilitarista de facilitar todo o processo de transplantação. Este critério surgiu antes de mais como resposta a uma necessidade da comunidade médica que, devido à evolução tecnológica e perante a crescente generalização das unidades de cuidados intensivos nas quais é possível manter artificialmente algumas das funções biológicas do corpo do indivíduo, se viu confrontada com situações para as quais os anteriores critérios de paragem cardíaca, respiratória e a ausência de reflexos eram insuficientes para se proceder à adequada verificação e declaração legal da morte.

Para todos os efeitos é de facto inquestionável que, após a morte e necrose cerebral comprovada de forma pertinente e rigorosa, estamos perante um cadáver; a morte neurológica é indubitavelmente sinal de morte real e constitui o fim de qualquer forma de consciência, expressão ou sentimentos.

No entanto a morte, ou mais precisamente o fim da vida,[57] longe de ser um acto momentâneo ou de constituir um instante da vida do indivíduo, representa o culminar de todo um processo de desagregação que se desenrola desde o seu nascimento ou mesmo antes dele, pelo que, independentemente do que a ciência nos diz, existem outras perspectivas que importa analisar.

Para aqueles que consideram como válidos os conceitos da imortalidade e da ressurreição, apesar de ser considerada como um momento inevitável do nosso ciclo natural, a morte não significa o fim da vida do ser humano resultado que é da união substancial do corpo e espírito, sendo encarada como um processo de transformação, um passo para uma nova vida na qual o corpo físico e de natureza mortal destinado à decomposição terrena se separa da alma. Esta, sendo o componente espiritual de natureza imortal criado por Deus, dotado de consciência e vontade, será capaz de garantir por si só a perpetuação

[57]"entendido como fase terminal de um padecimento que conduz inexoravelmente à morte"- OSSWALD, Walter – "*O encontro com o outro no fim da vida.*" **Brotéria** – **Revista de cultura**, volume 149, Novembro 1999. pág. 462

do eu humano até ao momento da sua reunião com o corpo na ressurreição final[58]. Nesta clássica visão cristã, o crente já superou a morte pois vive unido com Cristo ressuscitado que para ele é o derradeiro exemplo e garantia de que a morte pode ser vencida. Negá-lo seria colocar o homem perante o facto da morte ser o fim de tudo, agravando a ansiedade e o medo perante a morte que se avizinha.

De facto todos os ritos com que a sociedade assinala os momentos de transição no ciclo de vida permitem reduzir e controlar as angústias e os medos que eles originam. Contudo mais nenhum momento terá porventura merecido mais atenção que a morte, como parece demonstrado pelo número e complexidade dos túmulos construídos, ritos, cultos prestados e mesmo, como já verificámos, os complexos elementos jurídicos referentes aos mortos que todas as sociedades geraram na tentativa de explicar, aceitar e regulamentar os seus efeitos. Iria acrescentar o termo minimizar, no entanto esta é uma intenção relativamente recente da sociedade ao pretender esconder, diríamos mesmo reduzir, a morte a algo que é trivial e pouco importante do ponto de vista social[59].

Ao longo da história da humanidade a morte tem sido predominantemente considerada como um fenómeno natural e parte integrante da vida dos indivíduos. Tal ainda hoje se verifica nas cada vez mais raras sociedades tradicionais. Nestas sociedades, o processo de agonia e morte é vivido pelo moribundo acompanhado pelos familiares, amigos, vizinhos em especial, e por todos os membros da

---

[58] "Afirma-se a sobrevivência e a subsistência da alma após a morte, que é um elemento espiritual dotado de consciência e vontade capaz de fazer subsistir o eu humano, embora provisoriamente carente de complemento somático, até que de novo os dois elementos se juntem na ressurreição final,.."- OLIVEIRA, Barros J.H. -*Viver a Morte Abordagem Antropológica e Psicológica.* Coimbra: Livraria Almedina, 1998. pág. 66

[59] "a civilização hodierna, se não pode recusar a realidade da morte oculta-a, suprime-a do seu ideário e imaginário, lança sobre ela o tabu de um quase obsceno acontecimento." (…) "que se pretende (para usar a terminologia em voga) desdramatizar, menorizar, abafar e esquecer" - OSSWALD, Walter – "*O encontro com o outro no fim da vida."* **Brotéria** – **Revista de cultura**, volume 149, Novembro 1999. pág. 461

comunidade em geral (independentemente da sua idade). A pessoa em fase terminal de vida tem assim oportunidade para decidir sobre assuntos de ordem material ou espiritual, viver e partilhar com todos os que o rodeiam os seus últimos e derradeiros momentos, podendo ainda despedir-se de todas as pessoas que lhe são queridas. Os familiares e amigos vivem o luto de forma demorada e intensa, choram a pessoa que faleceu, vestem-se de preto durante algum tempo como sinal da sua dor, fecham as casas, recordam o familiar que faleceu e recebem a visita de luto de amigos. Frequentemente visitam o cemitério, rezam pelo falecido e enfeitam as sepulturas com flores.

Nas sociedades modernas, a morte deixou de ser encarada como um acontecimento que faz parte da vida das pessoas, mas antes como algo que é contrário à vida, um dos poucos problemas que o Homem científico e tecnológico ainda não é capaz de resolver. A morte é escondida e muitas vezes negada. A pessoa morre no Hospital, num ostracismo quase absoluto, sozinha e muitas vezes nem sabe que vai morrer, ou, se o sabe, é por pura intuição, porque ninguém se disponibiliza para falar com ela sobre a morte, sobre a sua morte. Como refere o Dr. José Oliveira, isto deve-se ao facto de "normalmente, os médicos ou outro pessoal sanitário que nega a própria morte, tende a negá-la nos doentes, não os ajudando a encarar a realidade, fugindo de lhes dizer a verdade, quando o único problema devia ser como dizê-la"[60]. Condicionada aos aspectos científicos e tecnológicos[61], a pessoa vê-se muitas vezes desprovida da sua privacidade e autonomia, perde a dignidade enquanto pessoa, deixa de ser pessoa. O contacto com os familiares e amigos é limitado ao horário da visita, os familiares são incentivados a não demonstrar qualquer emoção, a comportarem-se como se o seu familiar ou amigo estivesse a recuperar da doença. Às

---

[60]OLIVEIRA, Barros J.H. -*Viver a Morte Abordagem Antropológica e Psicológica.* Coimbra: Livraria Almedina, 1998. pág. 130

[61] "Os cuidados hospitalares, como emerge no discurso dos cuidadores, continuam a centrar-se na doença e não na pessoa doente, circunscrevendo-se o contacto com o doente aos cuidados prestados, não se privilegiando o estabelecimento de um clima relacional:" – MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges – *"O Doente Terminal Em Contexto Familiar."* Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2001. pág. 108

crianças é-lhes vedado o contacto com uma pessoa que lhes é afectivamente importante e que está a morrer, sendo-lhes também vedada a participação no velório e nos rituais funerários. O velório já não se realiza em casa. Os próprios cuidados a ter com o cadáver são entregues a profissionais especializados. Vemo-nos perante uma morte estilizada, os familiares e amigos quase não demonstram os seus sentimentos e emoções, o cadáver é o mais rapidamente possível sepultado ou cremado dentro de prazos legalmente estabelecidos, o luto quase que desapareceu e as pessoas raramente vão aos cemitérios. Todos os objectos que possam recordar a pessoa que morreu são retirados de casa ou então escondidos. Evita-se recordar a pessoa que faleceu, bem como demonstrar os sentimentos de perda. No entanto esta mesma sociedade que esconde a morte, e se recusa a falar sobre ela, tem vindo sucessivamente a legalizar o aborto, a eutanásia/suicídio assistido, a pena de morte, produz armas capazes de apagar toda a vida da face da terra.

As mesmas pessoas que se recusam a cuidar ou acompanhar os seus familiares que se encontram em fase terminal de vida, são muitas vezes os primeiros a parar quando vêem um acidente só para terem o prazer de ver sangue e sofrimento. A morte do outro na nossa sociedade está completamente banalizada. Somos constantemente bombardeados pelos meios de comunicação social, nomeadamente pela televisão, com notícias sensacionalistas sobre a morte de pessoas causadas por doença, consumo de drogas, acidentes de viação, guerras, atentados, vinganças, homicídios, suicídios, pena de morte, eutanásia, etc.

Para Edgar Morin "sendo naturalmente cego à morte, o Homem é incessantemente forçado a reaprendê-la. O traumatismo da morte é precisamente a irrupção da morte real, da consciência da morte, no meio dessa cegueira. E não se deve confundir essa cegueira com a afirmação da imortalidade, a qual implica sempre consciência

da morte"[62]. A morte, actualmente tão patente nos meios de comunicação social numa forma anónima, é ao mesmo tempo escondida e considerada como um tabu; quase proibida de se mostrar, é algo que a sociedade considera obsceno.

Marie Hennezel, na nossa opinião, conseguiu sintetizar numa só frase tudo o que foi aqui referido: "Escondemos a morte como se ela fosse vergonhosa e suja. Vemos nela apenas horror, absurdo, sofrimento inútil e penoso, escândalo insuportável, conquanto ela seja o momento culminante da nossa vida, o seu coroamento, o que lhe confere sentido e valor."[63]

Impõe-se portanto uma mudança da cultura, talvez um regredir desta nossa cultura industrializada relativamente à forma como vê a morte do indivíduo, morte essa, que apesar de tudo, não pode ser encarada como sendo apenas o fim da vida. Ela representa uma lição de vida, um testemunho de alguém que realizou um percurso no qual todos desempenhamos simultaneamente o papel de actores e espectadores.

---

[62]MORIN, Edgar - *O Homem e a Morte.* Mem Martins: Publicações Europa América. pág. 59

[63]HENNEZEL, Marie de -*Diálogo com a Morte.* 4ª Edição. Lisboa: Editorial Notícias, 2000. pág. 11

5- AUTONOMIA

Antes de se abordar especificamente o problema da autonomia, o primeiro passo que se deve dar é o de clarificar o conceito e o âmbito da sua aplicação.

Etimologicamente o termo *autonomia* é formada por duas palavras de origem grega, "autós" que significa "por si", e por "nomos" que significa "lei"[64] e, assim sendo, autonomia será a competência humana em dar a si mesma as suas próprias leis, pelo que poderemos genericamente dizer que a *autonomia*, define-se como a característica ou a capacidade de um indivíduo ou colectividade determinar por si e para si a lei à qual pretende submeter-se.

De acordo com o Prof. P. Roque Cabral, *autonomia*, "Significa, de um modo geral, independência, ausência de imposições ou coacções externas e também, particularmente no caso que nos ocupa, a ausência de limitações e incapacidades que impedem ou diminuem a liberdade de decisão."[65]

No entanto, quando este conceito surgiu na Grécia Antiga não se referia às pessoas, mas sim ao estatuto político das suas cidades estado que, desta forma, impunham e delimitavam o seu estatuto de independência, permitindo-lhes elaborar as suas próprias leis e definir a sua estrutura social. Este conceito manteve um significado eminentemente político sendo por isso quase exclusivamente aplicado ao domínio social e, só no século XVII, é que começou a ser aplicado ao domínio moral.

A sua formulação precisa no campo da moral deve-se a Kant para quem "autonomia é o conceito segundo o qual todo o ser

---

[64]« Autonomia < autós – por si + nomos – lei » FONTINHA, Rodrigo – *Novo Dicionário Etimológico Da Língua Portuguesa – revisto pelo Dr. Joaquim Ferreira*, Editorial Domingos Barreira – Porto. pág. 268

[65]CABRAL, S. J. ROQUE – *Temas de ética*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia – Universidade Católica Portuguesa, 2003. pág. 262

racional deve considerar-se como legislador universal por todas as máximas da sua vontade, para, deste ponto de vista, se julgar a si mesmo e às suas acções"[66], ou seja o indivíduo é simultaneamente soberano e súbdito porque legisla e está vinculado a essa legislação. O fundamento da autonomia está assim no facto de toda a lei ser pensada e proposta pelo próprio homem e aquele que obedece à lei participa na sua formulação. Efectivamente tal facto não poderia ser encarado ou interpretado de forma diferente, uma vez que a realidade não é mais do que pensar, o agir e o sentir humano e as leis são o instrumento regulador das relações entre as pessoas ou seja no seu sentido amplo representam as regras de conduta e os modos de estar do indivíduo no mundo frente às coisas e às outras pessoas. Trata-se, portanto, de uma noção que se enraíza e tem origem na cultura grega na qual, e graças ao "nomos", existia algo verdadeiramente pertinente que não dependia da natureza dos seres e das coisas (*physis*) mas sim das regras convencionadas e construídas pelo próprio homem.

Kant, ao considerar que a autonomia do homem provém da sua capacidade de auto legislação, associada ao pressuposto de que aquele que obedece à lei obedece apenas a si próprio sendo por isso livre, transforma a autonomia numa propriedade constitutiva do indivíduo pelo que, de acordo com esta concepção, infringir o princípio de autonomia é uma violação da própria pessoa enquanto membro da humanidade.

Segundo Patrão Neves, "a autonomia kantiana exprime a propriedade que a vontade tem de ser para ela própria a sua lei, numa total identificação entre a vontade e a razão. É o sentido positivo de liberdade como poder que o ser racional tem de dar a si a lei moral."[67] Segundo Kant o homem só poderá ser moral se for autónomo.

---

[66]KANT, Immanuel – Fundamentação da Metafísica dos Costumes, Lisboa: Edições 70, pág. 75

[67]Neves, M. Patrão – *"A Problemática Contemporânea da Autonomia Moral"* In BRITO, José Henrique Silveira (coord.) – *Temas Fundamentais de Ética – Actas do Colóquio de Homenagem ao Prof. P. Roque de Aguiar Cabral, S. J.* Braga: Publicações das Faculdade de Filosofia Universidade Católica Portuguesa, 2001. pág. 157

Mas o facto de existir um inconsciente, o código genético que estrutura fisicamente, as experiências e vivências da nossa existência, se tudo o que pensamos nada mais é do que o resultado do enraizamento no indivíduo de diversas variações das conjunturas e circunstâncias extremamente condicionantes de origem biológica, psicológica, social, histórica e política com as quais o indivíduo lida diariamente e que influenciam o seu comportamento, não contradiz o pressuposto da autonomia que desta forma não passaria de uma crença, de uma abstracção?

Apesar de não podermos considerar irrelevante a influência que os diversos factores internos e externos têm no nosso desenvolvimento, pensamos que esta contradição não existe ou, se existe, não é por si só suficiente para nos impossibilitar de usufruir plenamente da nossa autonomia na tomada de decisões que nos são realmente importantes. De acordo com Tom Beauchamp e James Childress, um sujeito pode exercer a sua autonomia para decidir aceitar e cumprir as exigências de uma instituição, tradição ou comunidade que ele considere ser uma boa fonte de orientação[68].

O significado dado à noção/conceito de autonomia é, e por certo será sempre, ambíguo pois assume vários sentidos, mas seria de todo impensável da nossa parte abordarmos este tema esquecendo o seu papel na relação entre o profissional de saúde e o utente/doente.

Os significativos avanços científicos e tecnológicos na âmbito das ciências biomédicas que ocorreram no século XX, possibilitando intervenções cada vez mais agressivas, com um risco associado cada vez maior, e a procura incessante de mais conhecimento em combinação com um passado manchado pelas atrocidades praticadas em seres humanos durante a segunda Guerra Mundial pelos médicos Nazis em nome do desenvolvimento da medicina, tornaram imperioso a tomada de uma posição clara.

---

[68]"ya que un sujeto puede ejercer su autonomia para decidir aceptar y cumplir las exigências de una institución, tradición o comunidad que él considera una buena fuente de orientación."- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. - *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson, 1999. pág. 116

Em 1979 Tom Beauchamp e James Childress definiram os princípios estruturais da ética nos cuidados de saúde nos quais incluíram a autonomia, fazendo-o assim entrar o seu conceito no campo da ética biomédica. Eles apresentaram o princípio da autonomia conjuntamente com o princípio da beneficência, não maleficência e justiça. Os quatro princípios têm o mesmo estatuto e valor, ou seja todos eles exprimem uma obrigação de igual nível. No entanto, quando existe uma situação de conflito entre o princípio da autonomia e os outros princípios, o que deve sempre prevalecer é o da autonomia; ou seja o que deve prevalecer é a decisão racional e livre do indivíduo independentemente dos outros interesses.

Para Engelhart Jr "no contexto da moralidade secular geral, o princípio do consentimento sempre supera o da beneficência"[69]. A autonomia é encarada como sendo um valor absoluto ao qual todos os outros estão subordinados, consistindo essencialmente no respeito pela liberdade individual, num respeito mútuo, onde ninguém pode contrariar a vontade do outro, nem mesmo em nome do princípio da beneficência aplicada supostamente em seu benefício próprio.

Tradicionalmente encarado como sendo um ser moralmente debilitado, ao qual a doença retirou a capacidade para decidir, o doente constrói com os profissionais de saúde uma relação caracterizada pelo paternalismo e por uma distribuição assimétrica do poder na qual os profissionais são detentores dos conhecimentos e das informações que lhes dão o poder para decidir o que é melhor para o doente, independentemente da sua opinião e da sua vontade.

No entanto, apesar do indivíduo doente enquanto sujeito detentor de direitos ser uma conquista relativamente recente na nossa sociedade, durante as últimas décadas do século XX, à medida que os doentes começaram a tomar consciência dos seus direitos, esta situação foi sendo alterada, tendo estes vindo gradualmente a exigir

[69]ENGELHARDT, H. Tristam Jr. - *Fundamentos da Bioética*. S. Paulo: Edições Loyola, 1998. pág. 163

que a sua autonomia fosse respeitada pela sociedade em geral, e pelos profissionais de saúde em particular.

O reconhecimento da autonomia do doente como um princípio ético assume, na sua relação com os profissionais de saúde, a forma de consentimento informado. De acordo com o artigo quinto da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina: "qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada depois da pessoa em causa dar o seu consentimento de forma livre e esclarecida. A esta pessoa deverá ser dada previamente uma informação adequada quanto à natureza e ao objectivo da intervenção, bem como quanto às suas consequências e aos seus riscos. A pessoa em causa poderá, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento."[70]

O respeito pela autonomia do doente, enquanto princípio ético, constitui um dever deontológico das profissões da área da saúde. Uma pessoa autónoma é aquela que é capaz de determinar o seu próprio curso de acção de acordo com um plano, o que implica reconhecer-lhe o direito de aceitar ou recusar livremente o tratamento proposto pela equipa de saúde, competindo, aos profissionais de saúde, fornecer de forma adequada as informações necessárias para que o doente, na posse de todos os dados, faça de uma forma consciente e racional a sua escolha, usufruindo assim do seu direito à autonomia de forma plena.

