

10.09

Política pública para transplantes de órgãos e tecidos: estudo comparativo entre Brasil e Uruguai

Public Policy for organ and tissue transplantations: a comparative study between Brazil and Uruguay

Carla Katz Santo

Advogada Mestranda do Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas. Brasil.

Gilmara Andersson Timm

Enfermeira. Mestre em Política Social. Enfermeira do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Brasil.

Vera Maria Ribeiro Nogueira

Assistente Social. Doutora em Enfermagem. Professora do Mestrado em Política Social na Universidade Católica de Pelotas e Pós-Graduação em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina. Cidade, Brasil.

Resumo: Este informe apresenta os resultados de pesquisa comparativa realizada no Brasil e Uruguai comparando a legislação de transplantes de órgãos e tecidos. O que motivou o estudo foi o grande número de doações efetivado no Uruguai em relação ao Brasil, e que figura muito aquém em se tratando de Doação e Transplantes, em relação a outros países. O método de estudo aplicado foi qualitativo e se utilizou da pesquisa documental, descritiva e comparativa. Para a análise dos resultados os dados foram divididos em categorias: aspectos ligados ao processo doação-transplante e aspectos ligados à assistência. Os resultados indicam que ambos os países utilizam o critério de morte como sendo o da morte encefálica (ME). No Brasil a doação de órgãos é consentida enquanto que no Uruguai é doação é presumida. O

diagnóstico de ME é mais sucinto no Uruguai do que no Brasil. No Brasil há maior facilidade de se doar um órgão em vida para um parente. No Brasil a entrevista familiar é parte fundamental no processo de doação. No Uruguai a entrevista familiar só irá ocorrer se o falecido não manifestar em vida o desejo ou não de doar. Concluindo, parece ser fundamental para explicar a diferença no número de doadores brasileiros e uruguaios: no Brasil o modelo adotado é o do consentimento dos familiares ou do doador em vida; já no Uruguai, a doação de órgãos é presumida, ampliando assim o número de doadores potenciais.

Palavras-chave: Política de saúde; América Latina; doação de órgãos e tecidos; direito à saúde.

Key-words: *Health policy; Latin America; organ transplantations; right to health.*

1 Introdução

Sabe-se que o transplante é uma modalidade terapêutica, cujo sucesso, na maior parte das vezes, ao contrário do caso de todas as outras terapias, depende mais de outros - e quase sempre de forma involuntária - do que da vontade do doente e dos médicos, pois sem um doador não ocorre o transplante. O mais grave dessa situação é que, em muitos casos, o doador existe, mas não chega ao conhecimento daqueles que realizam a cirurgia salvadora (Assis, 2000).

Foram várias as alterações legislativas ocorridas no Brasil nos últimos anos no intuito de minimizar o problema da falta de órgãos e tecidos e, assim, garantir o direito constitucional à vida a todas as pessoas. No entanto, o Brasil figura muito aquém em se tratando de Doação e Transplantes se comparado com outros países como Espanha, EUA, Argentina e Uruguai, já que em todos esses países o número de doadores por milhão de habitantes é muito superior ao do Brasil, ocorrendo significativas diferenças em termos de captação de órgãos.

Este texto analisa as políticas de doação e transplantes do Brasil e do Uruguai, buscando identificar suas diferenças e semelhanças e analisar aspectos limitadores no que tange à captação de órgãos e/ou tecidos no Brasil e no Uruguai.

Importante mencionar, ainda, que a escolha do Uruguai para realizar este estudo comparativo se deu por se tratar de um país localizado na América Latina, assim como o Brasil, e possuir índices muito superiores de captação de órgãos se compararmos com o Brasil. Ademais, quando se realiza uma comparação busca-se

evidenciar aspectos que distinguem os elementos comparados, no intuito de se buscar alternativas para a solução em questão, qual seja o baixo índice de captação de órgãos e/ou tecidos do Brasil se comparado ao Uruguai.

O método de estudo aplicado foi o de uma pesquisa qualitativa. Para tanto se utilizou da pesquisa documental, descritiva e comparativa, visto que conforme Schneider (1998) a comparação aparece como sendo inerente a qualquer pesquisa no campo das ciências sociais, esteja ela direcionada para a compreensão de um evento singular ou voltada para o estudo de uma série de casos previamente escolhidos.

