



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO  
NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

CPI - TRÁFICO DE ORGÃOS HUMANOS		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 0915/04	DATA: 23/6/2004
INÍCIO: 15h04min	TÉRMINO: 19h08min	DURAÇÃO: 04h04min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 04h03min	PÁGINAS: 94	QUARTOS: 49

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
CÍCERO GALLI COIMBRA – Neurologista. LUÍS ALCIDES MANREZA – Neurologista. CELSO GALLI COIMBRA – Advogado e estudioso do método de apnéia.

SUMÁRIO: Tomada de depoimentos. Votação de requerimentos de convocação.
---

OBSERVAÇÕES
Há intervenções inaudíveis. Há exibição de imagens. Há exibição de vídeo.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Declaro abertos os trabalhos da 22ª Reunião Ordinária da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar as organizações que atuam no tráfico de órgãos humanos.

Quero comunicar aos nobres Parlamentares o recebimento dos seguintes ofícios:

Ofício do Deputado Marcus Vicente, justificando sua ausência nas reuniões da CPI no período de 16 a 18 de junho do corrente por motivo de licença para tratamento de saúde; da Deputada Perpétua Almeida, justificando sua ausência na reunião da CPI no dia 16 de junho próximo passado por ter acompanhado, nessa data, autoridades acreanas; e do Deputado João Campos, justificando sua ausência na reunião da CPI no dia 17 de junho próximo passado por ter acompanhado, nessa data, a comitiva do Sr. Governador Marconi Perillo à cidade de Palmas.

Quero lembrar também aos nobres Parlamentares que esta reunião foi convocada para a realização de audiência pública com a presença dos seguintes senhores: Dr. Celso Galli Coimbra, advogado; Dr. Cícero Galli Coimbra, neurologista; Dr. Alcides Manreza, neurologista; e ainda para a deliberação de requerimentos. Queremos convidar neste momento para tomar assento à mesa o Dr. Cícero Galli Coimbra, neurologista. O Dr. Cícero Galli Coimbra é estudioso do método de apnéia. É reconhecido mundialmente em neurologia. O objetivo de sua convocação é para ele prestar esclarecimentos sobre o teste de apnéia, usado para o procedimento declaratório de morte encefálica.

Agradecemos ao Dr. Cícero Galli Coimbra, professor da Universidade Federal Paulista – UNIFESP. Nós lhe agradecemos a presença nestes debates. Devo dizer que os trabalhos da Comissão se encontram prejudicados devido à votação, pela parte da manhã, da MP do salário mínimo, que se encerrou às 13 horas e 30 minutos, e alguns Parlamentares tiveram que se ausentar, alguns já retornaram até para seus Estados de origem e alguns à caminho desta Comissão. Mas agradecemos ao Dr. Cícero Galli Coimbra a presença e lhe concedemos neste momento a oportunidade de fazer suas explanações. Ele disporá de 20 minutos. O tempo, contudo, poderá ser prorrogado, se este achar necessário.

Antes de passar a palavra ao depoente, peço a atenção dos presentes para as normas estabelecidas no Regimento da Casa. O tempo concedido ao depoente



será de até 20 minutos, prorrogáveis a juízo da Comissão. Durante esse período, não poderá ser aparteado, e os Deputados interessados em interpelá-lo deverão inscrever-se previamente junto à Secretaria desta Comissão. Cada Deputado inscrito terá o prazo de até 3 minutos para fazer suas indagações, dispondo o depoente de igual tempo para a resposta, facultadas a réplica e a tréplica pelo mesmo prazo. Por se tratar de oitiva de testemunha, solicito também ao Dr. Cícero Galli Coimbra que preste juramento, conforme o art. 203 do Código de Processo Penal assim descrito.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Faço, sob a palavra de honra, a promessa de dizer a verdade do que souber e me for perguntado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Nós, neste momento, conforme o juramento, queremos então passar a palavra ao Dr. Cícero Galli Coimbra, que terá o tempo necessário para fazer as entonações a esta Comissão.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Inicialmente, meu muito obrigado à Comissão pelo convite. Vou apresentar um trabalho que é de conteúdo técnico e preciso fazer, dessa apresentação, uma apresentação inteligível para uma pessoa leiga, ou seja, uma pessoa que não tem conhecimento médico. Então, vou procurar utilizar termos que sejam acessíveis a todos.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

Pode passar o próximo *slide*. Eu queria contar alguma coisa do que levou à elaboração dos critérios para o estabelecimento do diagnóstico de morte encefálica na Medicina a partir de 1968. Inicialmente, para que não se façam confusões com essa apresentação, gostaria de estabelecer que existem 3 níveis que sempre foram colocados como níveis diversos de discussão a respeito da questão de morte encefálica. O primeiro nível é um nível um tanto filosófico, dir-se-ia assim. Pode uma pessoa que tem lesão cerebral difusa e irreversível ser chamada de morta? Não é esse o objetivo do meu debate, da minha apresentação. Não tenho como objetivo entrar nessa questão filosófica. O segundo nível de discussão diz respeito ao conceito, como se conceitua a morte encefálica, a condição de morte encefálica. E em Medicina, inicialmente, em 1968, o conceito foi de que a morte encefálica seria aquela condição em que existe necrose, ou seja, morte de todas as células do tecido nervoso que está presente dentro da caixa craniana, que é o que nós chamamos de



encéfalo. Não é exatamente apenas o cérebro, mas, sim, não só o cérebro, mas outras regiões, que são chamadas de cerebelo e tronco encefálico. Então, todo o conteúdo da caixa craniana, segundo os conceitos que foram estabelecidos naquela época, estariam necrosados, ou seja, as células estariam mortas. E o terceiro nível de discussão é um nível que diz respeito a esta apresentação, ou seja, quais são os critérios que vão ser utilizados para reconhecer essa condição na pessoa humana? Então, eu preciso que os senhores entendam o que acontece com um indivíduo que tem, por exemplo, um trauma craniano severo. Então, ele sofre um acidente de carro, por exemplo, um acidente de trânsito e sofre contusão do tecido craniano em função da contusão da cabeça. Então, como acontece em qualquer tecido nervoso, essa contusão leva ao edema cerebral, ou seja, o tecido nervoso passa a inchar progressivamente.

O grande problema se coloca devido ao fato de que esse tecido nervoso que está inchando progressivamente está colocado dentro de uma caixa óssea rígida e inextensível. Então, isso significa que o aumento do volume do tecido nervoso colocado dentro do crânio vai necessariamente, à medida que ele progride, provocar aumento da pressão dentro do crânio. O tecido nervoso não tem para onde se expandir, encontra a resistência e a limitação da caixa óssea, e a pressão dentro do crânio começa a se elevar. Em função disso, os vasos sanguíneos que nutrem o tecido nervoso vão progressivamente sendo comprimidos por essa pressão elevada, até que deve ocorrer um determinado momento em que a compressão sobre os vasos sanguíneos é tão grande que não existe mais circulação suficiente para manter o tecido nervoso vivo. Essa seqüência de eventos já era descrita naquela época e permanece descrita ainda hoje. O que se coloca aqui é como que se reconhece a situação em que não existe mais fluxo sanguíneo cerebral devido ao fato de que a pressão intracraniana, a pressão dentro do crânio atingiu um nível tão alto a ponto de se opor completamente à pressão dos vasos sanguíneos, que tentam impulsionar o sangue através do tecido nervoso. Essa condição, então, em que não existe mais fluxo sanguíneo seria chamada de morte encefálica, naquela época, e seria conceituada como sendo a morte de todas as células do tecido nervoso, situado dentro da caixa craniana. Naquela época se verificava já que as pessoas que estavam evoluindo nessa condição elas iam progressivamente