Reconhecer a autonomia da pessoa é aceitá-la como um ser racional, capaz de fazer escolhas em função das suas convicções, valores e crenças pessoais, e, desde que essas decisões não interfiram, não lesem a liberdade dos outros, nem prejudiquem directa ou indirectamente uma terceira pessoa, ninguém pode interferir nelas.

A este propósito Stuart Mill afirma que "… a única finalidade que justifica que a humanidade interfira, individual ou colectivamente,

---

[70]Cf. O Artigo 5º da *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina* (adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa, em 19 de Novembro de 1996).

na liberdade de acção de qualquer dos seus membros é a sua própria protecção"[71]. Esta perspectiva enquadrada na tradição libertária demarca o agir individual do social, privilegiando a autonomia pois "a única parte da conduta por que ele é responsável perante a sociedade é a que diz respeito aos outros"[72].

No entanto, o maior entrave ao respeito da autonomia continua a ser a falta de informação ou a informação enviesada que a maioria dos profissionais de saúde fornece aos seus doentes. A relação entre os profissionais de saúde e o doente é ainda caracterizada por um certo paternalismo, pelo que os profissionais sentem que é legítimo decidir o que é melhor para o doente sem, no entanto, o informarem das consequências ou dos riscos do tratamento a que vai ser submetido.

Para que o respeito pela autonomia do doente seja uma realidade, é necessário mudar a prática e a mentalidade dos profissionais de saúde e dos próprios doentes. Mas temos de ter sempre presente que a pessoa que cuidamos/ tratamos é ou foi em princípio, autónoma, livre e responsável, com direito a ser tratada como um fim em si mesma e não como um meio para qualquer fim. A promoção da liberdade e da dignidade pessoal é um valor intrínseco a considerar no acto de cuidar,[73] pelo que temos o dever de reconhecer, respeitar e defender a autonomia de todas as pessoas ao nosso cuidado. Respeitar a autonomia é respeitar a capacidade que cada um tem de fazer escolhas esclarecidas segundo os seus princípios.

---

[71]MILL, John Stuart -*Sobre a Liberdade*. Mem Martins: Publicações Europa América, 1997. pág. 17

[72] Ibidem pág. 17

[73]"Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de ***reciprocidade*** que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais" – COLLIÉRE, Marie-Françoise -*Promover a Vida.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.pág. 325

6 - CONSENTIMENTO/ DOAÇÃO PRESUMIDA

Este tema apesar de já ter sido abordado de uma forma genérica e superficial no capítulo anterior, pela sua pertinência e importância, é por si só merecedor de uma abordagem mais aprofundada.

Em 1931 o *consentimento informado* aparece pela primeira vez incluído nas normas Alemãs que regulamentavam a experimentação Humana[74] mas só em 1948, durante os julgamentos de Nuremberga, é que o conceito começou a ser publicamente discutido e só muito posteriormente, nos anos setenta, sofreu uma evolução significativa, deixou de ser um conceito, passando a determinar uma nova postura na relação profissional de saúde/ doente.

Embora já tenham passado sete décadas relativamente à primeira aparição do *consentimento informado* nas disposições legais de um país, as intervenções no corpo humano (experimentais ou não) continuam a ser um tema actual e polémico, mesmo quando são realizadas em seres Humanos adultos capazes de darem o seu consentimento. Para as intervenções que limitam o bem jurídico da integridade física foi necessário estabelecer limites para que o consentimento fosse considerado lícito. Nas crianças e nos adultos incapazes de decidirem de forma consciente, devem ser reforçadas as cautelas, as exigências e, ao mesmo tempo, é necessário o consentimento dos seus representantes legais.

A prática de actos no âmbito da saúde sem o consentimento livre e esclarecido do doente ou dos seus representantes legais, ou seja

---

[74]"… o Ministério Interior da Alemanha estabelecesse as Directrizes para Novas Terapêuticas e Pesquisa em Seres Humanos em 1931, com abrangência nacional. Este documento estabelecia que o uso do consentimento informado era imprescindível." GOLDIM, José Roberto; CLOTET, Joaquim; FRANCISCONI, Carlos Fernando – *Um Breve Histórico do Consentimento Informado.* **O Mundo da Saúde** Ano 26, volume 26, nº 1 Janeiro – Março 2002. Bioética Uma Perspectiva Brasileira. pág. 74

que não respeitem o direito à autonomia do doente por parte dos profissionais de saúde, tem consequências legais na área criminal, civil e disciplinar. Do ponto de vista da lei penal, o profissional incorre numa pena de prisão até 3 anos ou em pena de multa[75]. Do ponto de vista civil pode ser condenado a pagar uma indemnização e, do ponto de vista disciplinar, os códigos deontológicos dos profissionais da área da saúde defendem o direito à autonomia do doente e penalizam o profissional de saúde quando estes o não respeitam, pelo que a violação do dever de respeitar o direito ao consentimento informado pode implicar a pena de suspensão do exercício profissional.

O princípio da autonomia manifesta-se através do consentimento informado. Este deve ser livre, voluntário, consciente, não comportando vícios e erros. Não pode ser obtido mediante práticas de coacção física, psíquica ou moral, ou por meio de simulação ou práticas enganosas, ou quaisquer outras formas de manipulação que de alguma forma impeçam a livre manifestação da vontade pessoal emitida pelo indivíduo quando de actos que afectem a sua integridade físico-psíquica.

Mas para ser livre, para que voluntariamente e conscientemente o indivíduo possa tomar decisões, aceitando ou recusando aquilo que lhe é proposto e assim expressar o seu consentimento informado, é necessária informação adequada e essa deve ser compreendida, não sendo suficiente que o indivíduo seja mero receptor. Informações falseadas, incompletas ou mal-entendidas podem ocasionar defeitos de raciocínio, por meio dos quais os indivíduos formam as suas opiniões baseadas em factos manifestamente implausíveis que comprometem a sua decisão autónoma. As informações devem ser adaptadas às circunstâncias e às condições sociais, psicológicas e culturais do utente/doente.

Sobre o consentimento, o código Penal Português, no seu Artigo 38º, determina que:

---

[75]Cf. O Artigo 156º do Código Penal Português

1. Além dos casos especialmente previstos na lei, o consentimento exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes
2. O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto
3. O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos[76] e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta

Sobre o consentimento presumido, o código no seu Artigo 39º afirma que:

1. Ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido.
2. Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado

A essência do *consentimento* é, portanto, o respeito pela autodeterminação/autonomia do indivíduo que se fundamenta no princípio da dignidade da natureza humana, aceitando-se o ponto de vista de Kant, segundo o qual o ser humano é um fim em si mesmo. O respeito pela pessoa autónoma pressupõe a aceitação do pluralismo social, não podendo ser observado apenas como um dever legal que protegeria os profissionais, serviços de saúde e o próprio Estado em matéria de responsabilidade jurídica. Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele que deve deliberar e tomar decisões seguindo o seu próprio plano de vida e acção, baseado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando divirjam daqueles dominantes na sociedade. De

[76] Alteração introduzida pela vigésima terceira alteração ao Código Penal – Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro.

acordo com Beauchamp & Childress, uma pessoa autónoma é aquela que actua livremente de acordo com o seu plano, à semelhança de um governo independente que governa o seu território e estabelece as suas políticas de acção[77].

A aplicação do conceito de consentimento Informado e das suas regras à transplantação de órgãos tem implicações que assumem duas naturezas e amplitudes completamente distintas. Se, nas situações em que os órgãos são provenientes de dadores vivos, as regras e critérios relativamente ao consentimento necessário à execução da intervenção no indivíduo são em tudo semelhantes ao que está consensualmente definido para a generalidade das intervenções médicas no corpo humano, não levantando por isso grandes questões éticas ou, pelo menos, questões que nos importe aqui analisar no âmbito deste trabalho, o mesmo não se poderá afirmar relativamente às situações em que os órgãos são provenientes de cadáver e obtidos tendo por base o critério da ***doação presumida*** definido na legislação Portuguesa.

As principais questões que põem em causa a imposição de uma lei de doação presumida em Portugal são o baixo nível de educação da nossa população[78] e o facto das campanhas de informação, que o legislador previu, e bem, no artigo 15º da lei 12/93 com o objectivo de informar e esclarecer a população, não terem sido implementadas ou, pelo menos, não de uma forma que assegure uma completa informação e esclarecimento da população[79].

Estas campanhas que obrigatoriamente deveriam conter uma "…informação ampla, constante e detalhada para que todos os

---

[77] " Una persona autónoma actúa libremente de acuerdo con un plan elegido, de la misma manera que un gobierno independiente maneja sus territorios y estabelece sus políticaas de acción"- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. - ***Principios de Ética Biomédica***. Barcelona: Masson, 1999. pág. 114

[78] "Em 2001, Portugal registou uma taxa de analfabetismo de 9%"; "O nível de ensino atingido pela maior parte da população portuguesa em 2001, foi o 1º ciclo do ensino básico (35.1%), seguindo-se o ensino secundário (15.7%) e o ensino superior (10.8%). No mesmo ano, 12.5% da população não tinha atingido nenhum tipo de ensino. "- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL, Destaque do INE – Censos 2001. Disponível em: http://www.ine.pt/prodserv/destaque/arquivo.asp

[79] Realidade que se manteve inalterada após a publicação da Lei nº nº22/2007, de 29 de Junho.

cidadãos portugueses saibam que têm o direito de não serem dadores e que este direito é escrupulosamente respeitado pelas autoridades de saúde e pelas equipas médicas que verificam a morte cerebral e antes de se iniciar o procedimento de colheita",[80] e ainda incluir e serem capazes de transmitir "... o valor e importância da colheita de órgãos em cadáveres, do ponto de vista terapêutico e de solidariedade social".[81] Tais campanhas para além de serem desejáveis e o cumprimento de um dever legal, constituiriam também a resposta a um imperativo ético. Somente através dessas campanhas de informação e sensibilização é que o Estado poderia, de alguma forma legitimar a "presunção" do consentimento. Mas estas campanhas aparentemente não foram efectuadas.

Nestas condições podemos considerar-nos perante uma situação de socialização do cadáver[82] que nos parece explicita no Nº6 do Artigo 13º da Lei nº 12/93, ao prever que "Quando não tiver sido possível identificar o cadáver, presume-se a não oposição à dádiva se outra coisa não resultar dos elementos circunstanciais". Esta situação cria problemas éticos e poderá permitir, de alguma forma, a contestação do valor legal da própria lei que aparentemente poderia colidir com alguns princípios definidos na Constituição Portuguesa, nomeadamente no Nº1 do Artigo 25º segundo o qual "A integridade moral e física das pessoas é inviolável". Mas sendo, no entanto, questionável o facto de o cadáver ser ou não sujeito de direito - de acordo com Niceto Blázquez, os cadáveres não são por si só detentores de direitos, mas este facto não implica que sejam propriedade do

---

[80]SERRÃO, Daniel – "*A Medicina de Transplantação. Enquadramento Ético, Religioso, Filosófico e Jurídico.*" **Revista Acção Médica** Ano LX, nº 2 Abril/Maio/Junho 1996. pág. 21

[81]MACHADO, Joaquim Pinto – " A Utilização do Cadáver Humano em Medicina." In BRITO, José Henrique Silveira (coord.) *-Bioética Questões em Debate.* Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da UCP, 2001. pág. 124

[82] "… las leyes de "presuncion" han considerado que los órganos de un cadáver son un bien social; ya no pertencen al interessado, ni a la família, sino que son un bien comum; un bien donado por la comunidad a la misma comunidad …"- GAFO, Javier - Bioética Teológica. 2ª Edição. Madrid: Universidad Pontifícia Comillas e Editorial Desclée de Brouwer, 2003. pág. 381

estado ou das suas instituições de saúde[83] - impõe-se sobretudo aqui o princípio do respeito da vontade do indivíduo manifestada em vida.

Tentar tornear este princípio fundamentando a validade ética desta lei no princípio da solidariedade social[84] ou no facto do povo português ser maioritariamente cristão e por isso supostamente solidário e altruísta, parece-nos pouco prudente e é certamente uma atitude cada vez menos adequada à actual realidade étnica/cultural do país. No entanto, a ser correcto esse princípio, por que teria sido então necessário adoptar uma lei baseada na doação presumida em detrimento da doação livre, voluntária e verdadeiramente altruísta?

Parte da resposta pode já nos ter sido apresentada por Joaquim Pinto Machado segundo o qual "… face a uma situação em que a procura excede largamente a oferta, a exigência de consentimento expresso acarretaria a perda inglória de muitas vidas que podiam ter sido salvas. Daí a adopção de «mero consentimento presumido», ressalvando no entanto que se "… por desleixo muitos dadores «subjectivos» não se registariam como dadores, também, e pela mesma razão, se aplica à situação oposta: por incúria, muitos não dadores «subjectivos» não se registarão como não dadores"[85]. No entanto, ao termo "incúria" acrescentaríamos *ignorância*.

Em suma, a doação presumida não obriga de facto ninguém a doar mas requer uma decisão precoce pois, caso contrário, a omissão significa anuência, o que implica um maior compromisso na hora da decisão. O facto mais perturbador desta lei é que as pessoas que não querem ser dadores são obrigados a encarar precocemente para além da sua morte, a morte dos próprios filhos (menores) e, se este

---

[83]"… los cadáveres por sí solo non son sujectos de derechos, pêro tampoco objetos de propiedade del Estado o de los centros sanitários" BLÁZQUEZ, Niceto – *Bioética. La Nueva Ciência de la Vida*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2000. pág. 320

[84] "..este princípio significa que todos los participantes en un grupo, bien determinado y constituído, están obligados al cumplimiento de ciertas prestaciones y a la realización de ciertos deberes de transcendência social.." – GAFO, Javier -Bioética Teológica. 2ª Edição. Madrid: Universidad Pontifícia Comillas e Editorial Desclée de Brouwer, 2003. pág. 381

[85]MACHADO, Joaquim Pinto – " A Utilização do Cadáver Humano em Medicina." In BRITO, José Henrique Silveira (coord.) - *Bioética Questões em Debate.* Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da UCP, 2001. pág. 124

facto incomoda a nível pessoal e familiar, que repercussões terá numa sociedade como a nossa que alterou num curto espaço de tempo a forma de lidar com a morte?

Todos estes aspectos referidos anteriormente são passíveis de tornar as pessoas vítimas e não beneficiárias da lei, facto pelo qual nos vemos confrontados perante a necessidade premente de determinar se, no actual contexto sócio cultural Português, podemos considerar a ausência documentada da opinião do indivíduo como sendo de alguma forma sinal de anuência ou total concordância relativamente aos objectivos da comunidade que aparentemente não cumpriu o dever de informar os seus membros; isto apesar de ser um dever que a própria sociedade impôs a si própria através dos seus representantes.

7- METODOLOGIA

A fase de definição da metodologia a utilizar num trabalho é uma das fases mais importantes na sua realização, uma vez que as opções efectuadas nesta fase pelo pesquisador vão ter implicações na qualidade, integridade e interpretação dos resultados da pesquisa.

Nesta fase, o investigador expõe os métodos que vai utilizar para obter resposta para as questões de investigação colocadas, escolhe um desenho adequado ao tipo de estudo que vai realizar, determina a população e a amostra, define as variáveis, escolhe os instrumentos que considera serem os mais adequados para realizar a colheita e a análise de dados.

7.1 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Para a realização deste trabalho, optamos por um estudo exploratório analítico, porque, para além de se pretender conhecer a realidade, também pretendemos compreender os motivos que estão subjacentes a essa mesma realidade.

O objectivo de um trabalho de investigação "é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo."[86]

Com a elaboração deste trabalho o temos como objectivo:

1- Identificar e compreender o sentimento geral da População Portuguesa relativamente à problemática da colheita e transplantação de órgãos de cadáver
2- Determinar o nível de conhecimentos da População Portuguesa relativamente à legislação que regulamenta a

[86]FORTIN, Marie Fabienne - *O processo de Investigação*. 1ªedição. Loures: Lusociência, 1999.pág. 40

colheita e transplantação de órgãos de cadáver em Portugal.

As questões de investigação "são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis, assim como a população estudada."[87]

Questões de investigação:

1- A população concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplantes?
2- A população possui conhecimentos relativamente à legislação em vigor que lhe permita efectuar opções de forma consciente?

7.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A **população** é "todo o conjunto de indivíduos (ou objectos) que possuem alguma característica comum"[88].

População abrangida pelo estudo: cidadãos nacionais, apátridas ou estrangeiros residentes no Concelho de Ovar, Portugal

Uma **amostra** é um "conjunto de sujeitos retirados de uma população"[89]. O método de amostragem utilizado neste trabalho é a amostragem acidental ou de conveniência. De acordo com Polit, a amostragem acidental é uma "selecção das pessoas (ou unidades) mais prontamente disponíveis, como sujeitos de um estudo"[90]. No entanto, apesar de este tipo de amostragem ter como vantagens o facto de ser simples de organizar e os baixos custos, tem como

---

[87]Ibidem p. 101

[88]POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ªedição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.pág. 369

[89] FORTIN, Marie Fabienne - *O processo de Investigação*. 1ªedição. Loures: Lusociência, 1999. glossário

[90]POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ªedição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. pág. 359

desvantagens o facto de a amostra assim obtida poder não ser representativa da população.

Amostra: 100 Utentes do Centro de Saúde de Ovar

Critérios de Inclusão

Os elementos que integraram a amostra foram os que, de acordo com a lei, podem proceder à sua inscrição no Registo Nacional de Não Dadores; ou seja os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos escolhidos de forma aleatória.

7.3 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Durante a elaboração do questionário, com o objectivo de verificar a clareza e objectividade das suas questões, efectuamos um pré teste a dez residentes em Portugal de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 18 anos.

Antes de iniciar a colheita de dados solicitamos autorização formal ao Director do Centro de Saúde de Ovar (Anexo 1).

A participação dos utentes foi voluntária e anónima. A todos os participantes no estudo solicitou-se autorização e explicou-se quais eram os objectivos do trabalho. A autorização dos utentes traduziu-se no preenchimento e entrega dos questionários.

A colheita de dados foi efectuada unicamente pelo investigador e decorreu durante o mês de Julho de 2006.

Para recolher os dados distribuímos um questionário (Anexo 2) aos utentes no Centro de Saúde de Ovar e nas suas extensões (Anexo 2). Segundo Polit o questionário é um "documento utilizado para reunir informações sob a forma de auto-relatos dos respondentes, através da administração de perguntas"[91] .

[91]Ibidem pág. 369

7.4 - METODOLOGIA DA ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos.

