

CONSIDERAÇÕES SOBRE A NOVA LEGISLAÇÃO DOS TRANSPLANTES: A VISÃO DO MÉDICO

Genival Veloso de FRANÇA¹

FRANÇA, GV. Considerações sobre a nova legislação dos transplantes: a visão do médico. *Saúde, Ética & Justiça*, 1(1):44-52, 1996.

RESUMO - O artigo procura expor e analisar o texto da legislação atual sobre transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, tecendo comentários à lei anterior e à atual, além de chamar a atenção para o que o decreto regulamentador conseguiu recuperar dos vetos do Poder Executivo. Focaliza ainda a questão do credenciamento dos hospitais que realizam transplantes para o Sistema Único de Saúde e as normas específicas dos transplantes de medula óssea, de fígado, de pulmão e de coração.

UNITERMOS - Transplante de órgãos. Transplante de órgãos/legislação & jurisprudência. Doadores de Tecidos.

DA LEI ANTERIOR

Malgrado todo esforço, a Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, até pouco em vigor, pouco contribuiu para a realização dos transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. Deve-se isso à sua timidez, inconsistência e falta de clareza, destacando-se a ausência de um conceito de morte, a omissão de critérios na fiscalização permanente das instituições hospitalares que realizaram essas operações, a carência de um programa de cadastramento em centros locais e regionais para possíveis doadores e receptores e a não existência de sua regulamentação.

O seu artigo 2º estabelecia que "a retirada para os fins a que se refere o artigo anterior deverá ser precedida de prova incontestável da morte". Não havia assim nenhum critério para definir a chamada "prova incontestável da morte", dando lugar a que o médico, qualquer que fosse o seu entendimento, definisse a morte, inclusive pela morte

encefálica⁽¹⁾. Isso porque o Poder Executivo vetara três parágrafos desse dispositivo, onde estavam firmados os critérios da morte e a formalização dos atestados de óbito.

Por outro lado, não existia nenhum critério para credenciamento dos hospitais capacitados a proceder os transplantes, dando margem a que qualquer estabelecimento de saúde, considerando-se em condições de realizar tais operações, as fizessem, mesmo em situações precárias e sem recursos humanos e materiais.

Ainda que a citada lei permitisse apenas a disposição gratuita de partes do corpo para fins terapêuticos, não se colocou na norma os elementos que facultassem criar um programa de cadastramento em centros locais ou regionais, sob supervisão das Secretarias de Saúde dos Estados, no sentido de disciplinar as doações e a ordem das necessidades de cada receptor, evitando, assim, de um lado, a comercialização, e, de outro, a inversão das prioridades médicas.

¹ Professor Titular de Medicina Legal e Deontologia Médica nos cursos de Medicina e Direito da Universidade Federal da Paraíba.
Endereço para correspondência: Av. Pará, 555 - Bairro dos Estados - João Pessoa - PB - CEP: 58030-200.

Por fim, registra-se a frustração em se aguardar a regulamentação da lei - capaz de ajustar a uma necessidade mais atual e a uma melhor aplicabilidade - durante quase 25 anos, sem nunca ter sido efetivada.

DA LEI ATUAL

Agora, decorridos tantos anos da edição daquele texto e com o advento de uma nova lei - sob o nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, dispondo sobre o uso de tecidos e órgãos humanos para fins terapêuticos e científicos - esperava-se um tratamento superior, uma visão mais atualizada e uma melhor adequação aos tempos em que se vive e às disponibilidades mais recentes da ciência e da tecnologia, principalmente no que se refere aos avanços em técnicas cirúrgicas, em tipagem de tecidos e no desenvolvimento das poderosas drogas imunossupressoras. Infelizmente, nada disso ocorreu.

Assim, por exemplo, o veto presidencial ao artigo 2º do anteprojeto, aprovado nas duas Casas do Congresso Nacional, deixou a lei sem uma definição clara de morte, conforme estava no dispositivo vetado que incorporava o conceito encefálico de morte, baseado no exame clínico e em pelo menos um tipo de exame complementar, como está disposto na Resolução CFM nº 1.346/91, sobre a "parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de dois anos".