A seguir foi realizada uma busca *on-line* com levantamento bibliográfico de produções científicas nacionais, disponíveis nos resumos de artigos da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br), utilizando-se o banco de dados SCIELO (*Scientific Electronic Library*) onde se aplicou uma busca usando as palavras Doação e Transplantes. Além disso, se buscou as legislações, programas, relatórios e portarias sobre a temática em sites oficiais do Brasil e do Uruguai.

Ademais, para a realização da análise dos resultados foram os dados divididos em categorias, para uma melhor abordagem da temática doação-transplante. Foram elas: aspectos ligados ao processo doação-transplante e aspectos ligados à assistência.

Na categoria ligada ao processo doação-transplante se pretendeu avaliar a dinâmica da doação e transplante na legislação de cada país, onde foram analisados os seguintes enfoques: tipo de doação adotada pelo país; tipo de consentimento empregado na doação entre-vivos e *pós-mortem*; dinâmica do processo doação-transplante; critério de Morte aplicado pelo país; diagnóstico de morte encefálica aplicado no país; controle social empregado pelo país; eventual punição por omissão do profissional e da instituição. Já na categoria ligada à assistência pretendeu-se avaliar aspectos ligados ao atendimento prestado à família, ao doador e ao receptor.

2 Simetrias e assimetrias entre os sistemas de transplantes do Brasil e do Uruguai

2.1 Categoria ligada ao processo doação-transplante

2.1.1 Tipo de doação adotada pelo país

No Brasil, pelos moldes da lei em vigor, a doação é dita consentida, visto que a lei de transplantes exige que o familiar até 2º grau ou cônjuge/companheiro concorde com a doação. Assim, conforme anteriormente asseverado nenhuma forma de disposição que tenha o *de cuius* deixado em vida tem importância legal. Importante destacar que as campanhas de conscientização sobre doação e transplantes têm trabalhado justamente nessa seara afim de que as pessoas conversem em casa sobre o assunto com seus familiares, pois serão elas peças fundamentais para que a doação se efetive.

No Uruguai autores como Garcia *et al.* (2009) expressam que a doação é dita presumida, porém os familiares poderão ser ouvidos em determinado caso como veremos. A Lei 14.005/1971, que rege os transplantes no Uruguai, permite que a pessoa faça a disposição em vida sobre seu corpo ou partes dele para fins terapêuticos ou científicos. Tal disposição pode ser feita, inclusive, no momento da internação hospitalar se a pessoa possuir condições clínicas para tal. Essa manifestação ficará registrada no *Registro Nacional de Donantes de Organos y Tejidos* no prazo máximo de 48 horas após sua efetivação. No entanto, pode ocorrer de a pessoa vir a falecer antes de fazer a citada manifestação. Nesse caso, os familiares poderão se opor à doação no prazo máximo de três horas a partir do falecimento (coração parado ou com o diagnóstico de morte encefálica), caso contrário a doação será efetivada.

Assim, vemos que a legislação uruguaia é mais facilitadora para que ocorra a doação. O Brasil tentou adotar o critério de doação presumida com o advento da Lei 9.434/1997 que introduziu um artigo 4º na lei dos transplantes que posteriormente foi revogado, visto que durante a vigência desse dispositivo legal houve um decréscimo no número de doadores no Brasil. Autores que tratam do tema como Assis (2000) e Garcia (2000) colocam que o Brasil não estava preparado para, na época, adotar o critério de doação presumida, tendo em vista que faltaram amplas discussões com

profissionais de saúde e com a sociedade e, na dúvida, a população acabava por manifestar-se negativamente à doação.

Existe hoje Projeto de Lei da Deputada Federal Manoela d'Ávila do PCdoB do Rio Grande do Sul, presidente da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados Federais, que institui a doação presumida de órgãos. Esse projeto ainda não foi votado e, novamente, vemos na mídia críticas a ele, principalmente devido à falta de discussões com a sociedade e os profissionais de saúde.

2.1.2 Tipo de consentimento empregado na doação entre-vivos e *pós-mortem*

No Brasil o tema doação de órgãos deve ser sempre abordado e consentido pelos familiares do paciente falecido (cônjuge ou parente até 2º grau), independentemente da manifestação de sua vontade em vida. Foram várias as alterações legislativas como anteriormente mencionado, mas, hoje, no Brasil, pouco importa se a pessoa falecida havia ou não manifestado a vontade de doar seus órgãos caso lhe sobreviesse a morte, a decisão está a cargo exclusivamente dos familiares.