perdendo os sinais de atividade do tecido nervoso, então. Por exemplo, isso é uma coisa muito importante e eu necessito que os senhores entendam exatamente o que nós estamos tentando colocar. Por exemplo, quando se coloca um feixe luminoso, luz, através das pupilas dos olhos de uma pessoa, esse estímulo luminoso estimula os neurônios situados na retina e ele percorre as vias visuais até atingir o córtex do tecido nervoso, situado na área occipital posterior. E também ele é levado a outras regiões do tecido nervoso, onde ele desencadeia um reflexo de volta, de resposta, em que a pupila dos olhos desse indivíduo se fecha em defesa ao excesso de luz. Muito bem, um indivíduo que se encontra progressivamente apresentando redução do tecido nervoso vai ocorrer um determinado momento em que esses sinais de reatividade vão desaparecer. Então, por exemplo, se coloca luz através dos olhos desse indivíduo, se faz incidir luz nas pupilas desse indivíduo e elas deixam de se contrair, não se contraem mais, começam a se dilatar progressivamente. Se toca a garganta desse indivíduo, normalmente ele deveria desencadear um reflexo de vômito, que também necessita da viabilidade do tecido nervoso para que ele seja desencadeado. Se toca, por exemplo a córnea desse indivíduo, a superfície do globo ocular e, em resposta, o tecido nervoso do interior do crânio deve fazer com que os olhos se fechem também em resposta. Então, todos esses sinais eram chamados de reflexos cefálicos. E quando um indivíduo que se encontrava na situação descrita teve um trauma craniano severo e passou progressivamente a apresentar redução desses sinais de reatividade, quando tivesse desaparecido todos esses sinais de reatividade do tecido nervoso, então, segundo o que a comissão da Universidade de Harvard propôs, em 1968, a única explicação seria a de que nesse momento o fluxo sanguíneo cerebral teria atingido zero em função do aumento da pressão intracraniana. Essa pressão intracraniana havia se igualado à pressão no interior dos vasos sanguíneos e não havia mais sangue fluindo através dos vasos sanguíneos cerebrais, proporcionando nutrição a esse tecido. Então, o que se propôs, em 1968, é que o coma profundo, que posteriormente passou a ser chamado de Glasgow 3, com arreflexia cefálica, a ausência desses sinais de reatividade, se correlacionaria com a parada circulatória no interior do crânio, ou seja, a pressão havia atingido um nível tal que impedia a entrada de sangue na cavidade craniana.



Pode passar o próximo. Então, isso é uma coisa extremamente importante. Naquela época se correlacionava a ausência de função, ausência de reatividade do tecido nervoso, com a ausência de vitalidade do tecido nervoso. Se não havia função, depreendia-se que não havia mais vitalidade, que o tecido nervoso não tinha mais recuperação e bastava que se observasse o indivíduo sustentar esse estado de falta de reatividade por várias horas, depreendia-se que ao longo dessas horas não havia ocorrido circulação cerebral e se dizia, então, que esse indivíduo estava com morte encefálica. Então, seriam os critérios clínicos. Os critérios clínicos seriam exatamente esses: coma profundo associado à ausência dessa reatividade do tecido nervoso. Depreendia-se que não havia mais circulação naquele momento. Essa conclusão ocorria pela correlação entre falta de atividade com falta de vitalidade. Muito bem. No entanto, a partir do início da década de 80, surgiu na medicina outro conceito relacionado à circulação do tecido nervoso. Então, vemos aqui a situação que ocorre num AVC, que popularmente se conhece por derrame cerebral. Então, temos aqui o cérebro, visto na face lateral direita, e nós temos os vasos sanguíneos que nutrem esse tecido, com especial atenção para esse vaso sanguíneo colorido de vermelho, que é chamado de artéria cerebral média. E nós estamos mostrando que, nessa situação, houve uma obstrução, que é o que se chama de derrame, do tronco dessa região da artéria cerebral média. Em consequência, se verifica que a região mais próxima à oclusão se encontra com fluxo sanguíneo muito baixo e que a zona mais periférica que está aqui colocada em alaranjado, recebe ainda nutrição de outros vasos sanguíneos que se encontram contíguos àquele vaso sanguíneo, à área nutrida pelo vaso sanguíneo obstruído, de tal forma que essa região aqui não mais recebe sangue dessa área, mas recebe um sangue parcialmente reduzido, mas ainda suficiente para manter a vitalidade desses vasos sanguíneos contíguos situados, portanto, próximos do território obstruído, de tal forma que essa circulação débil propiciada por esses vasos sanguíneos contíguos é uma circulação cerebral suficiente para manter a vitalidade, a vida do tecido nervoso, mas não propicia energia suficiente para manter a atividade do tecido nervoso. Então, esse tecido nervoso é inerte. Esse tecido nervoso situado nessa região periférica é inerte, mas não é um tecido morto. Se houver recirculação do vaso sanguíneo obstruído, a circulação normal volta a esse tecido e ele volta a funcionar. Essa parte do tecido



nervoso volta a funcionar. Então, pela primeira vez na história da Medicina se separou os conceitos de vitalidade do conceito de falta de função. Poderia, portanto, haver a sustentação ainda da vitalidade sem que houvesse a presença da função. E, nesse caso, a função seria retomada pelo tecido nervoso, mediante o restabelecimento do fluxo sangüíneo que se encontrava apenas reduzido, mas não havia desaparecido. Pode passar o próximo. Isso depois foi comprovado no cérebro humano através do advento de novas técnicas de imagem, como as técnicas de ressonância nuclear magnética em que se verifica que um mesmo paciente possui uma ampla área de redução do fluxo sangüíneo cerebral, mas apenas a parte mais central dessa área, apenas essa parte, encontra-se com alterações compatíveis com a necrose do tecido nervoso. Então, toda essa área periférica seria chamada área que então se convencionou chamar de zona de penumbra ou de penumbra isquêmica, em que o tecido nervoso está recebendo o fluxo sangüíneo apenas parcialmente reduzido, não completamente abolido, mas suficiente ainda para manter sua vitalidade, mas não suficiente para manter a sua função. Então, o que tem a descoberta de que o tecido nervoso, antes de atingir um fluxo sangüíneo de zero, passa por uma faixa intermediária em que o fluxo sangüíneo pode estar apenas parcialmente reduzido, não reduzido suficiente para provocar a morte do tecido nervoso, mas parcialmente reduzido o suficiente para que não haja nenhuma reatividade desse tecido nervoso? Então, nós estamos apresentando para os senhores um gráfico em que nessa região, nas ordenadas do gráfico, são mostrados os valores de fluxo sangüíneo cerebral. E, nessa região aqui, nessas ordenadas, é apresentada a pressão intracraniana. Então, num indivíduo que teve uma contusão intracraniana, o cérebro se encontra inchando progressivamente, ou seja, sofrendo progressivo edema cerebral. Nesse indivíduo, a pressão intracraniana vai se elevando progressivamente, e, à medida que ela se eleva, ela vai restringindo o fluxo sangüíneo cerebral até que, num determinado ponto, não existe mais. Ela se elevou tanto, comprimiu tanto os vasos sangüíneos que nutrem o tecido nervoso que não existe mais fluxo sangüíneo e o tecido nervoso, então, sofre infarto.

Esse gráfico nos mostra que é absolutamente impossível numa realidade física que o tecido nervoso não pode atingir zero. O fluxo sangüíneo que nutre o tecido nervoso não pode atingir zero sem passar por essas faixas intermediárias que





se situam entre 50, aproximadamente 50% e 20% dos valores normais. Nessa faixa o tecido nervoso vai se encontrar apenas inerte, não vai ter nenhuma resposta. O indivíduo que se encontrar com o fluxo sanguíneo parcialmente reduzido, porque a pressão intracraniana se encontra parcialmente aumentada, nessa faixa de fluxo sanguíneo ele não vai ter nenhuma reatividade. Mas ele ainda não se encontra com um fluxo sanguíneo tão reduzido a ponto de provocar necrose, ou seja, perda da vitalidade das células cerebrais. Necessariamente, como o fluxo sanguíneo é uma grandeza contínua, é como se nós desligássemos uma torneira. Por mais rápido que nós desliguemos essa torneira, não é possível fazer com que o fluxo sanguíneo passe de um determinado valor e pule para zero, sem passar por todos os valores intermediários. Da mesma forma, uma pessoa que está apresentando hipertensão intracraniana progressiva vai reduzindo o fluxo sanguíneo cerebral e não pode pular de uma faixa em que ele apenas inativa a função cerebral por uma faixa tão baixa a ponto de que as células cerebrais venham a morrer. Necessariamente tem que passar por essa faixa inicial.