No que diz respeito à permissão da retirada e aproveitamento dos tecidos, órgãos e partes de cadáver, ficou sujeita ao desejo expresso do disponente ou, na sua ausência, a não existência de manifestação contrária por parte dos seus representantes legais. No entanto, é na questão dos doadores vivos, relacionados ou não, o grande desafio ético no campo de transplantes. Permite-se à pessoa maior e

capaz a cessão gratuita de órgãos e tecidos do próprio corpo vivo, para fins humanitários e terapêuticos, limitando-se essa doação entre avós, netos, filhos, irmãos, sobrinhos até o segundo grau inclusive, cunhados e cônjuges. A doação fora dessa relação de parentesco somente deve ser efetivada com autorização judicial. A intenção da lei é impedir o comércio.⁽²⁾ Todavia, a par dessas considerações, não há nenhuma objeção de ordem moral no fato de ser usado excepcionalmente um doador vivo e não parente, se essa doação é livre, informada, consciente, desinteressada e não lesiva à sua saúde. Ainda assim, a bem da verdade, deve-se dizer que, entre nós, a maioria dos transplantes renais é feita com doadores vivos relacionados.

Fica claro também que essa doação não deve implicar em mutilação ou grave prejuízo para o doador, que corresponda sempre a uma necessidade comprovadamente definida a determinada pessoa e que seja de partes devidamente especificadas pelo disponente. A intervenção deverá ser estritamente necessária, afastando-se qualquer hipótese especulativa no sentido de experimentação. A escolha de um doador vivo deve estar sujeita às considerações de um protocolo aceito universalmente, onde se exige higidez absoluta do disponente e a certeza de que a retirada do órgão não causará risco à saúde. Assim, por exemplo, no transplante de rim, é necessária a certeza de que a uninefrectomia não vai impor nenhum dano ao conjunto da saúde. Mesmo com tais considerações, a recomendação é a de evitar, quando possível, essa forma de doação, pois já se tem notícias de que a função renal remanescente, face à hiperfiltração e à hipertensão, tende levar a lesões do endotélio e à esclerose progressiva.⁽³⁾ Por isso, o transplante de cadáver deve merecer um interesse maior por parte da sociedade.

Vetou-se também na citada lei um dispositivo que obrigava as instituições que realizassem as retiradas de partes do corpo humano, com a finalidade terapêutica e humanitária, à manutenção dos documentos referentes ao diagnóstico de morte encefálica e dos relatórios relativos a essa retirada. No entanto, foi mantido um artigo que determina conservar os prontuários médicos detalhados dos atos cirúrgicos referentes aos transplantes em arquivos, além do encaminhamento de relatório anual ao Ministério da Saúde.

A mais significativa novidade desta lei, sem dúvida, é a de condicionar a prática da transplantação às instituições públicas e privadas reconhecidamente idôneas, cadastradas no Ministério da Saúde.

Foi vetado ainda o artigo que criava os centros regionais ou estaduais para cadastrar os candidatos a receptores, estreitando assim a oportunidade de assegurar a observância da ordem de prioridade médica.

O artigo 7º deste diploma em vigor diz que a retirada de partes do cadáver, sujeita por força de lei à necropsia ou à verificação da *causa mortis*, deverá ser autorizada pelo médico legista e citada no relatório de necrópsia ou de verificação diagnóstica. Isto é simplesmente uma repetição do artigo 9º da Lei nº 5.974/68, hoje revogada, inspirado numa época em que a retirada de órgãos e tecidos era feita nas instituições médico-legais ou de verificação de óbito.