No tratamento dos dados obtidos nas perguntas abertas dos questionários, utilizamos a análise qualitativa recorrendo a análise de conteúdo.

De acordo com Polit, "a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador). Este tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios actores"[92].

A análise de conteúdo é um "um procedimento para a análise de comunicações escritas ou verbais, de maneira sistemática e objectiva, visando a mensuração quantitativa de variáveis."[93] Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos, ou, mais precisamente será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicações muito vasto: as comunicações.

No tratamento dos dados sócio demográficos e questões fechadas dos questionários, optamos pela análise quantitativa, recorrendo à estatística descritiva. Segundo Polit, a análise quantitativa consiste na "manipulação de dados numéricos, através de procedimentos estatísticos com o propósito de descrever o fenómeno ou avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles."[94]

No tratamento dos dados, elaboração dos quadros e gráficos, utilizamos o programa Microsoft Office Excel 2003.

---

[92]Ibidem pág. 271
[93]Ibidem pág. 358
[94]Ibidem pág. 358 -359

8 - ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

8.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

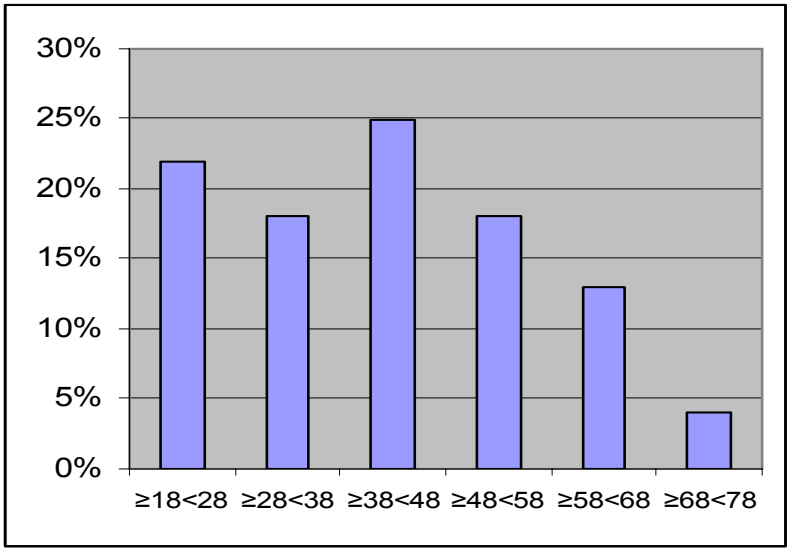
Idade

Participaram no estudo 100 utentes do Centro de Saúde de Ovar com idade igual ou superior a 18 anos.

Quadro 1 - Distribuição dos utentes segundo a Idade

	Número Utentes	
IDADE	*Fa*	*fx*
≥18<28	22	22%
≥28<38	18	18%
≥38<48	25	25%
≥48<58	18	18%
≥58<68	13	13%
≥68<78	4	4%
Total	100	100%

Gráfico 1 - Distribuição dos utentes segundo a Idade



- Média – 41.2 anos
- Desvio padrão – 14.33
- Moda – amostra bimodal, 32 e 46 anos

A idade dos utentes que participaram no estudo engloba todos os grupos etários previstos (com mais de 18 anos).

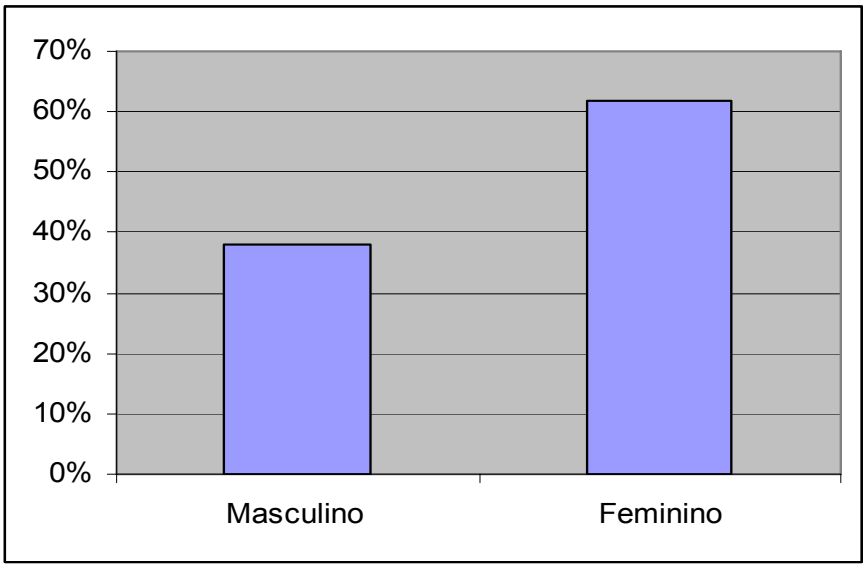
Há uma maior prevalência de indivíduos com idade igual ou superior a 18 e inferior a 48 anos, com uma percentagem de 68% dos utentes.

Sexo dos Utentes

Quadro 2 - Distribuição dos utentes segundo o Sexo

	Número Utentes	
Sexo	***Fa***	***fx***
Masculino	38	38%
Feminino	62	62%
Total	100	100%

Gráfico 2 - Distribuição dos utentes segundo o Sexo



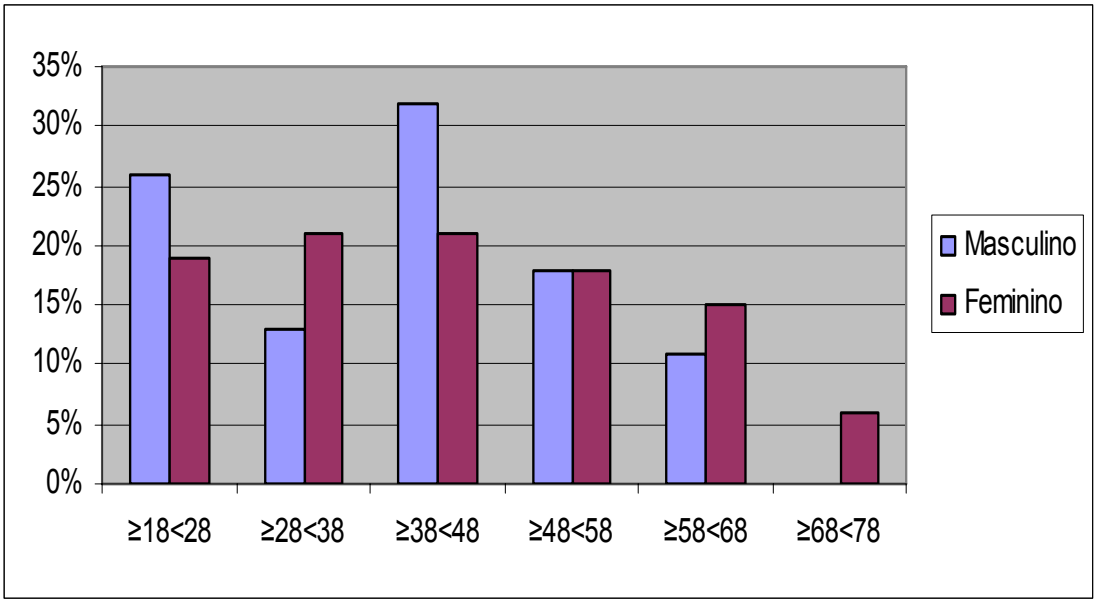
- 38% dos utentes são do sexo masculino
- 62% dos utentes são do sexo feminino

Distribuição do sexo dos utentes de acordo com a idade

Quadro 3 – Distribuição do Sexo dos utentes de acordo com a Idade

	Sexo Masculino		*Sexo Feminino*	
IDADE	*Fa*	*fx*	*Fa*	*fx*
≥18<28	10	26%	12	19%
≥28<38	5	13%	13	21%
≥38<48	12	32%	13	21%
≥48<58	7	18%	11	18%
≥58<68	4	11%	9	15%
≥68<78	0	0%	4	6%
Total	38	100%	62	100%

Gráfico 3 - Distribuição do Sexo dos utentes de acordo com a Idade



- A distribuição dos sexos relativamente à idade não é feita de forma uniforme

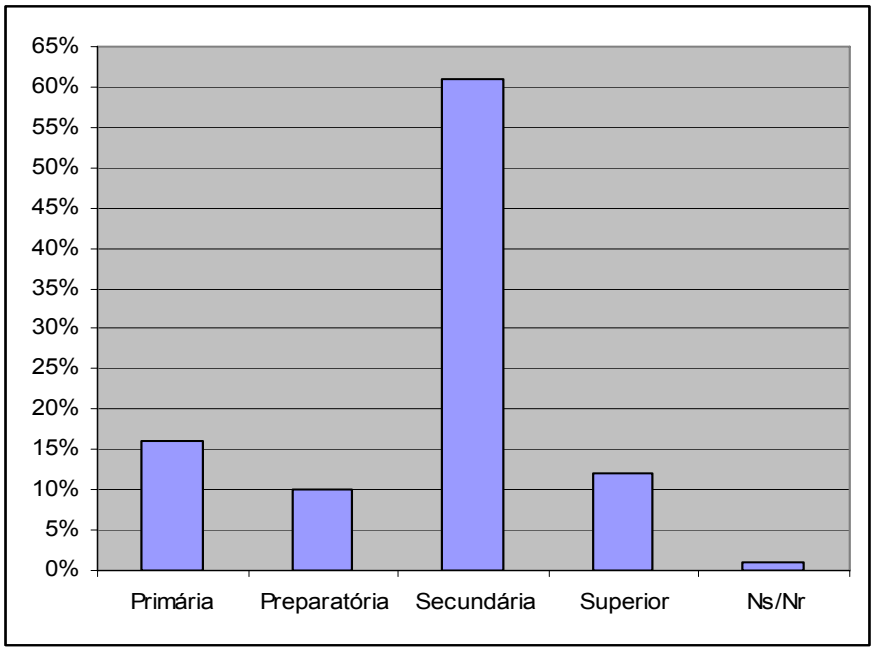
- 71% dos utentes do sexo masculino têm idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 48 anos, enquanto que, no sexo feminino e para o mesmo intervalo, a percentagem é de 61%. Esta tendência sofre posteriormente uma inversão, 39% dos utentes do sexo feminino têm idade igual ou superior a 48 anos e inferior a 78 anos, intervalo no qual se incluem apenas 29% dos utentes do sexo masculino.

Habilitações Académicas

Quadro 4 – Distribuição dos utentes segundo as Habilitações Académicas

	Número Utentes	
Habilitações Académicas	***Fa***	***fx***
Primária	16	16%
Preparatória	10	10%
Secundária	61	61%
Superior	12	12%
Ns/Nr	1	1%
Total	100	100%

Gráfico 4 - Distribuição dos utentes segundo as Habilitações Académicas



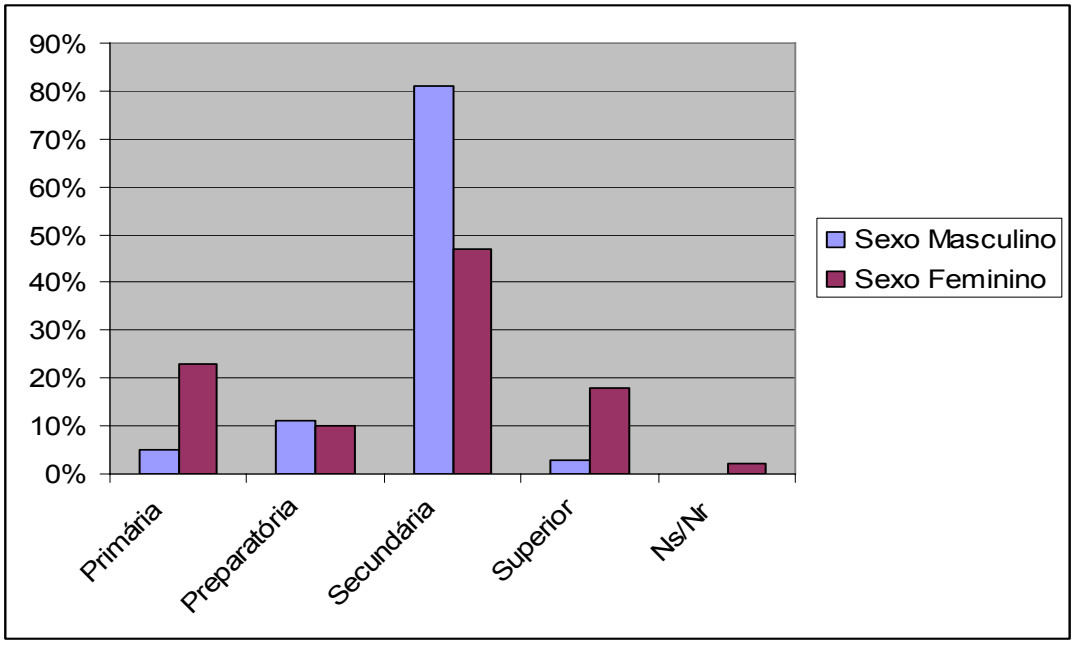
As habilitações académicas dos utentes englobam, ainda que não uniformemente, todos os graus de ensino, verificando-se um expressivo predomínio do Ensino Secundário com 61% dos utentes.

Distribuição das Habilitações Académicas dos utentes de acordo com o Sexo

Quadro 5 – Distribuição das Habilitações Académicas dos utentes de acordo com o Sexo

	Sexo Masculino		*Sexo Feminino*	
Resposta	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***
Primária	2	5%	14	23%
Preparatória	4	11%	6	10%
Secundária	31	81%	30	47%
Superior	1	3%	11	18%
Ns/Nr	0	0%	1	2%
Total	38	100%	62	100%

Gráfico 5 - Distribuição das Habilitações Académicas dos utentes de acordo com o Sexo



- 5% dos utentes do sexo masculino e 23% dos utentes do sexo feminino têm como habilitações o ensino primário. Situação se torna a verificar relativamente ao grau do ensino superior onde se inserem 3% dos utentes do sexo masculino e 18% dos utentes do sexo feminino.

- 81% dos utentes do sexo masculino têm como habilitações académicas o ensino secundário, grau de ensino onde se inserem 47% dos utentes do sexo feminino.

- 11% dos utentes do sexo masculino e 10% dos utentes do sexo feminino têm como habilitações académicas o ensino preparatório

Profissão

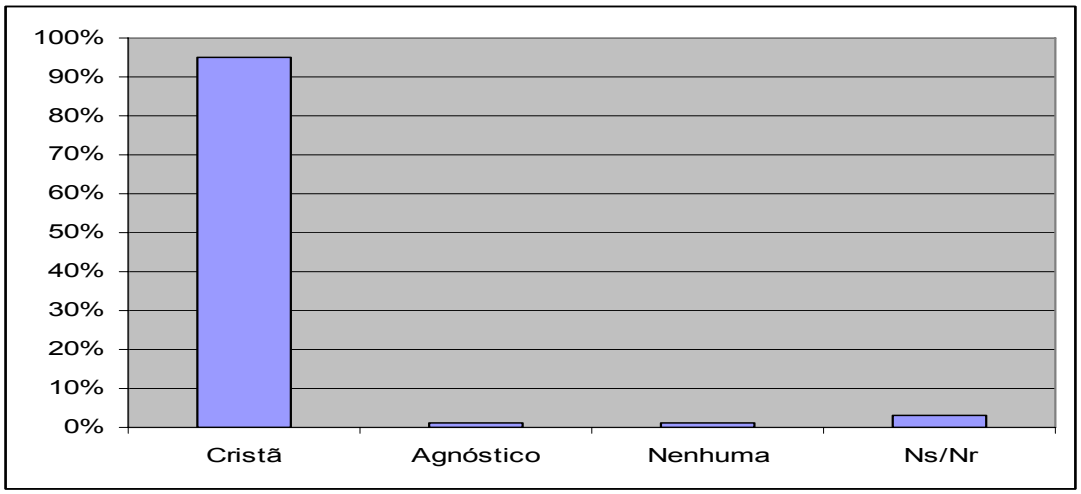
Com a análise dos questionários, identificamos uma grande variedade de profissões dos mais diversos sectores de actividade, o que não nos permite uma apresentação pormenorizada dos dados recolhidos. Dos utentes que responderam a este item do questionário, **3** eram estudantes, **6** reformados, **11** desempregados, **9** domésticas, **63** dividem-se por **45** profissões do sector secundário e terciário e **8** utentes não responderam à questão.

Religião

Quadro 6 – Distribuição dos utentes de acordo com a Religião

	Número Utentes	
Religião	***Fa***	***fx***
Cristã	95	95%
Agnóstico	1	1%
Nenhuma	1	1%
Ns/Nr	3	3%
Total	100	100%

Gráfico 6 - Distribuição dos utentes de acordo com a Religião



- os utentes que responderam ao questionário na sua maioria (95%) referem ser Cristãos, o que nos permite considerar confirmado o pressuposto de o povo português ser maioritariamente cristão

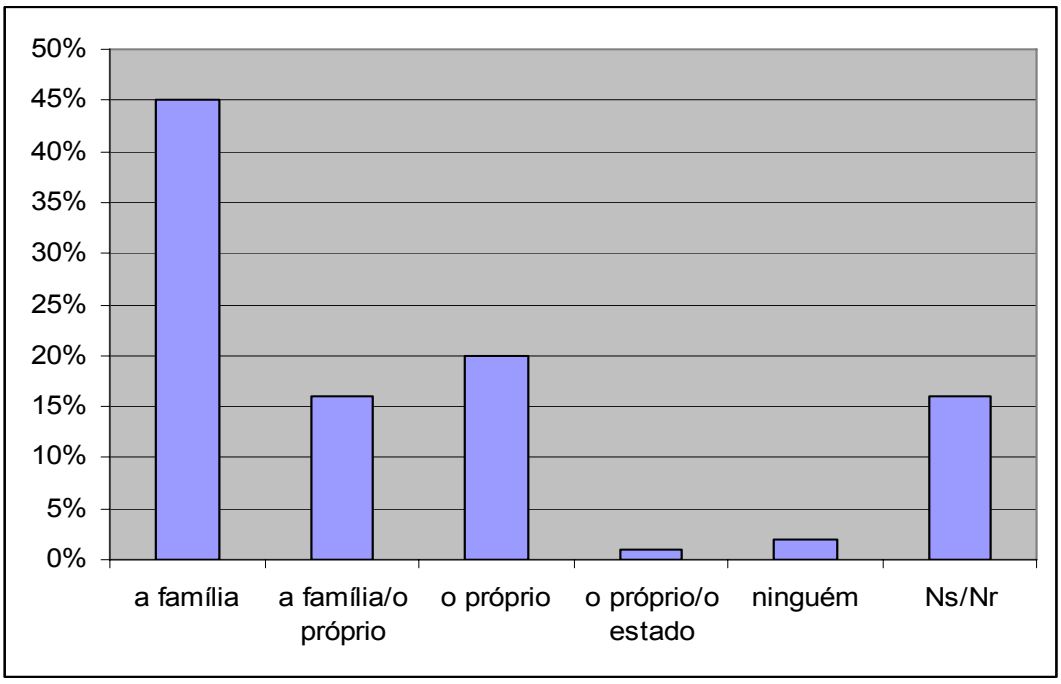
8.2 – RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO

À questão nº 1: "Na sua opinião quem deve decidir sobre o destino a dar ao cadáver?" Responderam:

Quadro 7 – Quem deve decidir?