Então, isto é exatamente o que nós estamos mostrando. O indivíduo que tem uma pressão intracraniana normal, não pode pular para uma pressão intracraniana tão reduzida a ponto de o fluxo sanguíneo estar próximo de zero. Ele tem que passar por todas as faixas intermediárias até atingir aquela.

Naquela época em que os autores que propuseram os critérios para o diagnóstico de morte encefálica, em 1968, naquele tempo 3 estudos foram feitos com o objetivo de verificar se o fluxo sanguíneo das pessoas que não tinham reflexos cefálicos presentes, ou seja, não tinham nenhuma reatividade do tecido nervoso, se esse fluxo sanguíneo se correlacionaria com zero, ou seja, nesses indivíduos sem reatividade ao tecido nervoso se o fluxo sanguíneo de fato se encontraria em zero. E aí os estudos mostraram que apenas 50% desses indivíduos que estavam com os critérios clínicos apropriados para o diagnóstico de morte encefálica, apenas 50% desses indivíduos apresentavam valores de fluxo sanguíneo cerebral compatíveis com necrose do tecido nervoso. Os outros 50% apresentavam fluxo sanguíneo suficiente teoricamente para manter a atividade do tecido nervoso apenas deprimida, mas com a vitalidade preservada.





Naquela época, os autores não souberam como interpretar esses resultados e julgaram que sua causa fosse erro do teste, do método empregado para mensuração do fluxo sanguíneo cerebral. Ou seja, as pessoas tinham tão arraigada a idéia de que a ausência de atividade do tecido nervoso se correlacionaria com falta de circulação e, quando encontraram circulação, duvidaram dos próprios resultados. Mas encontraram circulação bastante importante em 50% dos casos. Naquela época, ainda não se conhecia o fenômeno da penumbra isquêmica, ou seja, fenômeno por meio do qual o tecido nervoso pode apenas, o fluxo sanguíneo pode apenas estar reduzido a um ponto de parar a atividade do tecido, mas não parar a vitalidade do tecido nervoso.

Hoje sabemos, por intermédio de inúmeros testes feitos, que o tecido nervoso pode passar até 48 horas sustentando fluxos sanguíneos parcialmente reduzidos, sem que esse fluxo sanguíneo venha a provocar a necrose do tecido nervoso.

Estamos colocando aqui 3 casos teóricos consecutivamente possíveis, em que o fluxo sanguíneo cerebral está colocado nessa região deste gráfico, e aqui se coloca várias horas, a partir do momento em que ocorre um trauma craniano severo.

Em todos os 3 gráficos vou colocar 60 horas de evolução.

Neste indivíduo que sofre um trauma craniano muito severo, possivelmente com hemorragia intracraniana, o fluxo sanguíneo cai rapidamente na medida em que a pressão intracraniana também se eleva muito rapidamente. E ele rapidamente atinge o limiar, ou seja, o ponto onde não existe mais energia para manter as células nervosas funcionando, mas ainda existe energia suficiente para mantê-las vivas. E, horas depois, cerca de 5 horas depois, ele atinge o limiar, ou seja, a zona limítrofe, a partir da qual não existe mais fluxo sanguíneo cerebral também para manter a vitalidade do tecido nervoso.

Como os critérios empregados para o diagnóstico de morte encefálica requerem, a partir desse ponto, uma observação de 6 horas, na pressuposição de que nesse ponto o fluxo sanguíneo cerebral já estaria abolido, em zero, então, nesse caso especificamente, mas apenas nesse caso, a lesão se torna irreversível nesse ponto, muito antes, portanto, em que a morte encefálica possa ser diagnosticada. Portanto, nesse caso em que o fluxo sanguíneo cerebral progride rapidamente para



zero, o diagnóstico é correto. Ou seja, a lesão foi declarada depois que o fluxo sanguíneo de fato atingiu zero.

Como este paciente permanece desde essa hora aqui até a 60ª hora, a partir do trauma craniano com fluxo sanguíneo em zero, o tecido nervoso durante esse tempo entra em necrose completa e se liquéfaz. Se esse indivíduo for levado à autópsia e for aberta a calota craniana, o tecido nervoso escorre como se fosse uma pasta, porque houve tempo suficiente para que houvesse necrose completa do tecido nervoso.

No entanto, se isso acontecesse em todos os casos de trauma craniano severo, nos quais existe coma profundo e ausência de reflexos cefálicos, nós não teríamos como explicar o resultado do estudo que foi patrocinado pelo National Institute of Health, nos Estados Unidos, que é a instituição que patrocina pesquisa médica naquela nação, e publicado em 1975. Esses autores fizeram 226 autópsias em pacientes que vieram a evoluir para coma profundo em 9 hospitais diferentes nos Estados Unidos e verificaram que, se eles selecionassem os indivíduos que permaneceram 48 horas com ausência dos reflexos cefálicos, eles não encontravam necrose difusa do encéfalo, como havia sido proposto em 1968. Em 50% dos casos eles não encontravam necrose presente. Eles apenas encontravam na outra metade.

Os senhores vêem neste *slide*, que tem de haver explicações alternativas a respeito de como pode acontecer de indivíduos permanecerem com a ausência de sinais de reatividade do tecido nervoso por 48 horas, e como esses indivíduos, ainda assim, não apresentarem necrose mesmo mantendo essas 48 horas. Então, nós podemos ter o indivíduo que progride mais lentamente, o edema cerebral progride mais lentamente, ele já se encontra dentro dessa zona de inativação da atividade, da reatividade do tecido nervoso por 6 horas. E aqui é feita a declaração do diagnóstico de morte encefálica, porque se passaram essas 6 horas, tempo preconizado pela Resolução CFM 1. No entanto, a lesão nesse indivíduo apenas se torna irreversível muito tempo depois, quando ele mergulha numa faixa de fluxo sanguíneo cerebral insuficiente para manter a necrose do tecido nervoso.

A partir desse momento até a 60ª hora, quando acontece a parada cardíaca espontânea, e esse indivíduo é levado à necrose, só se passaram cerca de 24



horas, pode se encontrar nesse indivíduo os graus variados de necroses, algumas regiões nitidamente necróticas e outras não.

Então, pode acontecer também um caso que nós classificamos aqui como Caso 3, em que o edema cerebral progride ainda mais lentamente, de tal forma que esse indivíduo, desde a 12<sup>a</sup> hora até a 60<sup>a</sup> hora, quando ocorre parada cardíaca, mantém fluxo sanguíneo cerebral suficiente para manter a vitalidade do tecido nervoso, mas não o suficiente para manter a reatividade do tecido nervoso. Quando esse indivíduo é levado à sístole, ou seja, sofre parada cardíaca e é levado à necropsia, não tem nenhum sinal de necrose do tecido nervoso, porque até aquele momento em que houve parada cardíaca, ainda existia fluxo sanguíneo cerebral suficiente para manter sua função cerebral, a sua vitalidade, mas não a função, apesar de ele ter passado 48 horas nesse estado de falta de reatividade.