Face à impropriedade e à dificuldade de se manter um legista de plantão numa UTI ou de deslocá-lo para um lugar distante, propusemos que, na regulamentação da Lei nº 8.489/92, fossem levados em conta os seguintes aspectos: a) a retirada de órgãos ou partes do cadáver, sujeita por força de lei à necrópsia, seria efetuada mediante a comunicação ao Instituto Médico Legal pela instituição na qual se encontrasse um possível doador em morte encefálica; b)

quando o corpo fosse encaminhado ao Instituto Médico Legal ou ao legista, o mesmo deveria ser acompanhado de relatório circunstanciado, descrevendo o exame clínico de admissão, o tratamento clínico e/ou cirúrgico realizado e os critérios que definiram a morte encefálica; c) a equipe que participasse da retirada de órgãos, tecidos ou partes do corpo deveria fazê-lo evitando o máximo de manobras que pudessem dificultar o diagnóstico da *causa mortis*, e elaborasse relatório circunstanciado sobre os procedimentos efetuados, que seria encaminhado à instituição médico legal ou ao legista acompanhando o corpo; d) nos casos de retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo nas instituições médico-legais, deveria existir uma autorização do médico legista ou do diretor da instituição. Essas considerações foram discutidas e aprovadas entre os membros de uma Comissão do Conselho Federal de Medicina e os membros das Comissões Científica e de Ética da Sociedade Brasileira de Medicina Legal, em reunião realizada em Brasília, no dia 07 de maio de 1993.

DO DECRETO REGULAMENTADOR

Até que enfim, o Poder Executivo, numa concepção bem avançada, através do Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993, regulamentou a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, dispondo sobre a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com finalidades terapêuticas e humanitárias, sendo que, para efeito deste Decreto, o sangue, o esperma e o óvulo não estão contemplados entre os tecidos a que ele se refere. Considera, tendo em vista os efeitos do mesmo diploma, doador como a pessoa maior e capaz, apta a fazer doação (em vida ou *post mortem*) de tecidos, órgãos e partes

do seu corpo, com finalidade terapêutica e humanitária, e receptor, a pessoa em condições de receber essas estruturas e que apresente perspectivas fundadas no prolongamento da vida, ou na melhoria da saúde.

A maior inovação e o mais significativo avanço do Decreto, sem dúvida, é a conceituação de morte encefálica e a aceitação como morte a definida pelo Conselho Federal de Medicina, sendo que essa definição não exclui outros conceitos de condições de morte.

Admite somente o uso da transplantação quando houver conhecimento consolidado na medicina com algum êxito na operação, ficando vetada a tentativa de experimentação no ser humano, permitindo apenas que médicos de capacidade técnica comprovada a realizem, em instituições públicas ou privadas, reconhecidamente idôneas e devidamente cadastradas para esse fim, no Ministério da Saúde, o qual expedirá normas sobre: I - as exigências e o cadastro em órgão do Sistema Único de Saúde habilitado a realizar transplantes; II - as exigências e o cadastro em órgãos do Sistema Único de Saúde para laboratórios habilitados a realizar exames de compatibilidade sangüínea e imunológica; III - capacitação médica; IV - organização das Centrais de Notificação das Secretarias de Saúde dos Estados.

O Decreto só admite a utilização de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano se existir desejo expresso do doador, manifestado em vida, mediante documento pessoal ou oficial nos termos do artigo 3º, inciso I, da Lei nº 8.489/92, sendo que, na falta desse documento, a retirada daquelas estruturas somente serão feitas se não houver manifestação em contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente. O autotransplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo e, se

este for incapaz, do seu representante legal.

O citado diploma deixa evidente que o diagnóstico e a comprovação da morte não deverão guardar relação com as possibilidades de utilização de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para transplante, que o profissional que atestar o óbito do indivíduo não poderá ser o mesmo a realizar o transplante e que será admitida a presença de médico da confiança da família do falecido no ato de confirmação e atestação da morte encefálica. A comprovação da morte será atestada por médico nos termos da Lei de Registros Públicos.