	Número Utentes	
Resposta	***Fa***	***fx***
a família	45	45%
a família/o próprio	16	16%
o próprio	20	20%
o próprio/o estado	1	1%
ninguém	2	2%
Ns/Nr	16	16%
Total	100	100%

Gráfico 7 -Quem deve decidir?



- 45% dos utentes que responderam ao questionário considera que o destino do cadáver deve ser decidido pela família

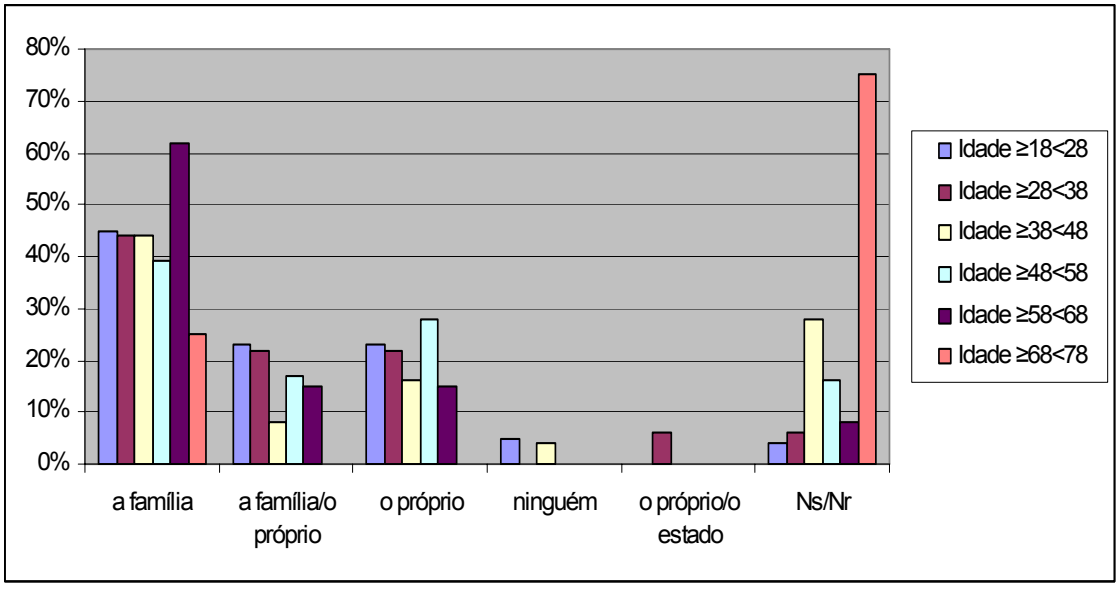
- 16% considera que a decisão deve ser tomada pelo próprio ou respectiva família
- 20% considera que deve ser o próprio indivíduo em vida a decidir

Estes resultados demonstram um forte sentimento de pertença relativamente ao cadáver. Esse sentimento, como demonstram os quadros e gráficos seguintes, permanece inalterado independentemente do grupo etário, sexo e habilitações académicas dos utentes.

Quadro 8 -Quem deve decidir/ Idade

	Idade											
	≥18<28		*≥28 <38*		*≥38 <48*		*≥48 <58*		*≥58 <68*		*≥68 <78*	
Resposta questão número1	*Fa*	*fx*	*Fa*	*fx*	*Fa*	*fx*	*Fa*	*fx*	*Fa*	*fx*	*Fa*	*fx*
a família	10	45.45 %	8	44.44 %	11	44%	7	38.88%	8	61.53 %	1	25%
a família/ o próprio	5	22.72 %	4	22.22 %	2	8%	3	16.66%	2	15.38 %	0	0%
o próprio	5	22.72 %	4	22.22 %	4	16%	5	27.77%	2	15.38 %	0	0%
ninguém	1	4.54%	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
o próprio/ o estado	0	0%	1	5.55%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ns/Nr	1	4.54%	1	5.55%	7	28%	3	16.66%	1	7.69%	3	75%
Total	22	100%	18	100%	25	100%	18	100%	13	100%	4	100%

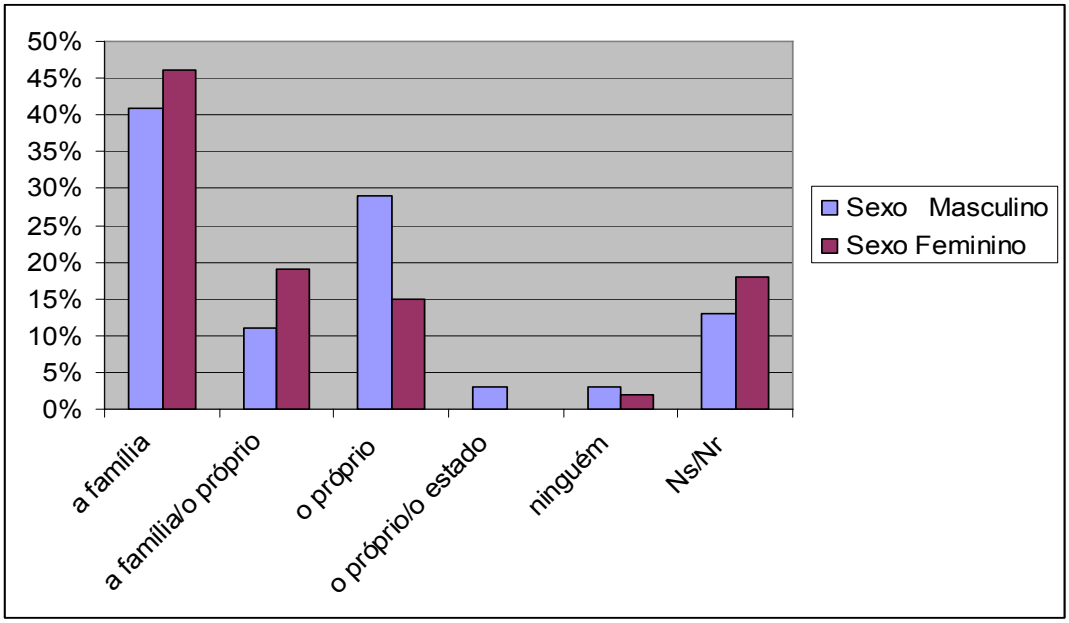
Gráfico 8 -Quem deve decidir/ Idade



Quadro 9 -Quem deve decidir/ Sexo

	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
Resposta	**Fa**	**fx**	**Fa**	**fx**
a família	16	41%	29	46%
a família/o próprio	4	11%	12	19%
o próprio	11	29%	9	15%
o próprio/o estado	1	3%	0	0%
ninguém	1	3%	1	2%
Ns/Nr	5	13%	11	18%
Total	38	100%	62	100%

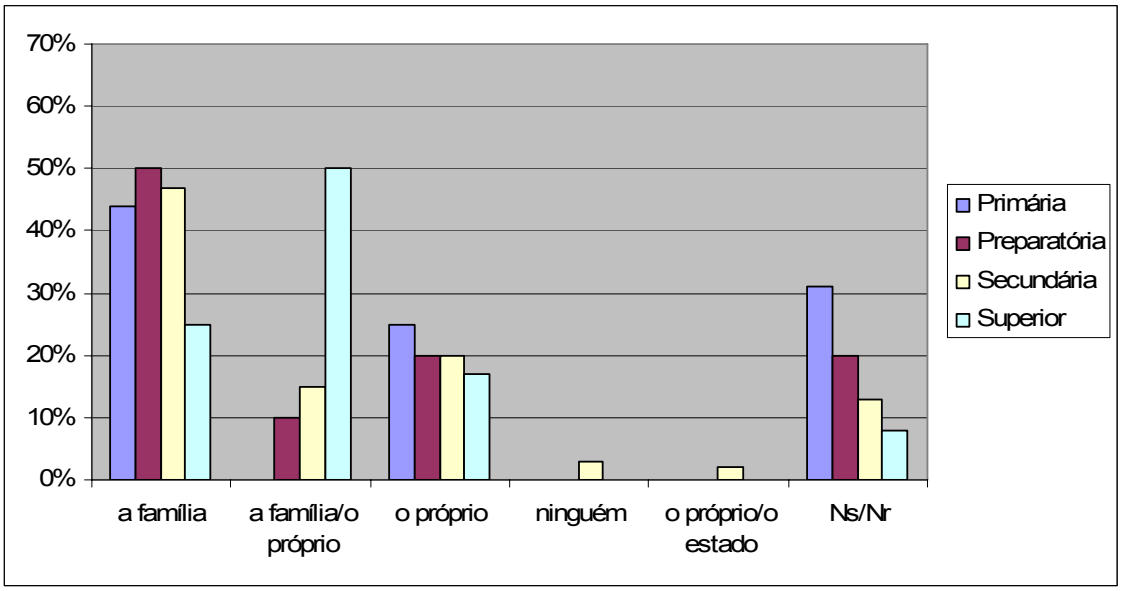
Gráfico 9 -Quem deve decidir/ Sexo



Quadro 10 -Quem deve decidir/ Habilitações Académicas

	Habilitações Académicas							
	Primária		Preparatória		Secundária		Superior	
Resposta questão número1	**Fa**	**fx**	**Fa**	**fx**	**Fa**	**fx**	**Fa**	**fx**
a família	7	43.75 %	5	50%	29	47.54 %	3	25%
a família/o próprio	0	0%	1	10%	9	14.75 %	6	50%
o próprio	4	25%	2	20%	12	19.67 %	2	16.66 %
ninguém	0	0%	0	0%	2	3.27%	0	0%
o próprio/o estado	0	0%	0	0%	1	1.63%	0	0%
Ns/Nr	5	31.25 %	2	20%	8	13.11 %	1	8.33%
Total	16	100%	10	100%	61	100%	12	100%

Gráfico 10 -Quem deve decidir/ Habilitações Académicas



À questão nº2: "Como considera o corpo de alguém já falecido?

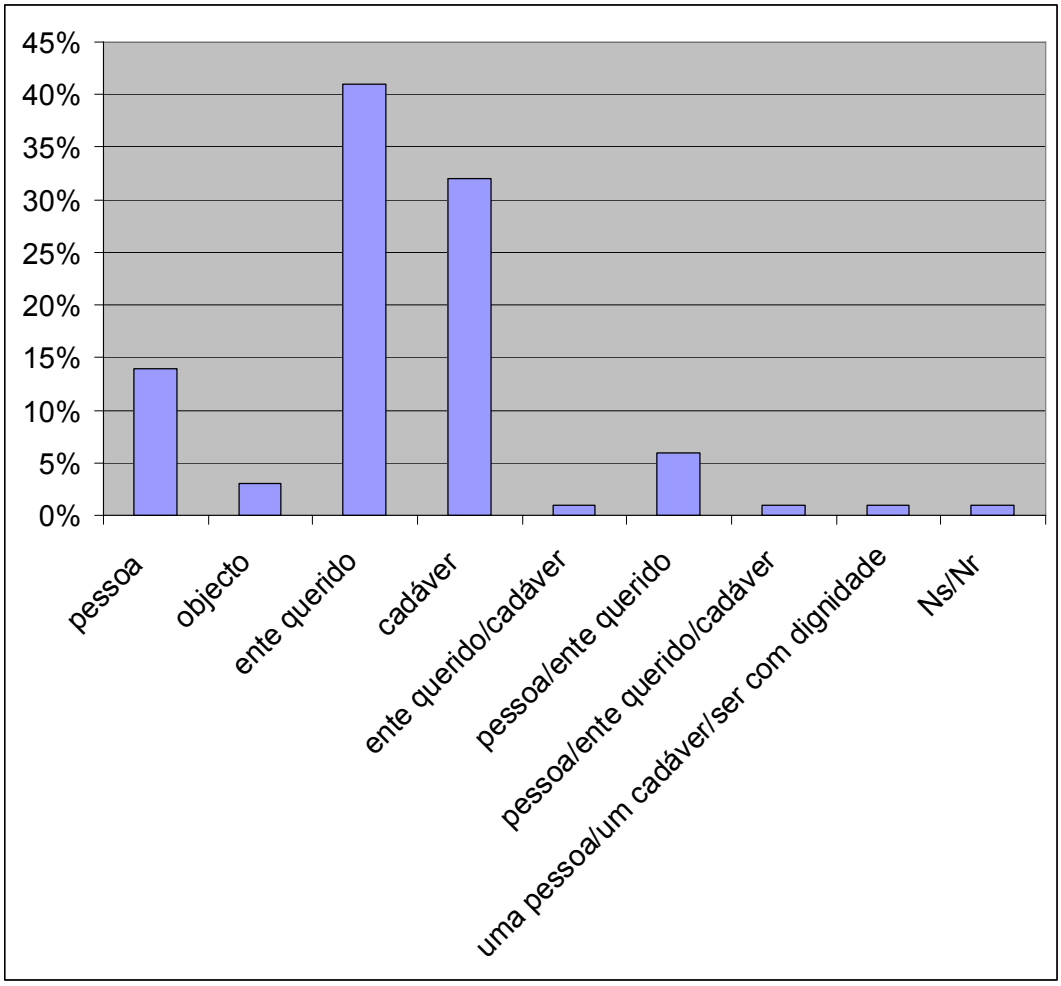
- **Uma Pessoa**
- **Um objecto**
- **Um ente querido**
- **Um cadáver**
- **Outro (o quê?)"**

Responderam:

Quadro 11 -Como considera o corpo de alguém já falecido?

	Número Utentes	
Resposta	***Fa***	***fx***
pessoa	14	14%
objecto	3	3%
ente querido	41	41%
cadáver	32	32%
ente querido/cadáver	1	1%
pessoa/ente querido	6	6%
pessoa/ente querido/cadáver	1	1%
uma pessoa/um cadáver/ser com dignidade	1	1%
Ns/Nr	1	1%
Total	100	100%

Gráfico 11 -Como considera o corpo de alguém já falecido?



Da análise das respostas a esta questão verifica-se que:

- 14% dos utentes considera o corpo falecido como pessoa,
- 3% como sendo um objecto;
- 41% como sendo um ente querido,
- 32% como cadáver
- 1% como ente querido/cadáver
- 6% como pessoa/ente querido,
- 1% como pessoa/ente querido/cadáver
- 1% como uma pessoa/um cadáver/ser com dignidade
- 1% dos utentes não respondeu

Salienta-se aqui o facto de 61% dos utentes adoptar na sua definição os termos "pessoa" e "ente querido" os quais podemos sem dúvida associar a um maior grau de afectividade para com o indivíduo

falecido. É de realçar que nesta questão não se mencionava a existência de qualquer grau de parentesco para com o indivíduo falecido.

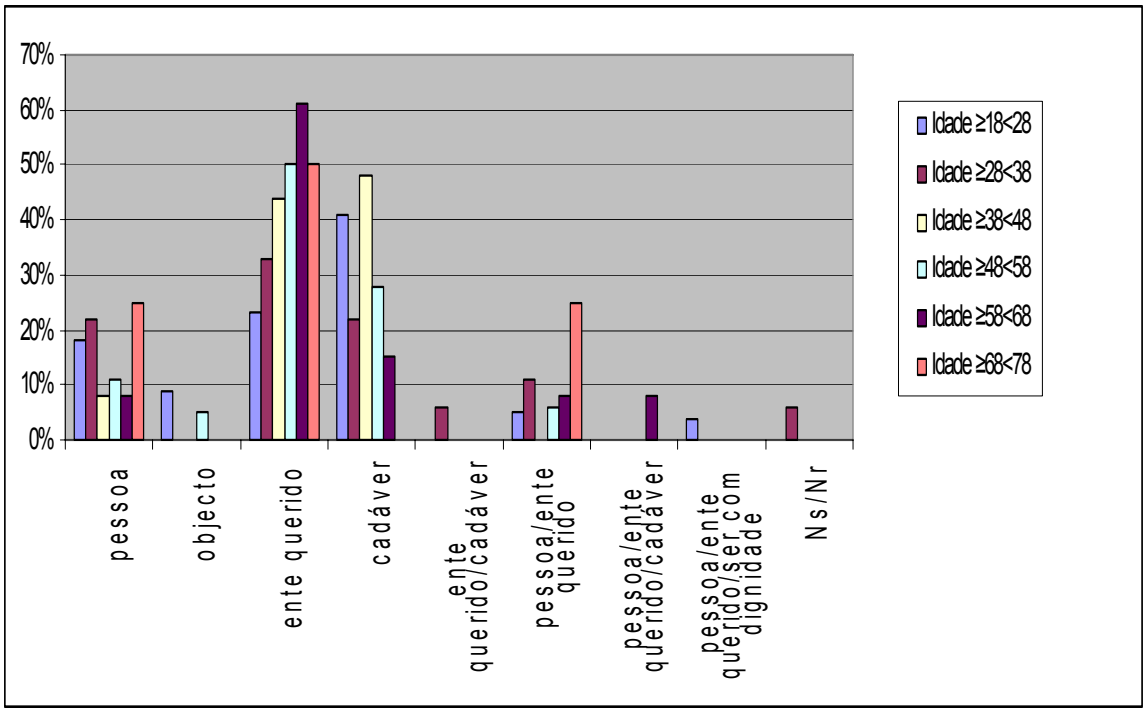
Algumas das respostas dadas são aparentemente contraditórias; no entanto, uma análise mais cuidadosa permite-nos identificar uma certa afectividade dos utentes para com o indivíduo falecido ao associarem na sua resposta o termo "ente querido" e "pessoa" ao termo "cadáver".