No entanto, por ocasião dos testes implementados para o diagnóstico de morte encefálica, para sabermos se o tecido nervoso se encontra reativo ou não, existe o teste da apnéia, em que se desliga o respirador, com o objetivo de fazer com que o CO<sub>2</sub>, o gás carbônico produzido pelas células do indivíduo, atinja um nível suficientemente alto para fazer com que o centro respiratório seja estimulado e verificar se esse indivíduo é capaz de respirar por si mesmo. Esse teste é considerado vital para o diagnóstico de morte encefálica. Por quê? Porque em nenhuma cultura do mundo, em nenhum lugar da nossa civilização se aceita o indivíduo capaz de respirar por si mesmo como estando morto. Então, considera-se, e sempre se considerou o teste da apnéia, da capacidade da reatividade dos centros respiratórios situados no tecido nervoso intracraniano como sendo vital para declaração de morte encefálica.

No início da história da aplicação dos critérios para o diagnóstico de morte encefálica, o teste da apnéia era feito sem nenhum cuidado de oxigenação. Atualmente, faz-se oxigenação prévia, ou seja, faz-se com que o indivíduo respire altas concentrações de oxigênio antes de desligar o respirador, para permitir que o gás carbônico se eleve em concentração no sangue e estimule o centro respiratório. Espera-se que no decorrer desse período não exista mais nenhuma reatividade do tecido nervoso, ou seja, não se detecte nenhuma contração do diafragma, nenhuma contração espontânea.



No entanto, trabalhos publicados em 1994, que depois foram reproduzidos em 1998, mostraram que 40% dos indivíduos submetidos ao teste da apnéia, para que seja declarado o diagnóstico, apresentam no momento do teste uma hipotensão, ou seja, cai a pressão arterial.

Estamos numa situação em que o indivíduo necessita crucialmente da pressão arterial para manter o tecido nervoso nutrido por sangue. Exatamente nesse momento, induzimos o teste da apnéia. Quarenta por cento deles sofrem hipotensão severa. Ou seja, a pressão sistólica, que normalmente é de 120, cai abaixo de 90. Isso é desastroso numa pessoa que se encontra com uma pressão intracraniana muito elevada, que já está limitando a ação da própria pressão arterial, na tentativa dessa pressão arterial de nutrir o tecido nervoso. Então, necessariamente, isso faz com que a pressão final que promove a passagem de sangue, por intermédio do tecido nervoso, venha a ser reduzida por esse episódio de hipotensão.

Por outro lado, o objetivo do teste é aumentar a concentração do gás carbônico no sangue. E sabemos há muitas décadas em medicina que a elevação do gás carbônico numa pessoa que tem pressão intracraniana elevada aumenta ainda mais essa pressão intracraniana. O teste da apnéia ao mesmo tempo reduz a pressão arterial que estaria promovendo a circulação do tecido nervoso e, ao mesmo tempo, aumenta a pressão intracraniana, que seria uma pressão capaz de limitar a nutrição do tecido nervoso. Pelas duas razões, a pressão resultante que impulsiona o sangue, por intermédio do tecido nervoso, é reduzida. Experimentos feitos com animais de laboratório mostram que animais que se encontram com pressão intracraniana muito elevada, se eles sofrerem queda transitória da pressão arterial, a pressão do vaso sangüíneo que nutre o tecido nervoso, existe então um colapso circulatório irreversível nesses animais. Eles não mais conseguem fazer com que a circulação cerebral volte ao normal, mesmo fazendo com que a pressão arterial retorne ao normal.

O teste da apnéia sendo aplicado àqueles 3 casos descritos anteriormente. No primeiro caso, ele não provoca lesão nenhuma, porque esse indivíduo já havia atingido o fluxo sangüíneo de zero. E nos casos nºs 2 e 3, o teste de apnéia acelera a morte, porque provoca a parada da circulação intracraniana. Essencialmente, não estou dizendo que em todos os casos, o teste da apnéia vai ser letal, mas num



número desconhecido, talvez próximo de 50% dos indivíduos que se encontram com as funções cerebrais apenas inativadas, mas não com a vitalidade perdida, no momento em que o teste da apnéia é induzido, ele somente provoca a perda da vitalidade do tecido nervoso. E o teste da apnéia então provoca a morte encefálica quando deveria apenas diagnosticar.

Isso pode ser de certa forma comprovado, quando se comparam pessoas que se encontram apresentando progressiva perda do fluxo sanguíneo cerebral devido a um trauma craniano, quando se faz o teste da apnéia, os sinais do fluxo sanguíneo cerebral simplesmente desaparecem. Ao passo que, quando o teste da apnéia não é implementado, esse indivíduo mantém até a parada cardíaca sinais de que esteja ocorrendo fluxo sanguíneo no interior do crânio.

Muito bem, nada disso teria talvez importância alguma, se não tivéssemos condições de reduzir o edema cerebral naquelas pessoas que se encontram com a função cerebral apenas abolida, mas não com a vitalidade perdida. Então, nós temos na realidade já, desde a década passada, detectado essa possibilidade terapêutica por intermédio da implementação da hipotermia. Podemos reduzir a temperatura do corpo do indivíduo.

Todos os senhores já devem ter ouvido falar que uma pessoa que tem uma contusão ou uma entorse num membro inferior, no tornozelo, as partes moles incham e uma das primeiras coisas que se faz é colocar bolsas de gelo com o objetivo de reduzir a temperatura e diminuir o edema, o inchaço dessa região. Isso tem o mesmo efeito no tecido nervoso só que nós não conseguimos colocar uma bolsa de gelo na cabeça, porque a tábua óssea, a cobertura óssea do tecido nervoso impede a perda de calor do tecido nervoso. Ela é um isolante térmico perfeito. Temos de reduzir toda a temperatura do indivíduo, a temperatura chamada de sistêmica, de todo o corpo para que o sangue que se encontra circulando no tecido nervoso chegue ao tecido nervoso com uma temperatura baixa e venha resfriar esse tecido nervoso.

Neste *slide* apresento para os senhores o efeito dessa hipotermia. Nós temos um indivíduo aqui que teve um AVC, uma oclusão arterial, ou seja, houve um infarto, uma necrose daquela região que deveria ser nutrida por aquele vaso sanguíneo ocluído. Esse tecido nervoso sofreu inchaço, ou seja, edema cerebral. Esse edema



é verificado pelo fato de que essa membrana que separa este hemisfério cerebral deste outro se encontra abaulada. Não sei se os senhores percebem, mas existe um efeito chamado efeito de massa em que o inchaço dessa região desloca todas as estruturas em direção ao lado oposto. Depois de um tratamento de apenas 33 graus centígrados — e eu chamo a atenção dos senhores desse nível de temperatura. Não se trata de congelamento. Ninguém congela pacientes. Nós apenas reduzimos a temperatura do corpo de 37 para 33 graus centígrados, a chamada hipotermia moderada. E nós verificamos que apenas 12 horas de tratamento com hipotermia moderada faz com que o edema cerebral, ou seja, o inchaço do cérebro venha a se reduzir na ordem de 60% a 80%.

Então, os senhores estão vendo que essa membrana que se encontrava abaulada, esta membrana que se encontrava deslocada para aquele lado, devido ao inchaço dessa região agora não mais se encontra tão deslocada. Existe aqui uma melhora de cerca de 60% a 80% do inchaço cerebral.

Se aplicássemos esse resfriamento, essa hipotermia para os indivíduos que estavam, naqueles casos teóricos 1, 2 e 3 ao nível de 24 horas, em vez de induzirmos o teste da apnéia, o primeiro caso não se iria salvar com o tratamento hipotérmico, mas para os casos 2 e 3 ainda se encontrariam em tempo de ter a pressão intracraniana aliviada pela redução do inchaço cerebral e a retomada do fluxo sanguíneo cerebral, já que a pressão intracraniana era o único fator que mantinha esses indivíduos com fluxo sanguíneo baixo.