Muito apropriada é a regulamentação da retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, sujeita por força de lei à necropsia ou à verificação do diagnóstico de *causa mortis*, autorizada por médico legista e citada no relatório de necrópsia ou de confirmação de diagnóstico. Essa intervenção dar-se-á após a solicitação feita pela direção do hospital onde a morte ocorreu. Um relatório circunstanciado obrigatoriamente acompanhará o cadáver com descrição do exame físico, da admissão, do tratamento clínico ou cirúrgico realizado, e, quando se tratar de morte encefálica, os critérios que a definiram. Veta-se à equipe responsável pela retirada dos tecidos, órgãos ou partes do corpo a realização de atos médicos que possam prejudicar o diagnóstico de *causa mortis*, pelo médico-legista. A equipe responsável pela retirada dessas partes do corpo elaborará um relatório circunstanciado, descrevendo os procedimentos realizados, que será encaminhado ao órgão de medicina legal ou ao médico-legista, juntamente com o cadáver.

A permissão de pessoa maior e capaz de dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins humanitários e terapêuticos, limitar-se-á à

doação entre avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos até o segundo grau inclusive, e entre cônjuges. O indivíduo menor, irmão ou não do outro, com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação para receptor parente consanguíneo ou afim, até o segundo grau inclusive, nos casos de medula óssea, desde que haja consentimento dos pais e autorização judicial, e não exista risco para sua saúde. É vetado à gestante dispor de doação, exceto em transplante de medula e se o ato médico não oferecer nenhum risco à sua saúde e à do feto. A doação inter-vivos com parentes não relacionados acima somente poderá ser realizada após autorização judicial.

O doador será prévia e obrigatoriamente esclarecido sobre as conseqüências e riscos possíveis da retirada de tecidos, órgãos e partes do seu corpo, de maneira verbal e por escrito, estando ele obrigado a manifestar expressamente o seu consentimento. Ele assinará um documento especificando as estruturas, ficando esse documento arquivado no prontuário do hospital responsável pela extração dos tecidos, órgãos e partes do corpo. Quando se tratar de doação por decisão judicial, ficará arquivada no prontuário médico do hospital uma cópia de sentença do juiz. Na doação em vida, o hospital e a Central de Notificação respeitarão o anonimato do procedimento. Qualquer pessoa capaz e maior de idade poderá inscrever-se na Central de Notificação da Secretaria de Saúde como doador *post mortem* ou como doador em vida, indicando especificamente as estruturas a doar. O futuro doador poderá revogar o consentimento dado, sem necessidade de justificar suas razões.

O referido Decreto, respeitando o sentido humanitário da doação de não parentes, admite a autorização judicial que será precedida de: I - constatação da sanidade mental do doador; II - inexistência de

qualquer retribuição monetária, material ou de outra espécie; III - inexistência de coação; IV - respeito ao anonimato do doador e do receptor; V - termo de doação.

Nos casos de morte encefálica, é obrigatória a notificação em caráter de urgência do hospital público ou privado para a Central de Notificação da Secretaria de Saúde do Estado pela direção do estabelecimento de saúde onde se verificou o óbito. Também será comunicada à Central de Notificação a existência de paciente-receptor com enfermidade que enseje transplante de órgãos de indivíduos que tenham se manifestado em vida pela doação, ou de familiares que se disponham à doação *post mortem* de seus parentes próximos. O Ministério da Saúde providenciará modelo simplificado e padronizado de documento de doação de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, o qual será distribuído gratuitamente pelos órgãos gestores do Sistema Único de Saúde, ou por outras autoridades. O documento padronizado do Ministério da Saúde não retira a validade de documento fora do seu padrão, onde esteja expressa a disposição de doar aquelas estruturas, desde que contenha assinatura do doador. Não sendo possível a conferência da assinatura pelo dirigente do hospital, este solicitará do cônjuge, ascendente ou descendente que ateste a legitimidade do documento, mediante declaração escrita e assinada, a qual será anexada ao prontuário do paciente-receptor. Sendo analfabeto o doador e os membros de sua família, as assinaturas serão substituídas pelas impressões digitais na presença de duas testemunhas alfabetizadas. Esse documento ficará arquivado no hospital onde se verificou o falecimento do doador. Por fim, se o cônjuge, ascendente ou descendente não se opuserem à retirada dos tecidos, órgãos e partes do corpo do seu familiar, e se não houver manifestação de vontade do

falecido, em vida, contrária àquela utilização, o dirigente do hospital pedirá dos familiares documento escrito e assinado com a autorização.