Relacionando as respostas dadas a esta questão com a idade dos respectivos utentes, verificamos que como demonstra o quadro seguinte:

Quadro 12 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Idade

	Idade											
	≥18<28		***≥28< 38***		***≥38< 48***		***≥48< 58***		***≥58< 68***		***≥68< 78***	
Resposta	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***
pessoa	4	18.18 %	4	22.22 %	2	8%	2	11.11 %	1	7.69 %	1	25%
objecto	2	9.09 %	0	0%	0	0%	1	5.55 %	0	0%	0	0%
ente querido	5	22.72 %	6	33.33 %	11	44%	9	50%	8	61.53 %	2	50%
cadáver	9	40.90 %	4	22.25 %	12	48%	5	27.77 %	2	15.38 %	0	0%
ente querido / cadáver	0	0%	1	5.55 %	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
pessoa/ente querido	1	4.54 %	2	11.10 %	0	0%	1	5.55 %	1	7.69 %	1	25%
pessoa/ente querido/ cadáver	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	7.69 %	0	0%
pessoa/ente querido/ser com dignidade	1	4.54 %	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ns/Nr	0	0%	1	5.55 %	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	22	1oo %	18	100 %	25	100 %	18	100 %	13	100 %	4	100 %

Gráfico 12 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Idade



Não há uma distribuição uniforme das respostas a esta questão relativamente à idade dos utentes salientando-se o facto de:

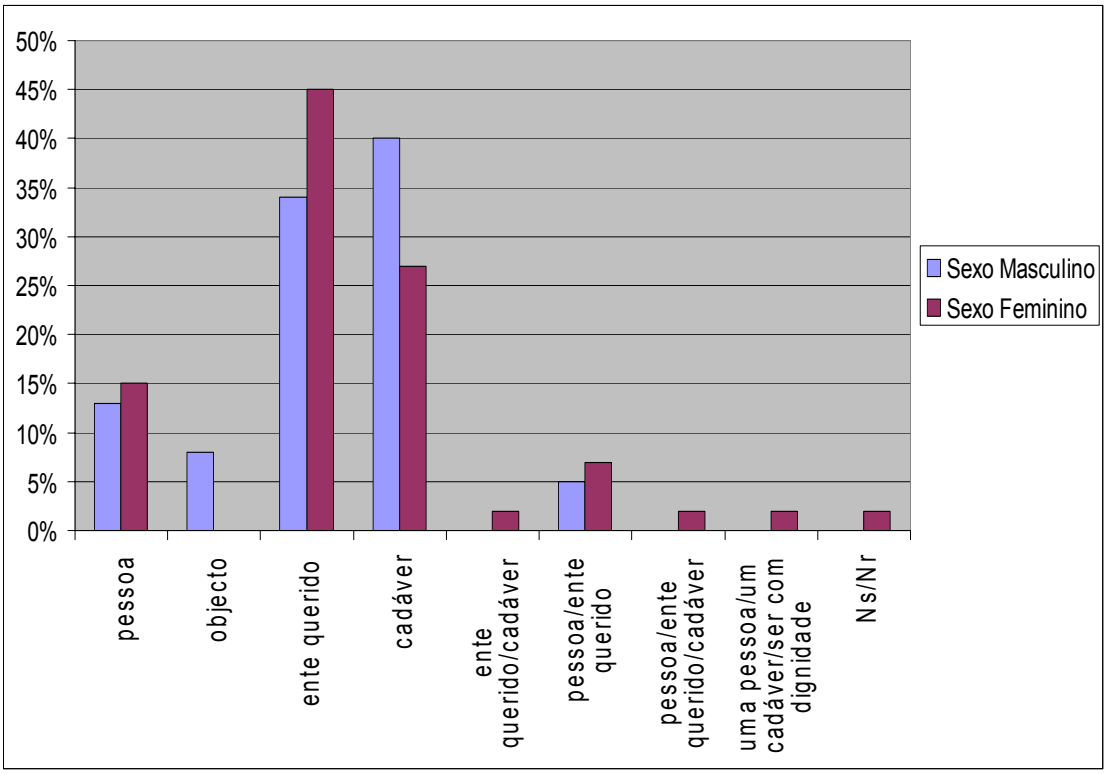
- 18.18% dos utentes com idade ≥18<28 anos considera o corpo de alguém já falecido como sendo uma pessoa, opinião que é partilhada por 22.22% dos utentes com idade ≥28<38 anos e por 25% dos utentes com idade ≥68<78 anos
- o termo "ente querido" é o mais utilizado pelos utentes com idade igual ou superior a 28 anos, sendo este facto mais evidente no grupo etário dos ≥58<68 anos de idade
- o termo "cadáver", contrariamente ao verificado na alínea anterior, é o mais usado pelos utentes com idade ≥18<28 anos.

No quadro seguinte, estabelecemos a relação entre o sexo dos utentes e as respostas a esta questão. Podemos então observar algumas diferenças nas respostas dadas pelos utentes do sexo masculino e do sexo feminino.

Quadro 13 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Sexo

	Sexo Masculino		*Sexo Feminino*	
Resposta	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***
pessoa	5	13.15%	9	14.51%
objecto	3	7.89%	0	0%
ente querido	13	34.21%	28	45,16%
cadáver	15	39.47%	17	27.41%
ente querido/cadáver	0	0%	1	1.61%
pessoa/ente querido	2	5.26%	4	6.45%
pessoa/ente querido/cadáver	0	0%	1	1.61%
pessoa/cadáver/ser com dignidade	0	0%	1	1.61%
Ns/Nr	0	0%	1	1.61%
Total	38	100%	62	100%

Gráfico 13 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Sexo



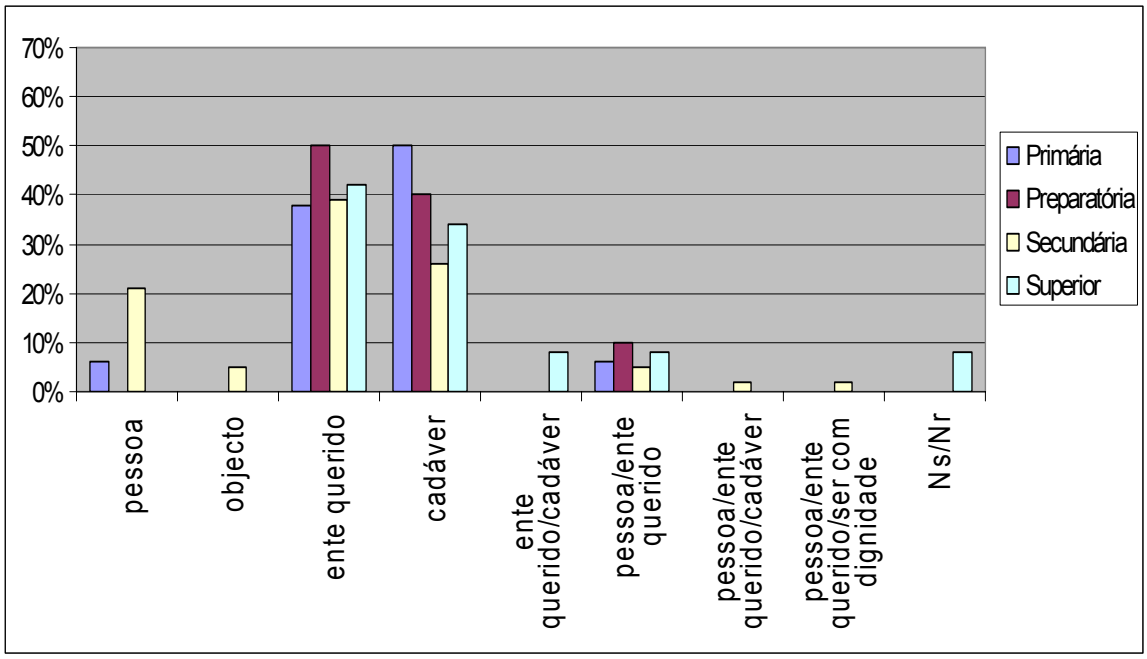
- 39.47% dos utentes do sexo masculino considera como cadáver o corpo de alguém já falecido, no sexo feminino a percentagem desta resposta desce para os 27.41%.
- verifica-se nas respostas dos utentes do sexo feminino uma maior utilização dos termos "pessoa" e "ente querido"; o termo "objecto" é unicamente utilizado por utentes do sexo masculino.

No quadro seguinte apresenta-se os resultados relativamente às Habilitações Académicas:

Quadro 14 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Habilitações Académicas

	Habilitações Académicas							
	Primária		Preparatória		Secundária		Superior	
Resposta	Fa	fx	Fa	fx	Fa	fx	Fa	fx
pessoa	1	6.25 %	0	0%	13	21.31 %	0	0%
objecto	0	0%	0	0%	3	4.91%	0	0%
ente querido	6	37.5 %	5	50%	24	39.34 %	5	41.66%
cadáver	8	50%	4	40%	16	26.22 %	4	33.33%
ente querido/cadáver	0	0%	0	0%	0	0%	1	8.33 %
pessoa/ente querido	1	6.25 %	1	10%	3	4.91%	1	8.33 %
pessoa/ente querido/cadáver	0	0%	0	0%	1	1.63%	0	0%
pessoa/ente querido/ser com dignidade	0	0%	0	0%	1	1.63%	0	0%
Ns/Nr	0	0%	0	0%	0	0%	1	8.33 %
Total	16	100 %	10	100 %	61	100 %	12	100 %

Gráfico 14 -Como considera o corpo de alguém já falecido/ Habilitações Académicas



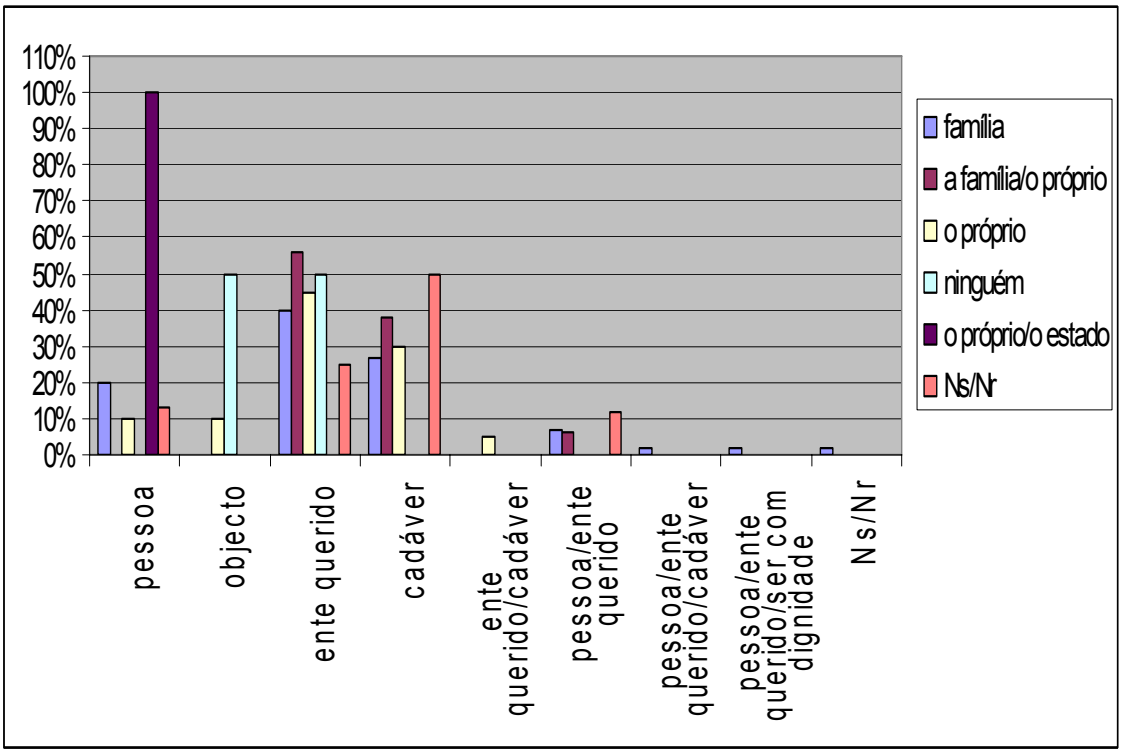
As respostas a esta questão distribuem-se aqui de forma mais uniforme, observando-se que, independentemente do grau de Habilitações Académicas, os termos "ente querido" e "cadáver" são os mais utilizados, não se verificando em nenhum dos grupos uma maior prevalência dos mesmos. O termo "pessoa", sendo só usado pelos utentes com Habilitações Primárias e Secundária, assume nestes últimos uma maior representatividade com 21.31%.

Consideramos necessário determinar de que forma as respostas a estas duas questões se interrelacionavam, ou seja, verificar se a forma como os utentes classificaram o corpo de alguém já falecido tem alguma relação com quem, segundo eles, deve decidir o destino a dar ao cadáver.

Quadro 15 -Relação das respostas da questão número 1 com as respostas á questão número 2

	Respostas questão número 1											
	família		***a família/ o próprio***		***o próprio***		***ninguém***		***o próprio /o estado***		***Ns /Nr***	
Respostas questão número 2	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***	***Fa***	***fx***
pessoa	9	20%	0	0%	2	10%	0	0%	1	100 %	2	12.5 %
objecto	0	0%	0	0%	2	10%	1	50%	0	0%	0	0%
ente querido	18	40%	9	56.25 %	9	45%	1	50%	0	0%	4	25%
cadáver	12	26.66 %	6	37.5 %	6	30%	0	0%	0	0%	8	50%
ente querido/ cadáver	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%
pessoa/ente querido	3	6.66 %	1	6.25 %	0	0%	0	0%	0	0%	2	12.5 %
pessoa/ente querido/ cadáver	1	2.22 %	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
pessoa/ente querido/ser com dignidade	1	2.22 %	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ns/Nr	1	2.22 %	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	45	100 %	16	100 %	20	100 %	2	100 %	1	100 %	16	100 %

Gráfico 15 -Relação das respostas da questão número 1 com as respostas á questão número 2



- 60% dos que considera que deve ser a família a decidir classificam o corpo de alguém já falecido como "pessoa" (20%), ente querido (40%) e 26.66% considera-o como sendo um "cadáver"
- 56.25% dos que atribuem o poder e decisão à família/o próprio considera o corpo de alguém já falecido como "ente querido" e 37.5% consideram-no como "cadáver"
- 10% dos que atribuem o poder de decisão ao próprio considera o corpo de alguém já falecido como "pessoa", 45% como "ente querido" e 30% como "cadáver"
- independentemente de quem decide o destino a dar ao corpo falecido este é maioritariamente considerado como "ente querido"

Nesta análise verificamos que uma grande percentagem dos utentes que demonstra um maior sentimento de pertença relativamente ao corpo de alguém já falecido, ao atribuir a decisão ao próprio e/ou

família, continua a considerá-lo após a morte como pessoa ou ente querido, pelo que, neste contexto, consideramos que o sentimento de pertença aqui demonstrado é diferente do direito de propriedade que permitiria à família ou ao próprio dispor livremente do corpo, este sentimento é apenas uma demonstração da grande afectividade existente para com o falecido.

À questão nº3: "Concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplante como forma de tratamento?

- Concordo

A- Se o doente for meu familiar ou amigo

B- Se o doente for meu familiar ou amigo e os órgãos forem de outra pessoa desconhecida

C- Se o doente for meu familiar ou amigo sendo os órgãos meus ou de qualquer outra pessoa

D- em todas as situações

- Não concordo

A1- Se os órgãos forem meus ou de um familiar /amigo

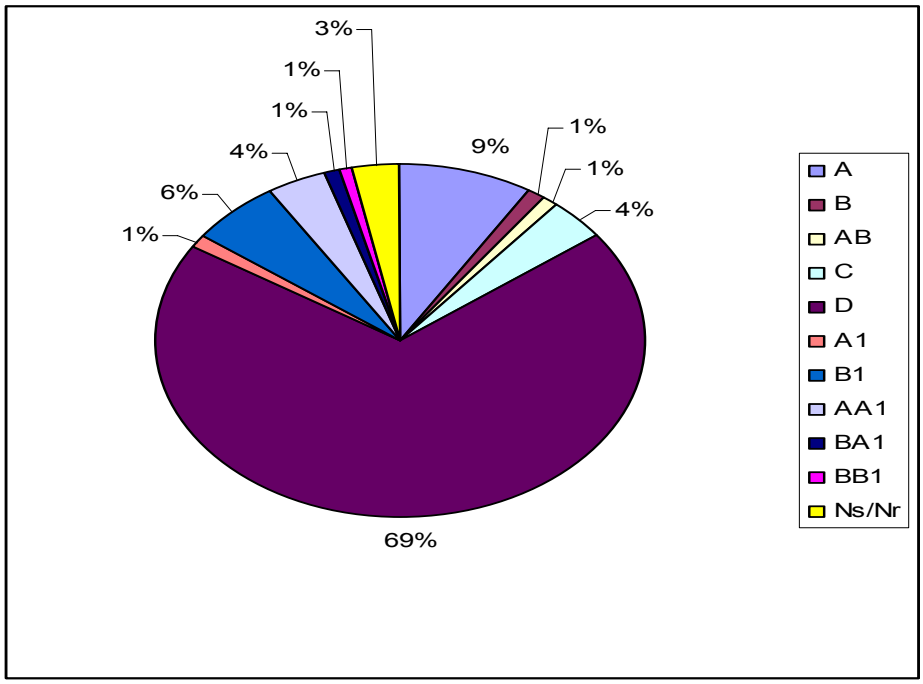
B1- Em qualquer situação"

Responderam:

Quadro 16 -Concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplante como forma de tratamento?

	Número Utentes	
Resposta	*Fa*	*fx*
A	9	9%
B	1	1%
AB	1	1%
C	4	4%
D	69	69%
A1	1	1%
B1	6	6%
AA1	4	4%
BA1	1	1%
BB1	1	1%
Ns/Nr	3	3%
Total	100	100%

Gráfico 16 - Concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplante como forma de tratamento?



De acordo com os dados recolhidos através das respostas a esta questão verifica-se que:

- 69% dos utentes concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplante, sem para isso colocarem qualquer condição
- 9% dos utentes concorda se for em benefício de um familiar ou amigo
- 4% dos utentes concorda se for em benefício de um familiar ou amigo independentemente de quem seja o dador
- 2% dos utentes concorda com a utilização sendo os órgãos de uma pessoa desconhecida e em benefício de um familiar ou amigo
- 5% dos utentes concorda com a utilização em benefício de um familiar ou amigo, mas ao mesmo tempo discordam com a utilização de órgãos do cadáver de um familiar ou amigo
- 6% dos utentes não concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplante
- 3% dos utentes não respondem

- 1% dos utentes deu resposta contraditória e por isso sem validade

Estes resultados permitem-nos concluir que uma grande percentagem dos utentes concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplante, independentemente da situação em que tal seja necessário, o que poderíamos considerar como sendo uma atitude altruísta. Este pressuposto é, no entanto, contrariado pelos restantes dados recolhidos nas respostas de 22% dos utentes, de acordo com as quais 9% concorda apenas se for em benefício de um familiar ou amigo, 7% exclui a hipótese de serem utilizados órgãos de seus familiares ou amigos, ainda que em benefício de algum deles e 6% simplesmente não concorda com a utilização dos órgãos de cadáver para transplante.