Aqui gostaria de chamar a atenção para o efeito prático do tratamento com o resfriamento de todo o organismo do indivíduo por intermédio do trabalho de um neurocirurgião japonês chamado Noriyuki Hayashi, publicado em 1996. Ele estudou 20 pacientes em coma profundo, com ausência do reflexo pupilar à luz, portanto, teoricamente apenas esperando o teste de apnéia para ser feito o diagnóstico de morte encefálica. E o que fez: induziu a hipotermia nesses pacientes e verificou que, dentre esses 20 pacientes, 14 deles, que corresponde a 70%, retornaram à vida normal 6 meses depois do tratamento hipotérmico. Então, isso é um exemplo da efetividade do tratamento hipotérmico no trauma craniano.

Este trabalho foi quase que reproduzido nas mesmas proporções por um grupo de neurocirurgiões da Universidade de Heilderberger, na Alemanha, publicado





em 1996. Eles estudaram não 20, mas 10 pacientes e verificaram que eles se encontravam com

Eram não vinte, mas 10 pacientes. E verificou-se que sete desses pacientes se encontravam com escore mais profundo do coma, ou seja, com o nível mais profundo de coma — sete desses indivíduos se encontravam com nível mais profundo de coma, e cinco se encontravam com ambas as pupilas dilatadas e sem reatividade ao estímulo luminoso. Ele verificou que, daqueles dez pacientes, 70%, ou seja sete, retomaram a vida cotidiana normal. Então, esses são estudos, nos quais nós demonstramos, através desses dois Neurocirurgiões, Noriyuki Hayashi e Christoph Metz, o japonês e o alemão, que a hipotermia pode salvar a vida dessas pessoas que se encontram em trauma craniano severo se eles não forem submetidos ao teste da apnéia e, sim forem tratados com hipotermia. Outra coisa que é muito importante se verificar é que os exames que são feitos confirmatórios do diagnóstico de morte encefálica, entre os exames confirmatórios, existe um exame que é chamado de arteriografia cerebral. Injeta-se contraste na artéria que leva sangue ao tecido nervoso e se batem radiografias. Então, procura-se verificar se existe enchimento das artérias cerebrais pelo contraste; imaginando que, se houver enchimento, existe circulação cerebral; e, se não houver enchimento, a circulação cerebral se encontra ausente. No entanto, estudos que foram feitos por esse autor demonstrou que o tecido nervoso se encontra funcionando e secretando hormônios mesmo quando a angiografia cerebral não mostra imagens vasculares, o que significa que a angiografia cerebral não é suficiente para detectar a ausência do tecido nervoso, a ausência de circulação do tecido nervoso; quando desaparecem as imagens vasculares, na realidade, ainda existe circulação suficiente para manter o tecido nervoso vivo e funcionando. Pode passar o próximo, então. Eu queria salientar aos senhores que essas críticas foram publicadas na revista '*Ciência Hoje*' a convite da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, no número de agosto do ano 2000; ainda, hoje, esse texto dirigido para pessoas leigas pode ser obtido, através da *Internet* nesse *site*, que se encontra aqui colocado. Vamos deixar uma cópia dessa apresentação com os senhores de tal forma que todas essas referências possam ser depois retomadas. Pode passar o próximo. Essas críticas também foram publicadas numa revista brasileira, publicada em inglês, de circulação





internacional, a qual só aceita artigos para a publicação depois que ele passa por uma crítica de especialistas da mesma área. E foi publicado, em 1999, com o título inglês correspondente a '*Implicações da penumbra isquêmica para o diagnóstico da morte encefálica*'. O nome da revista é *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. Foi publicado em dezembro de 1999, no volume 32, fascículo XII, página 1. 479 a 1. 487. Esse também é um texto que pode ser obtido através da *Internet* — pode passar o próximo. Ele também foi publicado numa revista da Universidade Federal de São Paulo, a UNIFESP, da qual eu sou professor, em agosto de 1998, no número 6, fascículo II, página 58 a 68, com o título de '*Morte Encefálica um Diagnóstico Agonizante*'. A partir do momento em que esses dados, e essas críticas, foram passados para a literatura médica, e se tornaram disponíveis para médicos em todo o mundo, obtivemos carta de apoio de médicos como James Bernat, que nada mais é do que Presidente da Comissão de Ética da Academia Americana de Neurologia. Essas cartas, todas elas, se encontram presentes, traduzidas por tradutor juramentado no próprio *site* da Universidade Federal de São Paulo. Aqui, temos o endereço eletrônico. Nós também temos cartas de apoio referente à validade científica dessas críticas apresentadas pela Comissão Organizadora do III Simpósio Internacional sobre Coma e Morte, que ocorreu em Cuba no ano 2000. Temos, também, cartas de apoio do Professor Alan Shewman, da UCLA, Universidade da Califórnia, em Los Angeles, onde ele é professor de Neuropediatria. Temos, também, cartas de apoio, entre outros do Professor Paul Byrne, que foi médico presidente da Associação Médica Católica Norte-Americana, no biênio de 1997 a 1998. Todas essas cartas se encontram, como eu disse, traduzidas por tradutor juramentado e estão disponíveis no *site* eletrônico da UNIFESP. Eu citaria algumas citações que foram feitas desse trabalho. Temos a citação do médico inglês, chamado David W. Evans, de Cambridge, Inglaterra, que publicou, em 14 de setembro de 2000, uma carta dirigida ao *British Medical Journal*, ou seja, uma revista médica britânica, uma das revistas mais tradicionais em todo o mundo, na qual ele diz o seguinte: "Morte encefálica é uma invenção recente". E, no texto da carta do Dr. Evans,' encontramos essa menção ao nosso trabalho, dizendo 'Graças, particularmente, ao trabalho de Coimbra torna-se agora claro que o teste da apnéia pode exacerbar a lesão do encéfalo, do cérebro, e mesmo provar-se ser letal. Sendo



assim, e tendo-se em mente que o teste não é de nenhum possível benefício terapêutico para o paciente que é testado dessa forma, o seu uso é claramente antiético'. Isso foi publicado, em 14 de setembro de 2002, na revista britânica de medicina. Também no mesmo número da revista uma segunda carta foi publicada pelo Prof. Michael Potts do Department of Philosophy and Religion of College Methodist, Fayetteville, Carolina do Norte, nos Estados Unidos, na qual, a carta tem o título o "*Temor tem base na razão*". E ele diz "Coimbra identifica os perigos de um teste-chave utilizado no diagnóstico de morte encefálica — o teste da apnéia. Verificamos uma outra carta publicada, no mês seguinte, na mesma revista, a revista britânica de medicina, na qual o médico anesthesiologista David Hill, de Huntingdon, Inglaterra, declara que a respeito da necessidade de que se venha a discutir, de forma clara e transparente, as questões científicas e médicas relacionadas à aplicação do teste da apnéia, ele declara, em uma carta, na qual ele coloca '*Honestidade é a melhor política*'. Ele diz 'Encontra-se entendido, agora — é uma pergunta — que o teste de apnéia, por si mesmo, pode causar mais acentuado dano cerebral, e mesmo a própria morte, como tem sido claramente demonstrado por Coimbra; e cita de novo o mesmo trabalho publicado na revista brasileira. Existem já várias pessoas da classe médica que defendem a aplicação do teste da apnéia e a continuidade do teste de apnéia no diagnóstico de morte encefálica. Tem-se dito que esse conceito se encontra já, o uso do conceito do diagnóstico de morte encefálica, já se encontra estabelecido, que não existe mais discussão. E, na realidade, estamos demonstrando que não é o caso, porque já existem dois livros publicados, contendo essencialmente críticas relativas aos critérios do diagnóstico de morte encefálica, utilizados internacionalmente. Um deles é o livro *Twice Dead*, publicado por Margareth Lock. A Universidade da Califórnia foi a editora; foi publicado no ano de 2002. E também um outro livro foi publicado no ano 2000 que se chama Além da Morte Encefálica, *Beyonde Brain Death*, da editora de Michel Potts, Paul Byrne e Nilges R. também. Uma coisa que eu gostaria de salientar aos senhores é que todas as pessoas, as quais do meio médico, que têm procurado defender os diagnósticos de morte encefálica, têm necessariamente se recusado a responder a críticas técnicas e têm sido incapazes de responder a essa simples pergunta: a que o fluxo sanguíneo cerebral não pode atingir zero, nesses indivíduos



que têm ausência de reatividade do tecido nervoso, sem passar por essa faixa intermediária e que os critérios que são utilizados para o diagnóstico, até o uso do teste da apnéia, que pode provocar a própria morte

Atividade do tecido nervoso, sem passar por essa faixa intermediária. Os critérios utilizados para o diagnóstico, até o uso do teste da apnéia, que pode provocar a própria morte, não diferenciam aqueles indivíduos em que o fluxo sanguíneo cerebral se encontra apenas parcialmente reduzido daqueles indivíduos em que o fluxo cerebral se encontra tão reduzido a ponto de provocar a morte das células cerebrais.