Em nenhum momento da Lei nº 8.489/92 ou do seu Decreto regulamentador existe a alusão sobre o fato de que, existindo documento escrito e assinado por um indivíduo permitindo a doação *post mortem*, venha, depois de falecido, a família opor-se a essa retirada. Acreditamos que essa decisão dos parentes deve ser respeitada.

A seleção do paciente-receptor, levando em conta a cronologia de inscrição, a compatibilidade sangüínea e imunológica e a gravidade da enfermidade, caberá à Central de Notificação, a qual indicará mais de um indivíduo receptor, até o máximo de dez, encaminhando relação ao hospital responsável pela realização do transplante. No hospital haverá indicação do paciente que será receptor das estruturas disponíveis. Não se aplica nos casos em que a autorização judicial defina quem é o indivíduo receptor.

A despesas hospitalares para a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo humano serão remuneradas pelos gestores do Sistema Único de Saúde, de acordo com a tabela de remuneração de procedimentos de assistência à saúde, ainda que o hospital não tenha convênio ou contrato com o Poder Público. Quando o material retirado se encontrar em hospital privado que, embora cadastrado no Ministério da Saúde como habilitado para realização de transplante, não integra o SUS, a Central de Notificação providenciará para que a realização do transplante se dê em hospital público ou integrante do Sistema Único de Saúde, se o receptor não for paciente de hospital privado.

Estabelece o Decreto que os hospitais públicos e privados serão considerados aptos para realizarem transplantes, na forma desse diploma, se estiverem cadastrados

em órgãos do Sistema Único de Saúde indicados pelo Ministério da Saúde. Este Ministério expedirá normas sobre as exigências e o cadastro em órgãos do SUS de hospital habilitado a realizar transplantes, as exigências de cadastro para os laboratórios habilitados a realizarem exames de compatibilidade sangüínea e imunológica, os requisitos para a comprovação técnica da equipe de transplante em cada hospital e a organização das Centrais de Notificação das Secretarias de Saúde dos Estados.

Os hospitais manterão prontuários médicos detalhados sobre cirurgias de transplantes em seus arquivos. Anualmente esses hospitais encaminharão ao Ministério da Saúde e à Central de Notificação das Secretarias de Saúde do respectivo Estado um relatório contendo os nomes dos pacientes, o transplante realizado, a condição do doador e o estado de saúde do receptor, a fim de compor o Sistema Nacional de Informação em Saúde.

Finalmente, o discutido Decreto regulamentador da Lei dos Transplantes estabelece que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), funcionarão vinculados às Centrais de Notificação das Secretarias de Saúde dos Estados, bancos de olhos, de ossos e de medula, bem como outros bancos de tecidos, órgãos e partes do corpo humano.

DAS NORMAS DE CREDENCIAMENTO HOSPITALAR

A Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, através de Portaria nº 96, de 28 de julho de 1993, estabeleceu as normas de credenciamento dos hospitais que podem realizar transplantes para o Sistema Único de Saúde.

Na rotina de encaminhamento está especificado que o hospital solicitará credenciamento para essas operações à Coordenação de Procedimentos de Alta