Na legislação do Uruguai encontramos diferenças importantes, tais como o fato de a pessoa poder manifestar em vida o desejo de doar ou não seus órgãos/tecidos ou parte deles ainda em vida ou depois da morte, seja para fins terapêuticos como para fins científicos. Ademais, a lei uruguaia assegura o direito de os familiares recusarem a doação caso o falecido deixou de manifestar-se a respeito. Assim, reduzem-se consideravelmente as negativas familiares por desconhecimento da vontade do falecido, visto que a pessoa já manifesta em vida o desejo ou não de doar seus órgãos. Importante mencionar, ainda, que um dos papéis do INDT é certificar-se do cumprimento das disposições do falecido. Assim, se a pessoa desejar em vida doar seus órgãos não poderá um familiar dispor de forma em contrário caso lhe sobrevém a morte.

Em relação à doação em vida a legislação dos dois países assegura que só poderá ocorrer desde que não cause danos à saúde do doador e desde que o doador seja maior e civilmente capaz. A lei brasileira faz a exceção da doação de medula

óssea em que um menor poderá realizar a doação, mediante a autorização de seus pais ou responsáveis. Na lei uruguaia não encontramos dispositivo algum nesse sentido.

No Brasil, a doação em vida poderá ocorrer sem necessidade de autorização judicial para familiar até 3º grau ou cônjuge/companheiro. Nesse aspecto a legislação uruguaia é mais restritiva visto que autoriza a doação, sem necessidade de autorização judicial somente para familiares até 2º grau, incluindo o cônjuge.

Assim, vemos que ambos os países preocupam-se com a venda de órgãos ao exigir autorização para doação a não parente próximo. Acreditamos que a lei brasileira, nesse aspecto, facilita mais o processo de doação entre vivos, pela diminuição da burocracia, visto que no Uruguai para se doar em vida um rim para um sobrinho, por exemplo, já é exigida a autorização judicial.

2.1.3 Dinâmica do processo doação-transplante

Em relação à dinâmica doação-transplante encontramos algumas diferenças nas legislações dos países estudados. Se um paciente falece no Brasil em um hospital de mais de 80 (oitenta) leitos a família será entrevistada sobre a possibilidade de doar os órgãos e/ou tecidos para fins de transplante por um dos membros das CIHDOTTs, que deverão estar instituídas. Se o hospital é menor e possui menos de 80 leitos a entrevista familiar ficará a cargo de um membro da OPO ou OPC ou, ainda, será realizada por um profissional da instituição ou pelo médico assistente ou por outro membro da equipe de saúde (enfermeiro, assistente social, psicólogo, técnico em enfermagem, dentre outros) capacitado para tal. Nesse caso, a entrevista familiar para doação deverá acontecer independentemente do porte da instituição.

Por sua vez, se o óbito ocorrer no Uruguai, a equipe de saúde irá certificar-se se o nome do paciente consta do *Registro Nacional de Donantes de Organos y Tejidos*. Se o paciente havia manifestado em vida o desejo de doar a doação irá ocorrer, independentemente da vontade dos familiares do falecido. Poderá, ainda, o nome de o falecido constar como não doador, nesse caso a doação não irá ocorrer. Importante ressaltar que o M.S.P. e o INDT têm entre suas atribuições certificar-se que a vontade dos falecidos uruguaio reste obedecida.

Pode acontecer de uma pessoa não ter manifestado sua vontade de doar ou não durante sua vida e, também, não teve condições clínicas de fazê-lo durante a internação hospitalar. Nesse caso, a lei uruguaia permite que os familiares arrolados no artigo 9º da Lei 14.005/1971 autorizem ou não a doação no lapso temporal de até três horas após o óbito, seja por coração parado ou após fechado o diagnóstico de morte encefálica. Caso a família concordar ou se omitir a doação é efetivada. Por sua vez, se a família não concordar a doação não será feita. Por esse motivo diz-se que a doação é presumida, mas a família poderá ter de ser ouvida.

Há diferenças importantes em quem será entrevistado, entre os dois países, visto que o Uruguai elenca o cônjuge como a primeira opção de acordo com o artigo 9º da Lei 14.005/1971 e faz diferenças importantes entre os filhos biológicos e adotivos. Importante mencionar que na legislação brasileira não há hierarquia entre o cônjuge/companheiro e os familiares de 1º grau, apenas vale a regra de que a vontade dos mais próximos (ex: filhos) prevalece em relação à vontade dos mais remotos (ex: netos). Além disso, a Constituição Federal de 1988 acabou com qualquer distinção entre filhos biológicos, adotivos ou adulterinos, hoje no Brasil filho é filho.