Muitas vezes, quando apresentamos temas como esse em fóruns que não são médicos, as pessoas que são confrontadas com isso e são solicitadas a se manifestarem a respeito dessas críticas e que pertencem ao meio médico e querem defender a aplicação do teste da apnéia, dizem que esse não é fórum adequado, que o fórum adequado são congressos médicos, onde isso pode ser discutido.

Muito bem. Nós fomos solicitados a participar do 23º Congresso Brasileiro de Neurologia, de forma a defender essas proposições frente às pessoas que elaboraram os critérios para o diagnóstico de morte encefálica. E quando nós fizemos uma única pergunta técnica para a pessoa que exerceu a presidência da comissão técnica que elaborou os critérios de morte encefálica no Brasil, essa pessoa, que se encontrava na mesa, em um congresso de neurocirurgiões, onde havia 4 neurocirurgiões da mais alta expressão no Brasil na mesa de discussões e toda a platéia representava a nata da neurocirurgia brasileira, declarou o seguinte: *“É uma pena que nós não tenhamos aqui outros neurocirurgiões para estarem discutindo tecnicamente os questionamentos”*.

Então, em um fórum médico, quando essas críticas foram apresentadas, a única resposta foi essa. Inconformado, eu retomei o mesmo assunto e disse: “Não é possível que, num fórum adequado, nós não tenhamos nenhuma resposta técnica”. E a mesma pessoa, que foi a Dra. Irene Abramovich, que presidiu a Câmara Técnica de Morte Encefálica, que, no CFM, elaborou os critérios que são utilizados para a morte encefálica no Brasil, por intermédio da Resolução/CFM nº 1.480, repetiu a mesma resposta: a mesa foi composta por poucos neurocirurgiões.



Colocamos à disposição da CPI a fita gravada pela *TV Med*, empresa que filma congressos médicos.

As conclusões que apresentamos aos senhores são de que o teste da apnéia provoca hipotensão severa em um grande número de pacientes, além de outros efeitos danosos, que podem provocar ou acelerar a morte encefálica, já tendo sido relatados na literatura médica casos de pessoas que, durante o teste da apnéia, fazem parada cardíaca irreversível, ou seja, em consequência do teste da apnéia. Próximo.

O teste da apnéia não tem o objetivo de propiciar qualquer benefício para o paciente a que é submetido. Então, ele não tem nenhuma defensibilidade ética, já que ele é empregado para benefício de terceiros, pessoas que vão receber os órgãos que desse paciente vão ser retirados depois do teste da apnéia.

Quando colocamos essas discussões em *sites* médicos, em discussões internacionais, recebemos respostas como essas do Dr. James Zisfein, chefe da Seção de Neurologia e Presidente do Comitê de Ética do Lincoln Hospital, do Bronx, em Nova Iorque, em dezembro de 2000.

Disse o Dr. James Zisfein:

*“Não existe substituto para o teste da apnéia para um diagnóstico de morte encefálica. Se um doador de órgãos começar a respirar na sala cirúrgica, durante a retirada de órgãos, isso seria um desastre. Em outras palavras, não se pode parar o teste da apnéia porque, se não for testada a capacidade respiratória desse indivíduo e, durante a retirada de órgãos, no bloco cirúrgico, esse indivíduo começar a respirar, vai se verificar que a causa mortis foi a retirada do órgão, e não a morte encefálica desse indivíduo”.*

Então, prefere-se sustentar esse método para que não venha a comprometer a continuidade do próprio diagnóstico de morte encefálica e, em consequência, todo o sistema de transplante que existe e que depende dele.



No próximo diapositivo, eu apresento aos senhores a conclusão de que, sem o teste da apnéia, não há diagnóstico de morte encefálica e, sem o diagnóstico de morte encefálica, não há doação de órgãos vitais.

Aqui apresento aos senhores a conclusão de que não existe mais consenso quanto à validade ética e científica da prática do diagnóstico de morte encefálica, já que existem diversos artigos publicados, pelo menos 2 livros, e uma ampla discussão no site da revista britânica de Medicina.

Finalmente, existem inegáveis interesses econômicos envolvidos na sustentação da viabilidade de transplante de órgãos, motivando a ocultação do público de fatos inegáveis, tais como que o fundamento científico, proposto em 1968, hoje não é mais cientificamente válido. Em segundo lugar, outros interesses econômicos referem-se ao fato de que uma parcela provavelmente maior do que 50% de pacientes em coma profundo, desde que não submetidos ao teste da apnéia, poderiam ser recuperados pelo tratamento hipotérmico.

Neste *slide*, apresentamos para os senhores uma citação da antropóloga norte-americana Nancy Sheper-Hughes, em livro publicado no ano 2000. Ela escreveu no capítulo “*O fim do corpo – O comércio de órgãos para fins de transplantes cirúrgicos*”, um depoimento sobre a situação que a encontrou na cidade de São Paulo.

Ao entrevistar pessoas ligadas ao transplante de órgãos, da atividade de enfermagem, por exemplo, a antropóloga declarou:

*“Em um transplante público de rim, um hospital, em São Paulo, recebe 7 mil dólares do SUS, sendo que a equipe médica recebe 2 mil dólares desse total. Num hospital privado, esse mesmo transplante de rim pode custar de 25 a 50 mil dólares”.*

Isso pago pelo SUS.

Neste *slide*, ela continua e diz:

*“No caso de transplantes de fígado, o SUS paga ao hospital cerca de 24 mil dólares; em uma clínica privada, esse mesmo transplante varia de 50 a 300 mil dólares”.*



E a enfermeira do hospital, que estava sendo entrevistada, esclarece:

*“Dependendo se há complicações clínicas ou não, de 50 a 300 mil dólares”.*

Então, se depender de haver ou não complicação clínica, como diz a enfermeira responsável pela unidade de transplantes de um hospital particular em São Paulo.

Essa média de preços é apenas para despesas hospitalares; os honorários médicos são negociados entre o paciente e o médico, não entramos nesses detalhes.

Então, os senhores devem entender que hoje em dia um paciente que chega com trauma craniano severo ao SUS, com ausência de reflexos cefálicos, vale muito mais morto para o sistema de saúde ou para interesses econômicos escusos do que vivo e submetido a tentativas dispendiosas para recuperá-lo com tratamento hipotérmico.