Complexidade de Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que designará uma comissão de especialistas da área para verificar *in loco* as condições de cumprimento da citada Portaria. Serão realizadas avaliações semestrais do desempenho dos hospitais por aquela Coordenação. Nas normas específicas para transplante de medula óssea, consta que, nesta atividade, serão credenciados os hospitais que realizem procedimentos na área oncológica e que o mesmo já tenha realizado no mínimo cinco transplantes nos últimos dezoito meses. A unidade nosocomial deve ser integrante de um hospital geral e ter instalações próprias e adequadas ao seu funcionamento com no mínimo quatro leitos para internação. Deverá dispor de corpo clínico especializado nas áreas clínicas e cirúrgicas necessárias a esse tipo de procedimento, com destaque em clínica médica, hematologia, oncologia e hemoterapia, além de contar com médico de plantão durante vinte e quatro horas. Além disso, a existência de laboratórios de análises clínicas, serviço de diagnóstico por imagem e banco de sangue em condições para irradiação de derivados sangüíneos e condições materiais para retirada e manuseio de medula óssea, acesso a laboratório de imunogenética e disponibilidade de serviço de radioterapia, com capacidade para irradiação corporal total. Os hospitais credenciados serão classificados em Centros de Referência e de Excelência. São Centros de Referência aqueles que tenham realizado no mínimo vinte transplantes num período de três anos e com capacidade de treinamento de recursos humanos em TMO. São considerados Centros de Excelência os que tenham realizado vinte e cinco transplantes de medula óssea no último ano, corpo clínico com experiência mínima de cinco anos na área, publicações anuais em revistas científicas especializadas e

reconhecidas internacionalmente e que tenham curso para formação e pós-graduação nas áreas de clínica médica, hematologia, oncologia e hemoterapia. Deverão possuir laboratório de histocompatibilidade próprio. Encontram-se classificados como Centro de Excelência o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, a Fundação E. J. Zerbini em São Paulo e a Fundação Ary Frauzino do Rio de Janeiro.

Nas normas específicas para credenciamento de transplante de fígado, exige-se as instalações físicas descritas acima para o transplante de medula óssea, além de, como recursos humanos, contar com equipe cirúrgica capacitada e pronta para atuar a qualquer momento; equipe de anestesia com experiência em pacientes hepatopatas e com especial treinamento em transplante hepático. A unidade deverá constar de corpo clínico especializado em nefrologia, moléstias infecciosas, imunologia, anatomia-patológica e hemoterapia, com plantonistas durante vinte e quatro horas, corpo de enfermagem próprio e familiarizado com essas atividades e equipe multiprofissional composta por fisioterapeuta, assistente social e profissionais de saúde mental. Finalmente, deve dispor de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, constantes de laboratório de imunogenética credenciado pela Sociedade Brasileira de Histocompatibilidade; laboratório de análises clínicas para testes de diagnóstico diferencial das afecções hepáticas e dosagens específicas de níveis sangüíneo e séricos de antibióticos; laboratórios que trabalham com fungos, bactérias e vírus; banco de sangue que atenda à necessidade de grande demanda; sistema de infusão rápida de sangue; sistema de infusão controlada e aquecida de fluidos; sistema de monitorização de coagulação sangüínea; sistema de circulação extra-corpórea com bombas

centrífugas; serviços de radiologia intervencionais com recursos diagnósticos e terapêuticos nas áreas vasculares e biliar; serviço de diálise incluindo hemofiltração; serviço de endoscopia, serviço de radiologia com ultra-sonografia com "Doppler"; tomografia computadorizada e farmácia com disponibilidade de prover medicamentos para o procedimento. A Fundação Faculdade de Medicina - SP está autorizada à realização de transplante de fígado.

Nas normas específicas para credenciamento de transplante de pulmão, além das condições físicas já analisadas para outros transplantes, impõe-se a existência de pelo menos um outro programa de transplante em andamento no mesmo hospital. Como recursos humanos, a unidade deve contar com equipe treinada em cirurgia traqueal e brônquica e com atividade rotineira em cirurgia torácica geral, com a disponibilidade de ter duas equipes trabalhando simultânea e sincronicamente no doador e no receptor. Equipe de anestesia com experiência em cirurgia cardíaca e torácica, especialmente com treinamento em monitorização, circulação extra-corpórea, acompanhamento do pré-operatório precoce e tardio. Corpo de enfermagem em regime de plantão permanente (uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem para cada paciente), pelo menos durante o período de monitorização hemodinâmica e de ventilação mecânica. Equipe multiprofissional composta de infectologista, fisioterapeuta, assistente social e profissionais de saúde mental. Nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, é imprescindível laboratório qualificado e disponível por vinte e quatro horas por dia nas áreas de imunologia clínica, bacteriologia, micologia, anatomia-patológica, rotina de hematologia e gasometria; radiologia em disponibilidade permanente; serviço de fisioterapia indispensável na recuperação funcional dos

candidatos ao transplante e no acompanhamento pós-transplante imediato; serviço social para amparo aos candidatos da lista de espera e aos pacientes transplantados em revisões periódicas ou em tratamento de intercorrências. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - Hospital Pavilhão Pereira Filho, está autorizada a realizar os transplantes de pulmão.