À questão nº4: "Tem ou teve um familiar ou amigo que necessitasse de um transplante de órgãos?

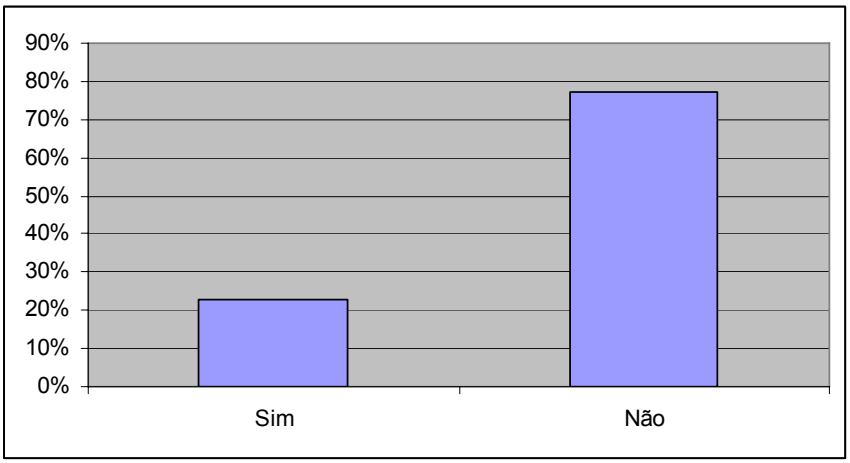
- Sim
- Não"

Responderam:

Quadro 17 -Tem ou teve um familiar ou amigo que necessitasse de um transplante de órgãos?

	Número Utentes	
Resposta	***Fa***	***fx***
Sim	23	23%
Não	77	77%
Total	100	100%

Gráfico 17 -Tem ou teve um familiar ou amigo que necessitasse de um transplante de órgãos?



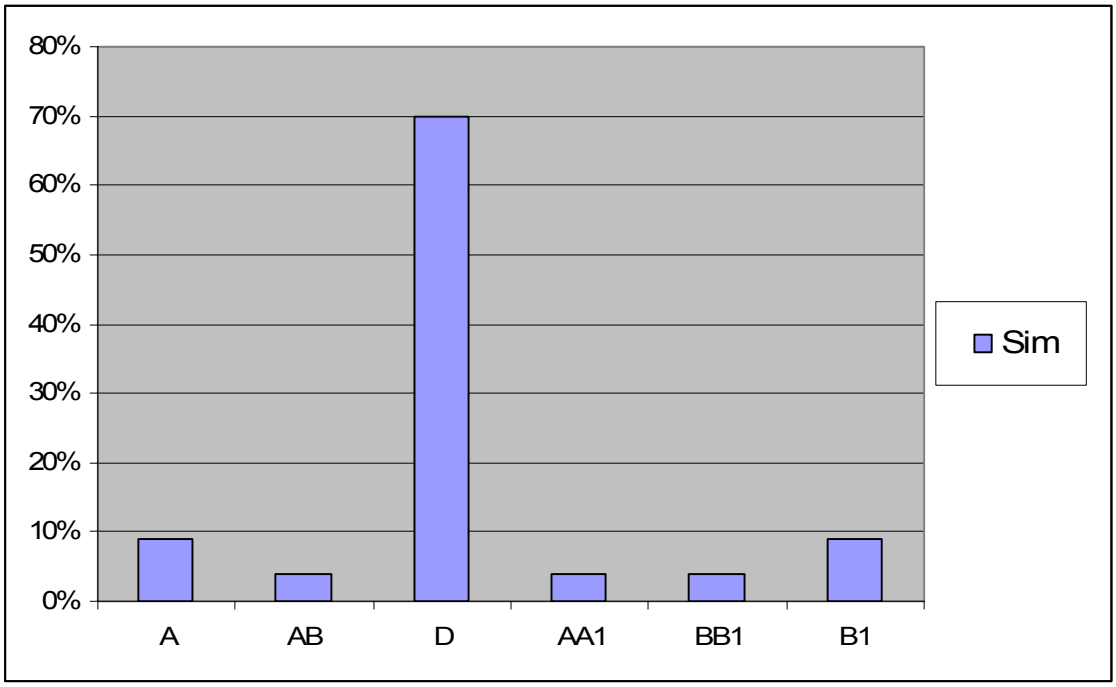
- 23% dos utentes refere ter ou ter tido um familiar ou amigo a necessitar de um transplante – é uma percentagem elevada mas ultrapassa os objectivos deste trabalho analisar os factores que originaram esta elevada percentagem.
- 77% dos utentes refere não ter tido familiar ou amigo a necessitar de um transplante.

Para apurar se o facto de ter ou ter tido um familiar ou amigo a necessitar de um transplante influenciava a opinião que os utentes tinham relativamente ao uso de órgãos de cadáver para transplante, analisámos o tipo de resposta que estes utentes deram na questão anterior e verificámos que:

Quadro 18 – Respostas dadas á questão número 3 pelos utentes que responderam afirmativamente á questão número 4

	Número Utentes	
Resposta	***Fa***	***fx***
A	2	8.69%
AB	1	4.34%
D	16	69.56%
AA1	1	4.34%
BB1	1	4.34%
B1	2	8.69%
Total	23	100%

Gráfico 18– Respostas dadas á questão número 3 pelos utentes que responderam afirmativamente á questão número 4



- 69.56% dos utentes que referiram ter um familiar ou amigo a necessitar de um transplante de órgão, concordava com a utilização de órgãos de cadáveres para transplante em todas as situações
- 8.69% concorda se for em benefício de um familiar ou amigo
- 8.68% concorda, mas excluem a utilização de órgãos de um familiar ou amigo
- 8.69% não concorda com a utilização de órgãos de cadáveres para transplante

Estes dados vêm uma vez mais pôr em causa o espírito altruísta do povo português.

À questão nº5: "Conhece a legislação sobre a colheita e transplantação de órgãos em Portugal?

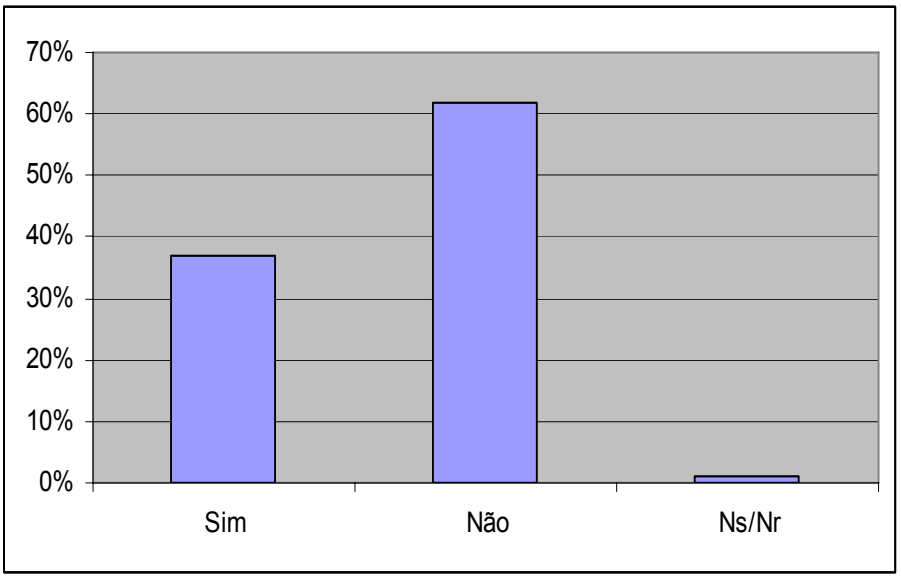
- Sim
- Não"

Responderam:

Quadro 19 -Conhece a legislação sobre a colheita e transplantação de órgãos em Portugal?

	Número Utentes	
Resposta	***Fa***	***fx***
Sim	37	37%
Não	62	62%
Ns/Nr	1	1%
Total	100	100%

Gráfico 19 -Conhece a legislação sobre a colheita e transplantação de órgãos em Portugal?



- 37% dos utentes refere conhecer a legislação
- 62% dos utentes refere não conhecer a legislação
- 1% dos utentes não responderam á questão

Estes dados permitem-nos desde já excluir a possibilidade de uma população informada e esclarecida.

À questão nº6: "Na sua opinião a informação disponível é:

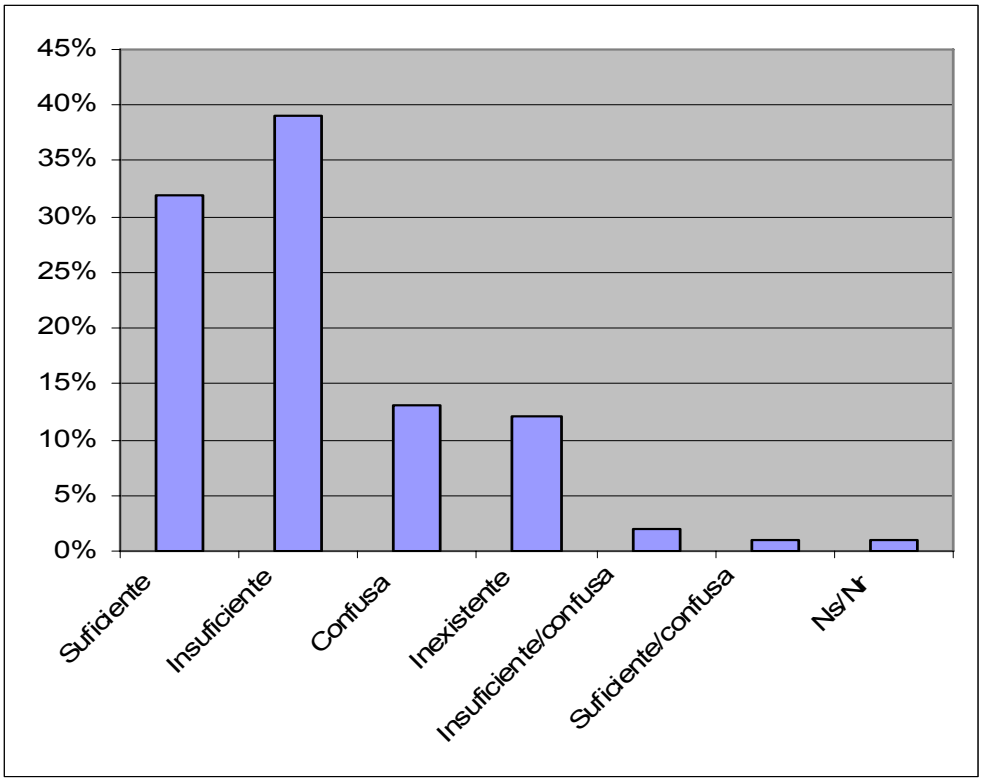
- Suficiente
- Insuficiente
- Confusa
- Inexistente (não existe)"

Responderam:

Quadro 20 -Na sua opinião a informação disponível é:

	Número Utentes	
Resposta	***Fa***	***fx***
Suficiente	32	32%
Insuficiente	39	39%
Confusa	13	13%
Inexistente	12	12%
Insuficiente/confusa	2	2%
Suficiente/confusa	1	1%
Ns/Nr	1	1%
Total	100	100%

Gráfico 20-Na sua opinião a informação disponível é:



- 32% dos utentes considera a informação disponível suficiente
- 39% dos utentes considera a informação disponível insuficiente
- 13% dos utentes considera a informação disponível confusa
- 12% dos utentes considera a informação disponível inexistente

De acordo com estes dados, 64% dos utentes não teve acesso a uma informação clara, precisa e objectiva sobre a legislação que regulamenta a colheita e transplantação de órgãos de cadáver em Portugal.

À questão nº7: "Como obteve a informação?

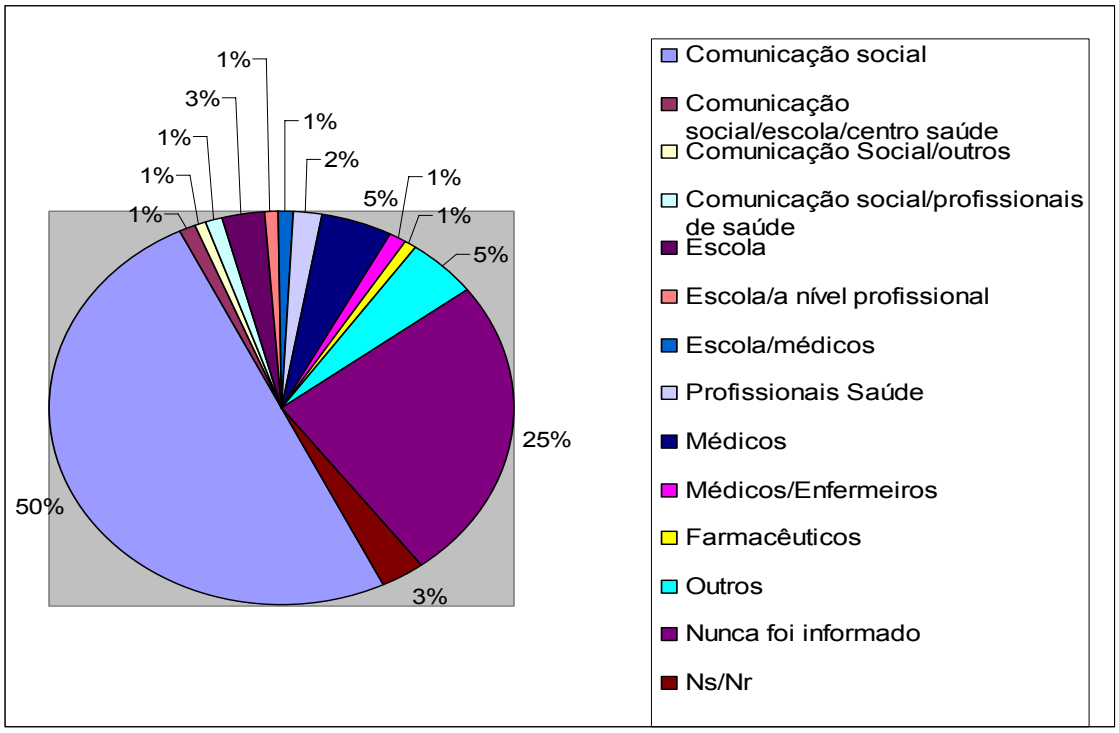
- Meios de comunicação Social
- Escola
- Profissionais de Saúde (quais?)
- Outros
- Nunca foi informado"

Responderam:

Quadro 21 -Como obteve a informação?

	Número Utentes	
Resposta	***Fa***	***fx***
Comunicação social	50	50%
Comunicação social/escola/centro saúde	1	1%
Comunicação Social/outros	1	1%
Comunicação social/profissionais de saúde	1	1%
Escola	3	3%
Escola/a nível profissional	1	1%
Escola/médicos	1	1%
Profissionais Saúde	2	2%
Médicos	5	5%
Médicos/Enfermeiros	1	1%
Farmacêuticos	1	1%
Outros	5	5%
Nunca foi informado	25	25%
Ns/Nr	3	3%
Total	100	100%

Gráfico 21 -Como obteve a informação?



Da análise das respostas a esta questão verifica-se que:

- 50% dos utentes refere ter obtido a informação através dos meios de comunicação social
- 12% dos utentes menciona profissionais ou instituições de saúde como fonte de informação; relativamente à escola, o valor é significativamente inferior, com apenas 6%
- 25% dos utentes refere nunca terem sido informados

A percentagem de utentes que aqui refere nunca ter tido acesso a qualquer informação vem reforçar o clima de desinformação que as duas perguntas anteriores tinham evidenciado, sendo igualmente de salientar a baixa percentagem de utentes que identifica a escola e os profissionais/ instituições de saúde como fonte de informação.

À questão nº8: "È dador de órgãos?

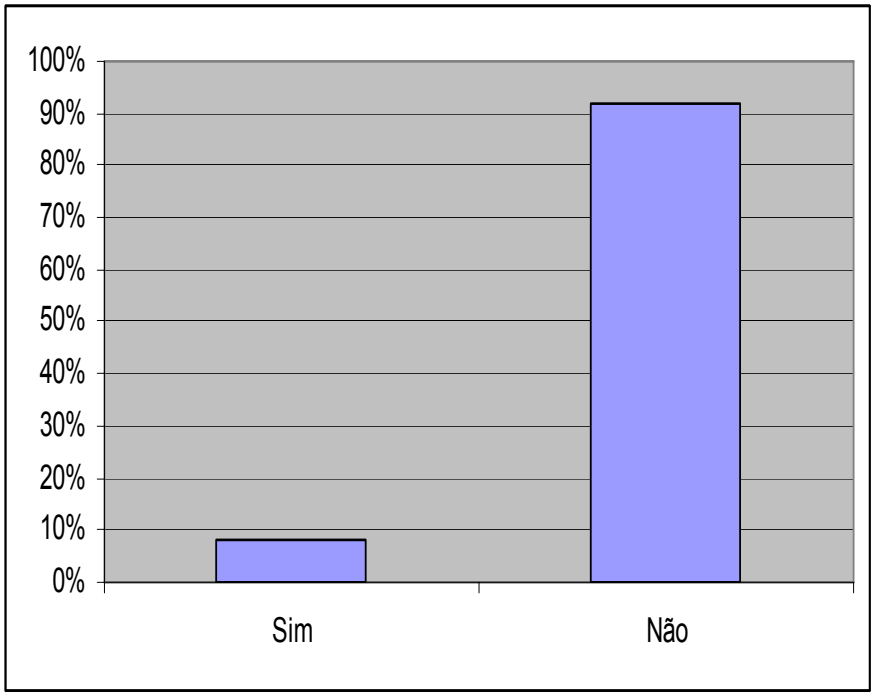
- Sim
- Não"

Responderam:

Quadro 22-È dador de órgãos?

	Número Utentes	
Resposta	***Fa***	***fx***
Sim	8	8%
Não	92	92%
Total	100	100%

Gráfico 22-È dador de órgãos?



- 92% dos utentes não se considera dadores de órgãos
- 8% dos utentes considera-se dadores de órgãos

A baixa percentagem de utentes (8%) que se considera dadores de órgãos contrasta significativamente com a percentagem de utentes que referiu concordar com o uso de órgãos de cadáver para transplante.

À questão nº9: "Como procedeu?