O que vemos na prática é que no Brasil muitas vezes o tema doação-transplante não faz parte do cotidiano das instituições hospitalares, principalmente nas que são menores e nas que estão localizadas no interior dos estados. Assim, potenciais doadores falecem e seus familiares sequer são entrevistados, o que acaba por inviabilizar a doação.

Vários estados estão criando as OPOs e OPCs afim de que não percamos potenciais doadores, já que a função primordial dessas organizações é justamente a procura de órgãos e córneas, mediante avaliação e monitoramento dos pacientes críticos das unidades de terapia intensiva das instituições hospitalares.

2.2 Critério de morte aplicado pelo país

Como anteriormente mencionado, tanto o Brasil como o Uruguai adotam o critério de morte como sendo a morte encefálica. No entanto, identificamos uma diferença importante entre as legislações dos dois países estudados.

No Brasil o CFM editou a Resolução nº 1.480/1997 que define a ME como sendo a morte do cérebro, incluindo tronco cerebral que desempenha funções vitais como controle da respiração. Já a lei uruguaia não traz qualquer definição sobre ME, apenas a Lei 14.005/1971 traz em seu artigo 7º que a comprovação da morte encefálica deve basear-se em quadros patológicos irreversíveis, incompatíveis com a vida, os quais igualmente não são definidos.

Assim, nesse aspecto, a legislação brasileira é mais clara ao definir o que seja morte encefálica, o que deveria ser um facilitador da atuação dos profissionais da área da saúde no que tange ao diagnóstico de morte encefálica.

2.3 Diagnóstico de morte encefálica aplicado no país

Outra diferença encontrada é em relação ao diagnóstico de ME. No Brasil são realizados dois exames clínicos e um exame gráfico, chamado de exame complementar o qual deve demonstrar, de forma inequívoca, ausência de atividade elétrica ou ausência de atividade metabólica ou ausência de perfusão sanguínea cerebral para restar caracterizada a morte encefálica. Esses exames são realizados com intervalos de 6 a 24 horas conforme a idade do paciente (quanto mais jovem mais tempo demora em se dizer que é caso de ME). Já no Uruguai são exigidos apenas os dois exames clínicos, sendo que o exame gráfico é opcional.

Essa diferença mostra-se de extrema importância visto que muitas vezes os hospitais têm dificuldade em transportar um paciente de dentro de uma unidade de terapia intensiva (UTI) para realizar um exame em outro setor do hospital, por exemplo: angiografia, ressonância magnética etc. Ademais, muitos hospitais sequer dispunham desses exames em suas instituições e necessitam de aporte de ambulância altamente equipada, com respirador portátil, oxigenioterapia, cardioversor, monitorização cardíaca contínua, dentre outros, além de equipe médica e de enfermagem especializada. Tudo isso faz com que se perca tempo em conseguir toda a infra-estrutura necessária e, muitas vezes, o paciente vem a falecer, o que inviabiliza a doação de órgãos.

Além disso, a lei uruguaia não faz menção à formação dos profissionais médicos que irão fazer o diagnóstico do ME. Já a lei brasileira exige que um deles

deverá ser, obrigatoriamente, neurologista. Isso é outro entrave encontrado na lei brasileira que acaba por dificultar o diagnóstico de ME, pois em muitas cidades do interior o neurologista é pessoa rara ou, muitas vezes, inexistente, o que inviabiliza a doação de órgãos.

Vemos que no Brasil, além do problema na realização do diagnóstico de ME, temos o baixo número de notificações realizadas às CNCDOs estaduais, o que impossibilita o envio de equipes para a retirada de órgãos e/ou tecidos.

2.4 Controle social empregado pelo país

No Brasil vemos claramente o controle social em matéria de transplantes. Conforme anteriormente mencionado os relatórios dos hospitais são enviados para os Conselhos Municipais de saúde e são empregados nas pactuações de metas durante a contratualização do SUS com entidades filantrópicas ou privadas. Igualmente são enviados relatórios trimestrais ao Ministério Público Estadual que em muitos estados brasileiros, como no RS, possui Câmara Técnica que discute sobre doação de órgãos e transplantes. Ademais, pode-se dizer que a lista de espera é parcialmente pública, pois todos que aguardam por um órgão ou tecido possuem um número para acessá-la, no entanto, os demais membros da sociedade não possuem acesso à lista de espera do Brasil.