Nas normas específicas para credenciamento de transplante de coração, além dos pré-requisitos exigidos às unidades anteriores, a supracitada Portaria ainda cobra que o serviço a ser credenciado tenha realizado no mínimo duzentas e quarenta cirurgias cardíacas no último ano, excluídos os implantes de marcapasso definitivo, e que tenha realizado no mínimo cinco transplantes cardíacos nos últimos dezoito meses. Das instalações físicas devem constar estrutura própria e adequada ao seu funcionamento e a unidade de tratamento intensivo com disponibilidade de isolamento do paciente transplantado, equipe cirúrgica com capacidade para realizar o procedimento a qualquer momento, atestado pelo responsável da equipe. Equipe de anestesia com experiência na área e as demais exigências para a classificação como Centro de Referência I do Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade. Presença na Unidade diariamente de médico plantonista durante vinte e quatro horas, acesso imediato a especialistas na área de nefrologia, infectologia, neurologia, cirurgia geral e imunologia, corpo clínico próprio de enfermagem com relação mínima de um profissional para dois leitos e equipe multiprofissional composta por fisioterapeuta, assistente social e profissionais de saúde mental. Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico com laboratório de imunogenética credenciado pela Associação Brasileira de

Histocompatibilidade, laboratório capacitado para dosagens específicas, tais como, nível sangüíneo de ciclosporina, níveis séricos de antibióticos, etc. A Fundação E. J. Zerbin - SP está autorizada à realização de transplante de coração.

CONCLUSÃO

Pelo exposto, a legislação brasileira referente aos transplantes, integrada no presente pela Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993, Portaria nº 96, de 28 de julho de 1993 e Resolução CFM nº 1.346, de 8 de agosto de 1991, é plenamente suficiente para a normatização dos transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, constituindo, sem dúvida, numa das legislações mais avançadas e atualizadas que se tem conhecimento.

Além das normas relativas ao conceito de morte encefálica, traduzidas pelos critérios definidos pelo Conselho Federal de Medicina, das indicações dos transplantes, do consentimento do doador, dos procedimentos da retirada de órgãos em cadáveres sujeitos por lei à necropsia, da disponibilidade de doação dos menores e incapazes, das exigências no prontuário médico, da criação das Centrais de Notificação das Secretarias de Saúde dos Estados, da seleção dos receptores, da doação por decisão judicial e da remuneração pela retirada das estruturas para transplantação, entre outros, nossa legislação específica trata ainda da rotina e das normas específicas de credenciamento dos hospitais que realizam transplantes para o Sistema Único de Saúde e aponta os serviços brasileiros já autorizados a realizarem os transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano.

ABSTRACT - The article aims at exposing and analysing the present legislation concerning transplants of tissues, organs and other parts of the human body. It also comments on former laws about that matter and focuses what remains from the regulating decree after the government veto, how hospitals are authorized to perform transplants for the SUS (Health Unique System) and the specific rules for marrow, liver, lung and heart transplants.

Key Words: Organ Transplantation. Tissue Donors. Organ Transplantation/legislation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASSI, H.V. Aspectos éticos e legais dos transplantes de órgãos. *Arq. Cons. Reg. Med. Pr.*, 8:137-41.1991.
2. FERRAZ, S. **Manipulação biológica e princípios constitucionais: uma introdução.** Porto Alegre, Sérgio Antonio Fabris, ed., 1991.
3. CASABONA, C.M.R. **El médico ante el derecho.** Madrid, Ministerio de Sanidad Y Consumo, 1986.