Neste *slide*, chamo a atenção dos senhores para o seguinte: a Constituição Federal, que muito diz respeito a esta Casa, estabelece, em um de seus artigos, que é livre a liberdade de expressão no País. Não é verdade? Muito bem. Por causa dessas críticas que têm sido feitas, inclusive de forma pública e ostensiva, com colocação de textos na Internet, que hoje estão disponíveis a qualquer pessoa que queira verificar o conteúdo dessas críticas, houve uma resolução, aprovada pelo CFM no final do ano passado, que se chama Resolução/CFM nº 1.701/03. No art. 9º, § 2º, ela diz assim: *“Entende-se por sensacionalismo...”* Aí, vem várias alíneas; a alínea “e” diz: *“Entende-se por sensacionalismo a veiculação pública de informações que causem intranquilidade à sociedade”*. Ninguém discute se essas informações são ou não verdadeiras, se são falsas, mentirosas e se não têm fundamento científico. Qualquer informação que cause intranquilidade à sociedade, o médico pode ser enquadrado no art. 9º, § 2º, alínea “e”, e chamado de sensacionalista, por mais cientificamente válidas que sejam as críticas que ele possa veicular.

Isso foi assinado pelo Presidente e pelo Secretário-Geral do CFM.

Num processo a que eu sou submetido no próprio CREMESP, de São Paulo, acusado de sensacionalismo, defendi-me dizendo que, se as críticas são cientificamente válidas, não posso ser chamado de sensacionalista. E como eu





publiquei em revista médica séria e indexada, demonstrei que as críticas têm embasamento científico. No ano 2000, o Conselheiro Instrutor, que na época exercia esse papel de Conselheiro Instrutor, aceitou que essas críticas fossem remetidas ao CFM, para a Câmara Técnica de Morte Encefálica se manifestar oficialmente sobre elas. Depois, a Câmara Técnica foi dissolvida e foi formada uma nova Câmara Técnica e, com a desculpa de que não era a mesma Câmara Técnica, aquele deferimento foi revogado. Posteriormente, foi substituído esse requerimento, solicitando que médicos neurologistas, quaisquer que fossem convocados pelo CREMESP, viessem ao CREMESP para dizer que as críticas não tinham fundamento científico. Aí, aconteceu que, ao longo de 2 anos, vários médicos iam ao processo, iam e diziam: “*Eu não vou assinar isso*”, davam as costas e iam embora. No final de 2 anos.. Dois anos depois em que isso reiteradamente aconteceu, assumiu o meu processo, como condutor do processo, agora na qualidade de novo Conselheiro Instrutor, o Dr. Carlos Callegari, que é Diretor do Departamento de Defesa dos Interesses Profissionais da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo. É óbvio que uma pessoa que exerce esse cargo é um anestesista e tem o dever de defender os interesses de anestesistas que participam de cirurgias de transplante, tem um interesse óbvio nessa questão. Aí, o que fez o Dr. Callegari? Ele simplesmente revogou o deferimento que tinha sido concedido 2 anos antes, porque ele não conseguia que alguns médicos viessem ao processo e dissessem que aquelas críticas não tinham validade. Então, em outubro de 2003, ele escreveu, intervindo pela primeira vez no processo: “*O Conselho Instrutor do processo disciplinar epigrafado notifica que foi reconsiderado o seu pedido*”, de 2 anos antes, “*de perícia indireta nos documentos*”, que são essas publicações que eu apresentei aqui, presentes nesses autos, e o mesmo foi indeferido. O que já tinha sido deferido um ano antes, agora foi indeferido, uma vez que o mérito desse processo é o fato que foi divulgado o tema morte encefálica, e não o assunto em si, se existe fundamento científico ou não. Então, novamente, o que isso demonstra é que nós, médicos, estamos sob o jugo de uma lei de mordça, que desconsidera simplesmente a própria Constituição Federal, passa por cima da Constituição Federal, define de forma espúria, que contraria os próprios fundamentos da língua





portuguesa, definindo como sensacionalismo a divulgação de coisas que causem intranqüilidade à sociedade.

Gostaria de mostrar aos senhores uma fotografia que saiu em reportagem publicada no jornal *O Estado de S.Paulo*, sexta-feira, 21 de agosto de 1998. Ela mostra aqueles 3 indivíduos que assaltaram o ator Gerson Brenner e lhe deram um tiro na cabeça. Esse artigo publicado no jornal *O Estado de S.Paulo* tem o subtítulo “*Temperatura do cérebro é reduzida*”. O ator Gerson Brenner, para ser salvo, foi submetido à hipotermia.

A mesma matéria revela que o Hospital Israelita Albert Einstein diz o seguinte: “*O cérebro do ator foi mantido, até ontem à noite, a uma temperatura de 34 graus*”. Ele foi tratado com hipotermia e ele veio a se recuperar. Ele hoje está vivo, apesar de ter as seqüelas do ferimento à bala. Hoje, quando vamos a uma UTI e dizemos que gostaríamos de tratar um paciente com hipotermia, freqüentemente, até com medo de reações do CRM, recebemos a informação, da parte das pessoas que trabalham na UTI, de que não aquela unidade não tem condições técnicas de induzir hipotermia.

Estou à disposição dos senhores, inclusive por *e-mail*.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Agradecemos ao Dr. Cícero Galli Coimbra, professor da Universidade Federal Paulista, médico reconhecido internacionalmente pelo seu trabalho, a presença. Inclusive, se não me engano — e o professor poderia confirmar — ele recebeu um prêmio da UNESCO, do UNICEF, por um trabalho científico, um tratamento de Mal de Parkinson? Eu não sei, eu ouvi alguma coisa na imprensa sobre o assunto. Poderia esclarecer para nós?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não, não houve nenhum prêmio internacional relativo ao tratamento do Mal de Parkinson. De fato, foi publicado um tratamento — e ele está nos *sites* — na National Parkinson Foundation. Pacientes norte-americanos estão sob o tratamento, mas esse tratamento é muito recente e não foi submetido à avaliação de nenhum prêmio ainda.

Existe um reconhecimento internacional. Pacientes norte-americanos estão enviando cartas para o National Parkinson Foundation relatando melhoras com o



tratamento da doença de Parkinson. E esse o primeiro tratamento voltado para a causa da doença e não apenas para o alívio dos sintomas.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Agradecemos ao Dr. Cícero Galli Coimbra a participação. As informações prestadas a esta Comissão, com certeza, vão enriquecer o relatório desta Comissão Parlamentar de Inquérito. Já vemos a respeito de muita coisa dita aqui. Lemos alguns artigos, inclusive dessas revistas citadas. E esse foi o motivo da convocação para esse debate. É um assunto extremamente polêmico. Durante algum tempo tentamos discutir esse assunto, inclusive dentro do próprio Conselho Federal de Medicina. O Conselho Federal de Medicina foi solicitado a enviar um representante do Conselho para participar dos nossos debates. Chegou um ofício a esta Comissão narrando não ser possível a vinda deles aqui. E isso, com certeza, impossibilitou que o Conselho pudesse fazer sua defesa diante dos fatos apresentados. Com certeza, vamos fazer questão de convocar um membro do Conselho Federal de Medicina para vir a esta Comissão a fim de fazermos um debate mais ampliado. Sabendo da gravidade do assunto, quem sabe até dentro da Comissão e da Frente Parlamentar da Saúde, ou até da Comissão de Seguridade Social? Trata-se de assunto extremamente polêmico, mas as razões apresentadas aí, durante todo o trabalho apresentado pelo Dr. Cícero Galli Coimbra, culminando com essa informação que eu não tinha, de que o ator Gerson Brener foi submetido à hipotermia, conforme inclusive a matéria publicada no jornal, é uma prova, pelo menos para mim, de que realmente a tese apresentada pelo Dr. Cícero Galli Coimbra tem de ser discutida publicamente, inclusive com a presença do Ministro da Saúde, do coordenador nacional de transplante, do Presidente do Conselho Federal de Medicina, e do Presidente do Conselho de Câmara Técnica. Temos de debater o conceito de morte cefálica do Conselho Federal de Medicina. Isso importantíssimo. E as informações para nós ficaram bem claras a respeito de algumas dúvidas já levantadas durante o processo de transplante.