No Uruguai, pode-se dizer que existe certo controle social em relação à lista de espera, visto que a lista fica publicada no site do M.S.P. e toda a população tem acesso. Ademais, vemos que o controle em matéria de doação e transplantes não é realizado pela sociedade e sim pelos organismos governamentais, como o M.S.P. e o INDT.

Dessa forma, vemos que no Brasil o controle social mostra-se mais efetivo se compararmos ao realizado no Uruguai.

2.5 Eventual punição por omissão do profissional e da instituição.

Ambas as legislações prescrevem punições aos profissionais e às instituições caso ocorram falhas tipificadas como crime no processo de doação e transplantes de cada país.

A Lei 14.005/1971, que é a lei dos transplantes aplicada no Uruguai, estabelece nos seus artigos 14 e 15, a pena privativa de liberdade e proibição da atividade de transplantes ao profissional que incorrer em crime.

Igualmente a Lei 9.434/1997 que é a lei brasileira em matéria de transplantes traz todo um Capítulo dedicado aos crimes relacionados aos transplantes, cujas sanções são penais e administrativas, tanto para o profissional de saúde que cometer uma conduta tipificada como crime, como para a instituição que não obedecer às normas atinentes ao tema.

Cabe, ainda, enfatizar que os Códigos Penais dos dois países estudados tratam os crimes relacionados aos transplantes na categoria de crimes contra a vida, não havendo diferenças a serem apontadas em relação aos Códigos Penais. Já em relação aos crimes tipificados nas leis de transplantes dos dois países vemos que a do Brasil é mais rigorosa em se tratando de doação e transplantes, apresentando um rol maior de tipificações.

3 Categoria ligada à assistência - acompanhamento à saúde do receptor, do doador e de sua família

A partir da análise dos documentos coletados pode-se dizer que o Brasil e o Uruguai atendem aos receptores, doadores e familiares de alguma forma.

Conforme dados do INDT (2010) o Uruguai conta com vários programas para atendimento a receptores, dentre eles Programa de Transplante Renal, Cardíaco, Rim-Pâncreas, Hepático, Pulmonar, Implante de Córnea, Pele, Fáscia Lata, Tecido Ósseo, Segmento Arterial Valvulado, Segmento Arterial não Valvulado, e Medula Óssea. Todos os programas visam atender os receptores e doadores.

O Brasil possui igualmente vários programas de transplantes, destacando-se em técnicas pioneiras de transplantes no mundo como no caso de transplantes de

coração, coração e pulmão, hepático, inclusive inter-vivos, dentre outros. Verifica-se que o Sistema de Transplantes do Brasil é mais completo em alguns pontos como no que diz respeito ao fornecimento de imunossuppressores aos pacientes.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) o Sistema Público de Saúde financia mais de 95% dos transplantes realizados no Brasil e também subsidia todos os medicamentos imunossuppressores para todos os pacientes.

Cabe ressaltar que tanto o INDT do Uruguai como o SNT do Brasil têm, entre suas funções, o atendimento e apoio a todos os doadores vivos e aos receptores, sendo que a legislação do Brasil menciona, ainda, o apoio aos familiares, visto que no Brasil a família é considerada peça fundamental para que ocorra a doação *pós mortem*.

No Uruguai observamos uma maior preocupação com a formação de profissionais da área da saúde em matéria de transplantes, tanto é assim que na equipe que compõe o INDT vemos profissionais do *Ministerio de Salud Pública* e da *Universidad de la República*. Inclusive o espaço físico é dividido entre as duas instituições, também possuem os mesmos objetivos em se tratando de assistência, docência, investigação e extensão.

Assim, percebemos que existem diferenças pontuais na legislação de transplantes dos dois países estudados, o que contribui, de forma significativa, no número de captações de órgãos realizados por esses países.

4 Considerações finais

Está mais do que comprovado que o transplante representa alternativa terapêutica eficaz e, em muitas situações, o único tratamento para pacientes com doenças onde há dano irreversível de algum órgão ou tecido.

Assim, mesmo que de forma diferente, tanto o Brasil como o Uruguai buscam ações para aumentar a doação de órgãos e, por conseguinte, o número de transplantes em seus territórios.