A- Não fiz nada

B- Comuniquei a minha vontade a familiares

C- Consultei a informação disponível e não me inscrevi no RENNDA (centro de saúde)

D- Inscrevi-me no REENDA (centro de saúde)

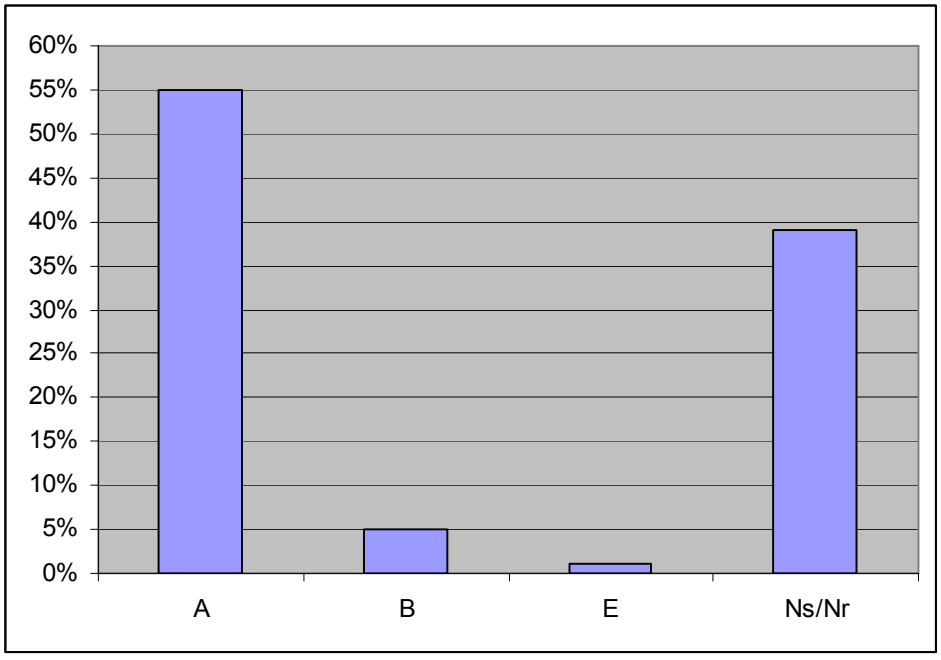
E- Consultei a informação disponível e inscrevi-me no RENNDA (centro de saúde)"

Responderam:

Quadro 23 -Como procedeu?

	Número Utentes	
Resposta	***Fa***	***fx***
A	55	55%
B	5	5%
E	1	1%
Ns/Nr	39	39%
Total	100	100%

Gráfico 23 -Como procedeu?



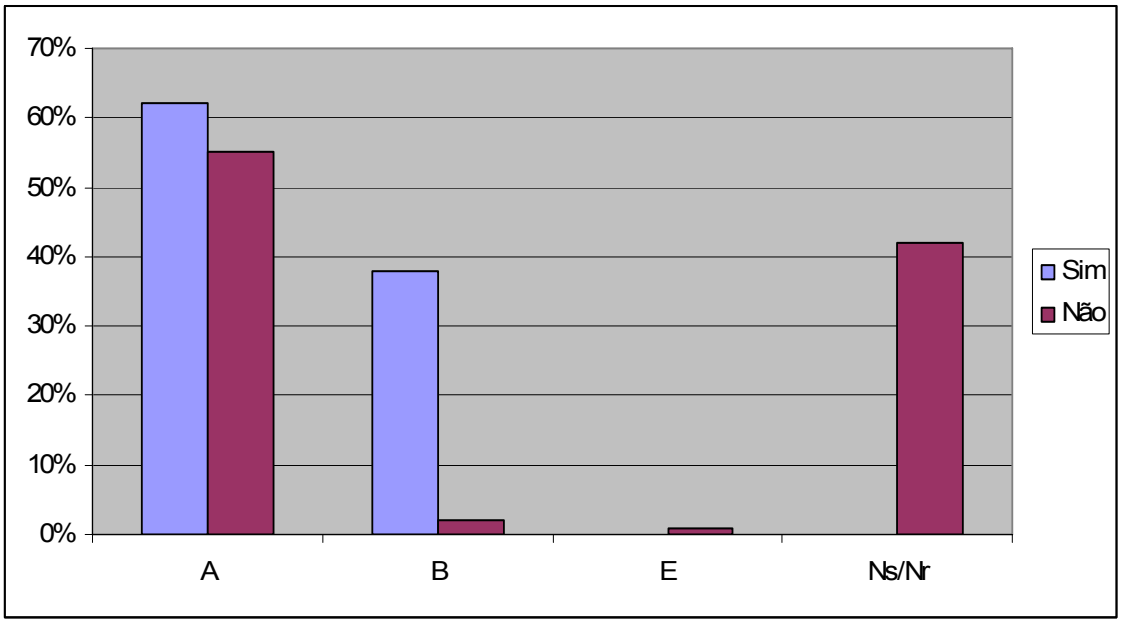
- 55% dos utentes refere não ter tomado qualquer atitude para manifestar a sua vontade
- 5% refere ter comunicado a sua vontade a familiares
- 1% dos utentes procedeu à inscrição no RENNDA
- 39% dos utentes não respondeu

Estes dados por si só não nos permitem obter uma conclusão, pelo que se efectuou o cruzamento dos dados obtidos com as respostas às duas últimas questões.

Quadro 24 – Procedimento dos utentes relativamente ao facto de serem ou não dadores

	Como procedeu								
É dador	*A*	*fx*	*B*	*fx*	*E*	*fx*	*Ns/Nr*	*fx*	*Total*
Sim	5	62.5%	3	37,50%	0	0%	0	0%	8
Não	50	54,30%	2	2.17%	1	1.08%	39	42.3%	92
Total	55		5		1		39		100

Gráfico 24 – Procedimento dos utentes relativamente ao facto de serem ou não dadores



Podemos então verificar que:

- dos utentes que se tinham considerado como dadores, 62.5%

não tinha manifestado a sua vontade e 37.5% tinham comunicado sua vontade a familiares

- dos utentes que se tinham considerado como não dadores, 54.3% não tinha manifestado a sua vontade, 2.17% tinha comunicado a sua vontade a familiares, 1.08% tinha efectuado a inscrição no RENNDA e 42.3% não respondeu a esta última questão. O que significa que 56.47% dos utentes que não se consideram dadores de acordo com a legislação em vigor são dadores de órgãos contra a sua vontade. È também de salientar o facto de todos os utentes que não responderam a esta questão se terem posicionado anteriormente entre os não dadores.

Perante esta grande percentagem de utentes que se tinha considerado como sendo não dadores mas que não tinha manifestado de forma adequada a sua vontade sendo por isso dadores, decidimos verificar a existência de relação entre estes, e a resposta que os mesmos deram relativamente ao seu conhecimento da legislação.

Quadro 25 – **Dadores involuntários**

	Dadores Involuntários	
Utentes que conheciam a legislação	***Fa***	***fx***
37	28	75.67%

Verificámos então que 75.67% dos utentes que consideraram conhecer a legislação, por desconhecimento ou por terem sido indevidamente informados, eram de acordo com a lei dadores apesar do facto de não demonstrarem vontade de o ser uma vez que se consideram como sendo não dadores.

Estes dados obrigam-nos a rever os resultados obtidos relativamente à questão onde se questionou sobre o conhecimento da legislação, aos 62 utentes que consideravam não conhecer a

legislação temos obrigatoriamente que juntar os 28 dadores involuntários o mesmo será dizer que 90% dos utentes não conhecem a legislação.

8.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tentando dar resposta às questões de investigação colocadas no início deste estudo:

1. **A população concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplantes?**

Na resposta a esta questão procurámos descrever a opinião dos inquiridos e os identificar os motivos que lhe estão subjacentes.

No início da análise das respostas dadas ao questionário verificámos que a grande maioria dos utentes mostra-se favorável à utilização de órgãos de cadáver para transplante, independentemente da situação em que as colheitas e os transplantes se verifiquem. Esta manifestação de total disponibilidade e concordância que, pelos menos aparentemente, parecia ser um reflexo do carácter altruísta dos utentes inquiridos que maioritariamente se tinham identificado como sendo cristãos, foi, no entanto, contrariada pelas respostas de uma minoria, ainda que significativa, de utentes segundo os quais a sua disponibilidade para a utilização dos órgãos estava condicionada por determinadas situações de relacionamento entre o dador e o receptor, existindo ainda utentes que simplesmente discordam com qualquer tipo de utilização de órgãos de cadáver.

Alargando um pouco esta análise da questão do altruísmo, ao relacionarmos estes dados com as respostas dos utentes que referem ter ou terem tido familiares ou amigos que necessitassem de um transplante de órgãos, verificamos que, como já era esperado, continuava a haver uma grande percentagem de utentes que concordava com a utilização dos órgãos de cadáver para transplante em todas as

situações, mas estranhamente continuava a haver um número de utentes, em nossa opinião relevante, que impunham condições à utilização dos órgãos ou que se manifestavam contrários a qualquer utilização de órgãos de cadáver para transplante. Estes factos, vêm, na nossa opinião, contestar o espírito altruísta que se suponha associado à população portuguesa cristã. No nosso estudo esses mesmos cristãos, ou pelo menos um grande número deles, mostram-se inequivocamente contrários a esse pressuposto que alguns autores defendem e apresentam como um dos pretextos segundo o qual seria legítimo adoptar a doação presumida de órgãos em Portugal.

Os resultados aqui revelados poderão em parte ser explicados pelos sentimentos de afectividade e de pertença que os utentes demonstraram relativamente ao corpo de alguém já falecido ao continuar a considerá-lo como pessoa ou ente querido e ao atribuir o poder de decisão do seu destino ao próprio ou à família. Esse sentimento de pertença, que se mantinha constante, independentemente das variáveis (idade, sexo e habilitações académicas) da nossa amostra, apesar de o considerarmos diferente do real sentido de propriedade que normalmente se verifica relativamente a elementos de ordem material, devido ao seu valor eminentemente cultural que certamente teve origem nas primeiras comunidades ou grupos unifamiliares, sendo por isso anterior à própria religião ou outros valores sociais, pode por si só ser suficientemente forte para subjugar o espírito altruísta de um indivíduo que, ao ser confrontado com a perda de um elemento do seu grupo social, pode, ao elaborar consciente ou inconscientemente a sua hierarquização de valores, atribuir uma maior importância ao corpo falecido do que à hipótese de este ser ou poder vir a ser o meio através do qual seria possível o tratamento de outro indivíduo.

Se a explicação que apresentamos anteriormente, e de acordo com os dados obtidos, poderá justificar a opinião dos utentes relativamente à utilização de órgãos de cadáver para transplante em geral, não nos parece por si só suficiente para explicar a baixa

percentagem de utentes que posteriormente referem ser dadores de órgãos.

Poderíamos simplesmente considerar estes dados como sendo um sinal da inércia dos indivíduos relativamente às doações voluntárias que de certa forma, justificou a adopção da doação presumida de órgãos em Portugal sem a qual, e segundo os seus defensores, muitos seriam os órgãos que se perderiam, mas estaríamos assim a admitir que a socialização do cadáver que surge associada à legislação é aceitável relegando-se assim para segundo plano a vontade expressa do indivíduo e/ou família a quem, de acordo com a maioria dos inquiridos, compete decidir o destino a dar ao cadáver, pelo que outros aspectos terão de ser analisados.

2. A população possui conhecimentos relativamente à legislação em vigor que lhe permita efectuar opções de forma consciente?

Contrastando significativamente com o número de utentes que afirma conhecer a legislação, os dados obtidos no estudo revelam uma grande percentagem de utentes inquiridos que refere não conhecer a mesma. Ao serem questionados sobre a forma como classificavam a informação disponível 32% dos utentes considerava-a suficiente e os restantes referiam-se a ela como sendo insuficiente, confusa ou inexistente. Sendo a grande percentagem de utentes que refere não conhecer a legislação proporcional à dos utentes que considera a informação disponível como insuficiente, confusa ou inexistente, podemos considerar que existe coerência nas respostas dadas a estas questões; o que nos permitiu desde logo excluir a hipótese de uma população informada e esclarecida.

Esta conclusão é posteriormente reforçada pelo facto de, ao questionarmos os utentes relativamente aos meios através dos quais obtiveram a informação, 25% dos utentes refere que nunca tinham sido informados; mas este dado não é o único a ter relevância para a nossa análise. Segundo as respostas a esta questão apenas 12% dos utentes

identifica os profissionais e instituições de saúde como fonte de informação e 7% dos utentes refere a escola. Este facto é preocupante pois, à partida, seriam estas as fontes ou veículos de transmissão de informação mais fidedignos a que a população poderia aceder. Relembremos que, de acordo com a legislação, a tarefa de divulgar a informação relativamente à transplantação de órgãos foi atribuída ao Ministério da Saúde, pelo que as suas instituições em geral e os profissionais de saúde em especial, deveriam ter um papel preponderante na divulgação dessa mesma informação.

Retomando a observação com que terminámos a resposta à questão anterior, como havíamos já referido, uma expressiva maioria dos utentes considerava-se como "não dadores". Este facto, sendo à partida um sinal inequívoco da falta de altruísmo da população, de acordo com os dados recolhidos está intimamente relacionado com o clima de desinformação que temos vindo a analisar.

Quando questionámos os utentes sobre as medidas que os mesmos adoptaram para serem considerados como não dadores, verificámos então que a maioria destes (54.30%) referiu não ter tomado qualquer providência nesse sentido, 2.17% tinha comunicado a sua vontade a familiares, 1.08% teria efectuado a respectiva inscrição no RENNDA e, os restantes 42.3% dos utentes não respondeu à questão. Este facto revela-nos que a maioria dos utentes, apesar de não demonstrar disponibilidade e/ou a vontade de os seus órgãos poderem após a sua morte ser utilizados para transplante, por não terem tido acesso à informação ou terem sido incorrectamente informados, de acordo com a legislação em vigor era involuntariamente dadora, o que constitui uma clara violação do direito de um individuo em ser autónomo e de ser devidamente informado e esclarecido sobre todas as intervenções que directa ou indirectamente possam limitar o bem jurídico da sua integridade física.

Outro aspecto que surgiu na análise dos dados foi o facto de os utentes que se consideravam dadores de órgãos, apesar do seu número reduzido, para manifestarem a sua vontade tiveram duas

atitudes distintas. Se a maioria destes não tomou qualquer providência para o efeito, estando por isso de forma consciente ou inconscientemente de acordo com o pressuposto definido na lei; 37.50% refere ter comunicado a sua vontade a familiares. Isto revela-nos que estes últimos, ainda que sejam por ignorância do pressuposto legal dadores de órgãos, seriam os únicos utentes para os quais é legítimo supormos que se em Portugal se tivesse adoptado o sistema de doação voluntária de órgãos teriam tido a necessária motivação para efectuarem o seu registo de dadores.

Confrontando os dados obtidos nas respostas dadas pelos utentes ao questionário com os pressupostos definidos na lei e com os conceitos éticos em que baseámos esta nossa reflexão, concluímos que, no contexto de desinformação que identificámos no nosso estudo, a actual legislação portuguesa que regula a colheita e transplantação de órgãos de cadáver é utilitarista e paternalista.

A legislação propriamente dita de facto não obriga ninguém a doar os seus órgãos, mas a falta de informação e de esclarecimento da nossa população priva-a do seu direito de decisão e da sua autonomia, não lhe dando a oportunidade de efectuar as suas opções de forma consciente, apresentando assim como facto consumado a socialização do cadáver que consideramos contrária ao sentimento de afectividade e de pertença que foi manifestado pela maioria dos utentes. A baixa disponibilidade para a doação de órgãos verificada, ainda que seja um sinal da falta de altruísmo da nossa sociedade, é, em nosso entender, mais uma consequência desta ignorância e dos receios dos indivíduos relativamente aos procedimentos de colheita e transplantação de órgãos para os quais não foram sensibilizados e esclarecidos, pelo que não poderemos de forma alguma considerar como sendo legítima a presunção da doação.

Enquanto profissionais de saúde que somos, apesar de termos de encarar a actual legislação como um instrumento essencial para o amenizar de um grave problema que é a carência de órgãos para transplante e o consequente prolongar de processos de doença e

deterioração da qualidade de vida de um grande número de utentes, não podemos deixar de considerar como inaceitável o clima de desinformação verificado, pelo que, enquanto cidadãos e profissionais de saúde, temos a incumbência de exigir que o Estado cumpra o seu dever de informar a população e a obrigação de ter um papel mais activo nos processos de informação e esclarecimento previstos na Lei nº12/ 93.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento da Medicina e da Biotecnologia tornou possível a realização de procedimentos cirúrgicos cada vez mais arrojados e inovadores, os quais criam novos desafios éticos. O desenvolvimento da Medicina de Transplantação transformou um procedimento experimental e arriscado num procedimento de rotina e habitual nos nossos Hospitais. Tais factos tornaram 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/ estado, 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.

Com a realização do trabalho de investigação subordinado ao tema "Doação Presumida de Órgãos – Uma Questão de Autonomia", tivemos oportunidade de percepcionar o sentimento dos utentes relativamente à questão em estudo.

Como se pode verificar pelos dados obtidos no trabalho, a maioria dos participantes concorda com a doação de órgãos, aspecto que vem ainda que parcialmente corroborar a opção do legislador pelo sistema de doação presumida de órgãos, mas, por outro lado, os dados obtidos demonstram que essas mesmas pessoas na sua maioria não estão informadas ou foram indevidamente informadas. Se extrapolarmos os dados obtidos no estudo para a generalidade da população Portuguesa, podemos concluir que a maioria dos

Portugueses está desta forma privados da sua autonomia pelo que é simultaneamente beneficiária e vítima de uma lei que não conhece.

Consideramos existir em Portugal a necessidade premente 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, adoptar 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.

Apesar de todas as dificuldades que tivemos na elaboração deste trabalho pensamos ter atingido os objectivos a que nos propusemos. A sua elaboração permitiu identificar alguns dos factores que condicionam o acesso da população às informações que lhe permitiria agir com autonomia na questão da doação de órgãos para transplante e, ao mesmo tempo, identificar qual é o sentimento da população estudada acerca da utilização de órgãos de cadáver para transplantação.

Este trabalho pode ser um pequeno contributo para uma discussão mais alargada, na qual devem participar todos interessados, para que todos os cidadãos possam ver assegurados os seus direitos, nomeadamente o direito de verem a sua autonomia respeitada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDORNO, Roberto - *Bioética y Dignidade de la Persona*. Madrid: Editorial Tecnos, 1998. IBSN 84-309-3236-4.