A análise das legislações do Brasil e do Uruguai permitiu identificar o que concluímos serem as principais simetrias e assimetrias, a saber:

- ambos os países utilizam o critério de morte como sendo o da morte encefálica;
- no Brasil, a doação de órgãos é consentida, isso é depende da aprovação dos familiares. Já no Uruguai, é doação é presumida, a própria pessoa manifesta em vida o desejo ou não de doar seus órgãos e/ou tecidos. A família poderá manifestar-se somente no caso de o falecido não expressar sua vontade durante a vida;
- o diagnóstico de ME é mais sucinto no Uruguai do que no Brasil, o que facilita o processo de doação e transplantes, com a diminuição dos riscos de se perder um potencial doador;
- no Brasil, há maior facilidade de se doar um órgão em vida para um parente, visto que a autorização judicial é necessária somente para doação para parentes a partir do 3º grau. Já o Uruguai exige a autorização para doação para parentes a partir do 2º grau;
- ambos países dispensam a exigência de autorização judicial em se tratando de doação em vida para cônjuge. O Brasil estende a dispensa para o companheiro, enquanto que a lei uruguaia é omissa nesse aspecto;
- no Brasil, a entrevista familiar é parte fundamental no processo de doação. No Uruguai, a entrevista familiar só irá ocorrer se o falecido não manifestar em vida o desejo ou não de doar;
- há diferenças importantes em quem será entrevistado entre os dois países, visto que o Uruguai elenca o cônjuge como a primeira opção e faz diferenças importantes entre os filhos biológicos e adotivos. No Brasil não há hierarquia entre o cônjuge/companheiro e os familiares de 1º grau, ademais a Constituição Federal de 1988 acabou com qualquer distinção entre filhos biológicos, adotivos ou adulterinos;
- em ambos os países há um controle social em relação à fila de espera por um órgão e tecido. Já em matéria de doação e transplantes no Uruguai o controle social não é realizado pela sociedade e sim pelos organismos governamentais, como o M.S.P. e o INDT. No Brasil esse controle mostra-se diferenciado, visto que é realizado pelo Ministério da Saúde, pela CNNCDO, pelas CNCDOs, pelo Ministério Público, e através das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e os Conselhos Municipais de Saúde. Também é

papel importante das OPOs e OPCs fiscalizarem o processo doação-transplante;

- ambos os países caracterizam os crimes em matéria de transplantes como crimes contra a vida e ambos trazem, em suas legislações, tipos penais incriminadores em relação aos profissionais e instituições de saúde. O rol de crimes tipificados na lei brasileira é maior do que o que encontramos na lei uruguaia;
- ambos os países procuram atender assistencialmente o doador e o receptor. No Brasil a preocupação se estende de forma mais acentuada também em relação aos familiares, pois de pende deles a doação *pós mortem*.

Ainda é importante ressaltar que novos estudos fazem-se necessários, principalmente no que diz respeito à avaliação dos investimentos dos países no processo doação-transplante, bem como com a formação de profissionais técnicos e pesquisadores apaixonados pela temática. Também seria relevante um estudo sobre as causas da negativa familiar para doação que ocorre em nosso país, para que possamos melhorar o desempenho do Brasil em relação à captação de órgãos e transplantes.

Por fim, cabe enfatizar que temos muitos desafios a enfrentar, tais como a educação da sociedade, a logística dos hospitais para a procura de doadores, a necessidade de maior profissionalização das CNCDOs, pois a decisão sobre o destino de um órgão deve ser rápida e competente, mas, principalmente, faz-se necessária a disseminação da informação sobre a temática doação-transplantes junto à sociedade brasileira, para que efetivamente consigamos aumentar o número de doações e transplantes em nosso país, diminuindo a angústia de quem vive na famigerada fila por um órgão ou tecido... ou melhor, por uma vida.

Referências

Brasil. *Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997*. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em: 10 de agosto de 2009.

_____. *Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997*. Regulamenta a Lei 9.434, de 4 de Fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e da outras providencias. Disponível em: <http://www.stf.gov.br>. Acessado em: 10 de agosto de 2009.

ASSIS, Francisco Neto de. *Esperando um coração: doação de órgãos e transplantes no Brasil*. Pelotas: Editora Universitária/UFPel, 2000, 220p.

GARCIA, Valter Duro. [et al]. Proposta de uma Política de Transplantes para o Brasil. In: GARCIA, Valter Duro. *Por uma política de transplantes no Brasil*. São Paulo: Office/Publicidade Ltda. 2000. p. 109-162.

SCHNEIDER, Sérgio e SCHIMITT, Claudia Job. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, 9:49-87, 1998.