ANTUNES, Maria João - *Código Penal*. 13ªedição. Coimbra: Coimbra Editora, 2006. ISBN 972-32-1351-6.

ASSOCIAÇÂO DOS MÉDICOS CATÓLICOS PORTUGUESES – Da Vida À Morte. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1988.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. - *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson, 1999. IBSN 84-458-0480-4.

BÍBLIA SAGRADA – Lisboa: Edição da Sociedade Bíblica, 1985

BLÁZQUEZ, Niceto - *Bioética. La Nueva Ciência de la Vida*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2000. IBSN 84-7914-487-4.

BOLZAN, Alejandro D. - *Para uma Ética da Vida Por Nascer*. 1ª Edição. Apelação: Paulus Editora, 2000. IBSN 972-30-0852-1.

BONETE, Enrique - *Éticas en Esbozo. De Política, Felicidad y Muerte.* Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 2003. IBSN 84-330-1753-5.

BRITO, José Henrique Silveira (coord.) - *Bioética Questões em Debate.* Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da UCP, 2001. IBSN 972-697-165-9.

BRITO, José Henrique Silveira (coord.) - *Do Início ao Fim da Vida*. Braga:

Publicações da Faculdade de Filosofia da UCP, 2005.IBSN 972-697-177-2.

BRITO, José Henrique Silveira (coord.) - *Temas Fundamentais de Ética – Actas do Colóquio de Homenagem ao Prof. P. Roque de Aguiar Cabral, S. J.* Braga: Publicações das Faculdade de Filosofia Universidade Católica Portuguesa, 2001. IBSN 972-697-163-2.

CABRAL, S. J. ROQUE - Temas de ética. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia – Universidade Católica Portuguesa, 2003. ISBN 972-697-156-X

Código Civil e Diplomas Complementares. 7ª Edição. Lisboa: Quid Juris Sociedade Editora, 2006. IBSN 972-724-290-1

COLLIÉRE, Marie-Françoise - *Promover a Vida.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN 972-95420-0-7.

CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE - *Carta dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Edições Paulinas. IBSN 972-751-036-1.

Constituição da Republica Portuguesa. Coimbra: Livraria Almedina, 2003. ISBN 972

CORTINA, Adela (coord.) - *Dez Palavras Chave em Ética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. IBSN 972-603-157-5.

CUNHA, Jorge Teixeira - *Bioética Breve*. Apelação: Paulus Editora, 2002. IBSN 972-30-0987-0.

DOMINGUES, Frei Bernardo - *A Pessoa Vive, Comunica, Morre e Ressuscita*. Porto 2000

DOMINGUES, Frei Bernardo - *Bioética – questões disputadas*. Porto. 2001.

DOMINGUES, Frei Bernardo - *Tornar-se Pessoa Livre, Comunicativa e Solidária.* Porto. 1999.

ELIAS, Norbert - *A Solidão dos Moribundos seguido de "Envelhecer e morrer."*Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. IBSN 85-7110-616-9.

ENGELHARDT, H. Tristam Jr. - *Fundamentos da Bioética*. S. Paulo: Edições Loyola, 1998. IBSN 85-15-01683-4.

ENTRALGO, Pedro Laín - *Corpo e Alma.* Coimbra: Livraria Almedina, 2003. IBSN 972-40-1649-8.

ENTTRALGO, Pedro Laín - *O que é o Hoemem*.1ª Edição. Lisboa: Editorial Notícias, 2002. IBSN 972-46-1361-5.

ETXEBERRIA, Xabier - *Temas Básicos de Ética*. Bilbao: Desclée, 2002. ISBN 84-330-1667-9.

FERNÁNDEZ, Javier Gafo - *Dez Palavras Chave em Bioética.* Coimbra: Gráfica de Coimbra. IBSN972-603-105-2.

FERRY, Luc; VICENT, Jean-Didier - *O que é o Homem?.* 1ª Edição. Porto: Asa Editores II, 2003. IBSN 972-41-3253-6.

FORTIN, Marie Fabienne - *O processo de Investigação*. 1ªedição. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

GAFO, Javier - Bioética Teológica. 2ª Edição. Madrid: Universidad Pontifícia Comillas e Editorial Desclée de Brouwer, 2003. IBSN 84-330-1762-4.

GAFO, Javier (coord.) - *Dilemas Éticos de la Medicina Actual 10 – Transplantes de Órganos: Problemas Técnicos, Éticos y Legales*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontifícia Comilhas, 1996. IBSN 84-89708-04-5

HENNEZEL, Marie de - *Diálogo com a Morte.* 4ª Edição. Lisboa: Editorial Notícias, 2000. IBSN 972-46-07830-6.

HESSEN, Johannes - *Filosofia dos valores.* Coimbra: Livraria Almedina, 2001. IBSN 972-40-1535-1.

KANT, Immanuel - *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* (tradução de Paulo Quintela). Lisboa: Edições 70. IBSN 972-44-0306-8.

KANT, Immanuel - *Fundamentos da Metafísica dos Costumes* (tradução de António Maia da Rocha). 1ª Edição. Lisboa: Plátano Editora, 1999. IBSN 972-650-439-2.

LÉVINAS, Emmanuel - *Deus, a Morte e o Tempo*. Coimbra: Livraria Almedina, 2003. IBSN 972-40-1892-X.

MILL, John Stuart - *Sobre a Liberdade*. Mem Martins: Publicações Europa América, 1997. IBSN 972-1-04357-5.

MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges - "O Doente Terminal Em Contexto Familiar." Coimbra: Edições Sinais Vitais, 2001. IBSN 972-8485-22-0

MORIN, Edgar - *O Homem e a Morte.* Mem Martins: Publicações Europa América.

NUNES, Rui; MELO, Helena (coord.) - *A Ética e o Direito no Início da Vida Humana.* Coimbra: Serviço de Bioética e Ética Médica FMUP, 2001. IBSN

972-603-231-8.

NUNES, Rui; MELO, Helena (coord.) - *Genética e Reprodução Humana.* Coimbra: Serviço de Bioética e Ética Médica FMUP. ISBN 972-603-231-8.

OLIVEIRA, Barros J.H. - *Viver a Morte Abordagem Antropológica e Psicológica.* Coimbra: Livraria Almedina, 1998. IBSN 972-40-1063-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários.* Edição da Ordem dos Enfermeiros. 2003

PESSINI, Leocir - *Morrer com Dignidade*. S. Paulo: Editora Santuário, 1990. IBSN85-7200-042-9.

PINHO, Inocêncio S. J. - *O Homem Pessoa e Vida. Reflexões Humanas e Cristãs*. Braga: Editorial A.O, 1992. IBSN 972-39-0251-6.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. - Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ªedição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. IBSN 85 - 7307-101-X.

SERRÃO, Daniel (coord.); NUNES, Rui (coord.) - *Ética em Cuidados de Saúde*. 1ª Edição. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN 972-0-06033-6.

TOBIAS, Luís – Um Dia Era Uma Vez E Agora Já Não. Felício & Cabral – Publicações Lda.,1994. ISBN 972-820-00-7

VAZ, Henrique C. de Lima - *Antropologia Filosófica II*. 4ª Edição. São Paulo: Edições Loyola, 2003. IBSN 85-15-00672-3.

VAZ, Henrique C. de Lima - *Antropologia Filosófica*. Volume 1. 7ª Edição. São Paulo: Edições Loyola, 2004. IBSN 85-15-00320-1.

VIELVA, Júlio - *Ética Profesional de la Enfermería*. Bilbao: Desclée, 2002. ISBN 84-330-1668-7

DICIONÁRIOS

Dicionário de Bioética - Coordenação de Salvino Leone, Salvatore Privitera e Jorge Teixeira da Cunha. Editorial Perpétuo Socorro, 2001.

FONTINHA, Rodrigo - *Novo Dicionário Etimológico Da Língua Portuguesa – revisto pelo Dr. Joaquim Ferreira*, Editorial Domingos Barreira – Porto

LOGOS, Enciclopédia Luso -Brasileira de Filosofia - Editorial Verbo, Lisboa / São Paulo 1992, 4º Vol.

PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

ALMEIDA, Deolinda – Os Excluídos e a Personalização. A perspectiva de uma psiquiátrica. **Cadernos de Bio-Ética 16.** Abril 1998**.** pág. 53 - 55.

ALMEIDA, Filipe – *Os Excluídos e a Personalização. A perspectiva de um pediatra*. **Cadernos de Bio-Ética 16.** Abril 1998**.** pág. 47 - 51.

ARCHER, Luís – *Direitos do Homem e consentimento informado*. **Brotéria – Revista de cultura**, volume 148, Fevereiro 1999. pág. 155 – 164.

BARALDI, Solange; SILVA, Maria Júlia Pães – *Reflexões Sobre a Influência da Estrutura Social do Processo da Morte -Morrer.* **O Mundo da Saúde** Ano 26, volume 26, nº 1 Janeiro – Março 2002. pág. 174 – 177.

BARBAS, Stela – O início da personalidade jurídica. **Brotéria – Revista de cultura**, volume 148, Maio/Junho 1999. pág. 539 - 545.

DOMINGUES, Frei Bernardo – *Dignidade da Pessoa Humana* –

Perspectivas. **Revista Acção Médica** Ano LIII, nº 4 Dezembro 1989. pág. 26 – 39.

FURTADO, Linhares – *Aspectos Éticos da Transplantação*. **Revista Acção Médica** Ano LI, nº 4 Dezembro 1987. pág. 15 – 23.

GOLDIM, José Roberto; CLOTET, Joaquim; FRANCISCONI, Carlos Fernando – *Um Breve Histórico do Consentimento Informado.* **O Mundo da Saúde** Ano 26, volume 26, nº 1 Janeiro – Março 2002. pág. 71 – 84.

JOÃO PAULO II – *Transplantes no Novo Milénio*. **Revista Acção Médica** Ano LXIV nº 3 Julho – Setembro 2000. pág. 48 – 52.

OSSWALD, Walter – *O encontro com o outro no fim da vida*. **Brotéria – Revista de cultura,** volume 149, Novembro 1999. pág. 461 – 464.

REIS, Lesseps L. – *Aspectos Médico–Legais das Transplantações*. **Revista Acção Médica** Ano LI, nº 4 Dezembro 1987. pág. 25 – 45.

RENAUD, Michel – *A dignidade do ser humano como fundamento ético dos direitos do Homem - II*. **Brotéria – Revista de cultura,** volume 148, Abril 1999. pág. 423 – 477.

RENAUD, Michel – *A dignidade do ser humano como fundamento ético dos direitos do Homem.* **Brotéria – Revista de cultura**, volume 148, Fevereiro 1999. pág. 135 – 164.

RENAUD, Michel – *A dignidade do ser humano como fundamento ético dos direitos do Homem - II*. **Brotéria – Revista de cultura,** volume 148, Abril 1999. pág. 423 – 477.

SERRÃO, Daniel – *A Medicina de Transplantação. Enquadramento Ético, Religioso, Filosófico e Jurídico.* **Revista Acção Médica** Ano LX, nº 2

Abril/Maio/Junho 1996. pág. 15 – 53.

STEVENS, J.A.J – *MOURIR: LIBERTÉ, DIGNITÉ, FRATERNITÉ*. **Revista Acção Médica** Ano LII, nº 2 Junho 1988. pág. 36 – 43.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga – *Bioética e Consentimento: uma reflexão para a prática de enfermagem.* **O Mundo da Saúde** Ano 26, volume 26, nº 1 Janeiro – Março 2002. pág. 65 – 70.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL, Destaque do INE – Censos 2001. Disponível em: http://www.ine.pt/prodserv/destaque/arquivo.asp 01-12-2006

National Kidney Foundation – Milestone in Organ Transplantation. Disponível em: http://www.Kidney.org/news/newsroom/fsitem.cfm 01-12-2006

New York Organ Donor Network – Survival Rates. Disponível em: http://www.nyodn.org/organdonationfactssurvival.html 01-12-2006

LEGISLAÇÃO

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS – *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, publicado em anexo ao Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril.

CONSELHO DA EUROPA – *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina* (adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da

Europa, em 19 de Novembro de 1996). Diário da Republica – I Série – A, nº 2, Lisboa, Imprensa Nacional, 3-1-2001.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – *Parecer Sobre o Critério de Morte (10/CNECV/95)*. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Documentação vol. III (1995-1996). Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 1996. IBSN 972-8368-01-1.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – *Relatório -Parecer (15/CNECV/95) Sobre a Experimentação do Embrião*. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Documentação vol. III (1995-1996). Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 1996. IBSN 972-8368-01-1.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – *Relatório -Parecer Sobre Reprodução Medicamente Assistida (3/CNECV/93).* Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Documentação vol. I (1991-1993) Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, Imprensa Nacional -Casa da Moeda, 1999.

MACAU, Assembleia Legislativa – Lei nº 2/96/M, *Regula a Dádiva, a Colheita e a Transplantação de Órgãos e Tecidos de Origem Humana.* Disponível em: http://www.al.gor.mo/lei/col-lei-05/po/04/p1htm 14-06-2005

MACAU, Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdade e Garantias – Parecer nº 2/96, Proposta de Lei nº 6/v/95 que Regula a Dádiva, a Colheita e a Transplantação de Órgãos e Tecidos de Origem Humana. Disponível em: http://www.al.gor.mo/lei/col-lei-05/po/04/p3htm 14-06-2005

Portugal, Assembleia da Republica - Lei nº 22/2007, Diário da República - I Série, nº124, Lisboa, Imprensa Nacional, 29-6-2007

Portugal, Assembleia da Republica - Lei nº 59/2007, Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro, Diário da República - I Série, nº170, Lisboa, Imprensa Nacional, 4-9-2007

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 161/96, *Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem*, Diário da Republica – I Série - A, nº 205, Lisboa, Imprensa Nacional, 4-9-1996.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 244/94, *Regula a Organização e o Funcionamento do Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA) e a Emissão do Respectivo Cartão Individual*, Diário da Republica – I Série – A, Lisboa, Imprensa Nacional, 26-9- 1994.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Lei nº 141/99, *Estabelece os Princípios em que se Baseia a Verificação da Morte*, Diário da Republica – I Série – A, nº 201, Lisboa, Imprensa Nacional, 28-8-1999.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Lei nº12/93, *Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana*, Diário da Republica – I Série -A, nº 94, Lisboa, Imprensa Nacional, 22-4-1993.

PORTUGAL, Ministério dos Assuntos Sociais – Decreto-Lei nº 553/76, *Define os termos em que poderão ser colhidos no corpo de pessoa falecida tecidos e órgãos necessários para transplantação e outros fins terapêuticos*, Diário da Republica – I Série -A, nº 162, Lisboa, Imprensa Nacional, 13-07-1976.

PORTUGAL, Tribunal Constitucional – Acordão nº 85/85, de 29 de Maio, Diário da República, II Série, n.º 143, Lisboa, Imprensa Nacional, 25-6-1985

ANEXOS

ANEXO I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA COLHEITA DE DADOS

DR. MANUEL DUARTE SEBE
DIRECTOR DO C.S. DE OVAR

Exmo. Sr. Director do Centro de Saúde de Ovar

Manuel da Silva Resende aluno do IV Curso de Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, presentemente a elaborar o trabalho de dissertação de Mestrado subordinada ao tema: **"Doação Presumida de Órgãos – Uma questão de Autonomia"**, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para:

- Durante o mês de Julho de 2006, efectuar a colheita de dados no Centro de Saúde de Ovar e respectivas Extensões de Saúde através de um questionário a ser preenchido por 100 dos seus utentes.

A participação dos utentes neste estudo é voluntária e anónima pelo que não será divulgada qualquer informação que possa de alguma forma permitir a sua identificação.

Junto anexa:

- Exemplar do questionário

Pede deferimento:

Ovar, 29 de Junho de 2006

Manuel da Silva Resende

Centro de Saúde de Ovar
06/06/28
243-Reg.

ANEXO II – QUESTIONÁRIO

Manuel da Silva Resende, aluno do IV Curso de Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, presentemente a elaborar o trabalho de dissertação de Mestrado subordinada ao tema: **"Doação Presumida de Órgãos – Uma questão de Autonomia"**.

A realização deste trabalho tem como objectivos:

- Identificar e compreender o sentimento geral da População Portuguesa relativamente á problemática da colheita e transplantação de órgãos de cadáver
- Determinar o nível de conhecimentos da População Portuguesa relativamente á legislação que regulamenta a colheita e transplantação de órgãos de cadáver em Portugal.

Este questionário será preenchido pelos utentes do Centro de Saúde de Ovar e respectivas Extensões de Saúde.

O preenchimento deste questionário é voluntário e anónimo.

Grato pela colaboração.

(Assinale com uma cruz e/ou escreva a suas respostas ás seguintes questões nos espaços disponibilizados para o efeito)

SEXO:	**Habilitações académicas:**
Masculino: ____	Primária_____ Preparatória _____ Secundária_____
Feminino: ____	Superior_____
Idade: _____	**PROFISSÃO:**_____
	Religião: Cristã_____ Outra (qual?) _____

Na sua opinião quem deve decidir sobre o destino a dar ao cadáver?

_____

_____

Como considera o corpo de alguém já falecido?

- Uma Pessoa -____
- Um objecto -____
- Um ente querido -____
- Um cadáver - ____
- Outro (o quê?) -_____

Concorda com a utilização de órgãos de cadáver para transplante como forma de tratamento?

- Concordo

- Se o doente for meu familiar ou amigo _____
- Se o doente for meu familiar ou amigo e os órgãos forem de outra pessoa desconhecida _____
- Se o doente for meu familiar ou amigo sendo os órgãos meus ou de qualquer outra pessoa _____
- em todas as situações _____

- Não concordo

- Se os órgãos forem meus ou de um familiar /amigo _____
- Em qualquer situação _____

Tem ou teve um familiar ou amigo que necessitasse de um transplante de órgãos?

- Sim: ____
- Não: ____

Conhece a legislação sobre a colheita e transplantação de órgãos em Portugal?

- Sim: ____
- Não: ____

Na sua opinião a informação disponível é:

- Suficiente: ____
- Insuficiente: ____
- Confusa: ____
- Inexistente (não existe): ____

Como obteve a informação?

- Meios de comunicação Social: _____
- Escola: _____
- Profissionais de Saúde (quais?): _____
- Outros: _____
- Nunca foi informado: _____

È dador de órgãos?

Sim: ___

Não: ___

-Como procedeu?

- Não fiz nada _____
- Comuniquei a minha vontade a familiares _____
- Consultei a informação disponível e não me inscrevi no RENNDA (centro de saúde) _____
- Inscrevi-me no RENNDA (centro de saúde) _____
- Consultei a informação disponível e inscrevi-me no RENNDA (centro de saúde) _____