Com a palavra a Deputada Laura Carneiro.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Sr. Presidente, vamos ouvir também o Dr. Luís Alcides? Depois, então, faremos as perguntas.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Sim, vamos neste momento ouvir o Sr. Luís Alcides Manreza; em seguida, o Dr. Celso, advogado na área do Direito da Saúde, um estudioso também sobre o assunto, o qual vem debatendo nos tribunais do País, inclusive acionando o Ministério Público para discuti-lo na esfera judicial.

Convido para tomar assento à mesa o Dr. Luís Alcides Manreza. *(Pausa.)*

Por se tratar de oitiva também de testemunha, quero solicitar ao Dr. Luís Alcides Manreza que preste juramento, conforme o art. 203 do Código de Processo Penal.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Faço, sob a palavra de honra, a promessa de dizer a verdade do que souber e me for perguntado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Vamos passar a palavra ao Sr. Luís Alcides Manreza, que terá o tempo de até 20 minutos para apresentar as explanações sobre o tema. A seguir, vamos passar à fase dos debates, quando os Srs. Parlamentares terão a palavra para suas interpelações junto ao depoente.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Muito obrigado. Agradeço à Comissão o convite. Início minha explanação com uma pequena queixa. Realmente, recebi esse convite na qualidade de testemunha. Fiquei me remoendo durante uma semana, imaginando o que eu iria fazer numa Comissão sobre tráfico de órgãos. Realmente, eu não sabia. Apenas ontem fiquei sabendo, sem querer, quando estava conversando com a secretaria, que gentilmente me disse: *“Olha, vêm outros 2 colegas seus, inclusive o Dr. Cícero.”* Falei: *“Não, estão brincado! Não vai ser o Cícero de novo!”* Vou explicar por quê. Eu pensei que eu estivesse livre disso. Porque, na realidade, sobre o assunto, eu discordo de V.Exa., ele não é polêmico. O Dr. Cícero é polêmico. Vou mostrar por quê. Eu estava realmente muito tranquilo no último ano, quando vi que ele tem se dedicado mais ao estudo da doença de Parkinson. Tenho visto isso pela televisão, em informes científicos e nos jornais. Eu falei que ele vai deixar um pouco de lado essa história da apnéia. Mas deixa eu contar como é que eu me meti nessa esparrela. Na realidade, sou neurocirurgião, sou professor assistente de doutor da Universidade de São Paulo. Lá exerci durante 32 anos o cargo de Diretor do Serviço de Neurologia de Emergência, que é seguramente o serviço com maior experiência e credibilidade em doentes urgentes e



em trauma de crânio da América Latina. Então, durante esses 32 anos, estive à frente desse serviço. Apenas no último ano estive um pouco afastado, dedicando-me mais à parte didática, num descanso merecido. Não aposentadoria, mas saí um pouco da luta de frente, já não tinha condições físicas de agüentar isso. Realmente, a parte de transplante fez parte da minha vida. Quando eu estava no meu internato, em 1968, houve o primeiro transplante no Brasil a partir de cadáver. O Prof<sup>o</sup>. Zerbini, o Prof. Campos Freire o fizeram. Eu era interno, participei de tudo. Foi realmente o primeiro Centro Transplantador São Paulo. Apenas em 1983 foi então estabelecido o primeiro critério de morte encefálica na clínica neurológica. E eu já fazia parte dessa comissão, por obrigação, por força do cargo. Quero deixar claro que não sou especialista em morte, que na realidade morte é o meu insucesso, é o meu fracasso. Se dependesse de nós, não teria transplante a partir de cadáver, mas infelizmente não somos infalíveis. Então, já a partir dessa época... E é interessante porque para esse primeiro transplante e para aqueles que se sucederam até 1983 não havia critério. Os critérios usados eram os mesmos da África do Sul, ou seja, o eletroencefalográfico. Hoje, isso seria uma barbaridade. A partir de 1983, foi uma luta insana, e não foi apenas nossa, foi mundial, tentando legislar sobre o assunto. Lembro-me de que muitas vezes viemos a Brasília, numa atitude muito estúpida, querendo colocar na lei o conceito de morte. E realmente foi uma coisa muito tola, até que, então orientado por advogados, percebemos que o diagnóstico de morte, o momento em que a mesma ocorreu, cabe aos médicos e não à lei. A lei quer saber se o sujeito morreu ou não; o médico tem de dizer se ele está ou não morto e em que momento isso ocorreu. Então, por uma lei que dizia que todo ato médico seria regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina, então nós fomos convocados. E as 2 sociedades mais representativas da época eram a Academia Brasileira de Neurologia e a Sociedade de Neurocirurgia. Após várias reuniões, chegamos a um consenso sobre um critério. Eu fui o Relator. Não foi como disseram os Drs. Cícero e Irene. Por duas vezes sucessivas, em duas plenárias do Conselho Federal de Medicina, ficou determinado que a morte encefálica tem valor de morte clínica. Então, a partir de então, passamos a ter algum respaldo legal. Gostaria de deixar muito claro que nessa época, no Conselho Federal de Medicina, não havia preocupação com transplante, não era isso, porque o transplante estava resumido



apenas a São Paulo. Na realidade, o problema era muito maior, havia um chamamento nacional com leitos de UTI, leitos extremamente escassos, caros, muitas vezes levando uma família à ruína, investindo num paciente que já deixou de existir. Então, desejavam critérios de viabilidade e principalmente de morte. Então, esse na época foi o maior chamamento. Tanto que por coincidência, na semana passada, há exatamente uma semana, estava numa plenária no Conselho Federal de Medicina — está aqui até a pauta — que ficou o dia inteiro discutindo o assunto. Estávamos discutindo sobre os anencéfalos, crianças que nascem sem o cérebro, só com o tronco, mas que mamam, respiram, nem adiantaria fazer um teste de apnéia, e nós estamos discutindo sobre a interrupção de vida dessas crianças, uma eutanásia ativa. Foi discutido o dia inteiro sobre interrupção de gravidez — vejam só como as coisas são paradoxais, mas continuando. Então, realmente, desse conceito de morte as coisas vieram. Foi quando então passou a haver essa contestação com relação à prova de apnéia. Acredito que essa brincadeira já dure de 5 a 6 anos. Deve ser a quinta ou sexta vez que eu assisto a essa mesma apresentação. Como todo trabalho do Dr. Cícero, cheio de verdades científicas, 90% que está dito aqui é absolutamente correto, mas gostaria de dizer que ele usa tanto nos trabalhos, que depois eu vou aqui mostrar... Eu até peço desculpas. Não vim preparado para isso. Fui pego de surpresa, mas de qualquer forma como é algo que vem me chateando há muito tempo, sinto-me um pouco à vontade de fazer alguns comentários. Então, na sua própria apresentação ele já mostra isso: uma série de verdades científicas, nas quais pinça alguma coisas e faz alguns onirismos, alguns conceitos absurdos e graves. Por exemplo, primeiro o *slide* dele já está errado, quando ele põe o nome dele e a disciplina de neurologia, dando uma impressão de que ele representa o departamento. Não, ele é um neurofisiologista do departamento, mas não representa o departamento, porque eu sei que não há um consenso sobre a opinião dele. Aliás, ninguém concorda com ele dentro do seu departamento, tanto os neurologistas quanto os neurocirurgiões. Aliás, relativo à morte encefálica, posso afirmar que o Dr. Cícero não tem credibilidade no meio neurológico e neurocirúrgico nacional. Não tem. São conceitos dele. Quando ele fala de foro, realmente ele só vai à mídia e faz esses sensacionalismos. O foro ideal também não é um congresso médico. O foro ideal uma são as câmaras técnicas, onde esses assuntos vêm sendo debatidos. Eu



me lembro bem que a primeira vez que ele foi convocado no CRM, foi inclusive questionado, porque havia publicado seu trabalho numa revista não-indexada, de baixa penetração. E ele realmente conseguiu, alguns meses depois, publicar um trabalho na revista de maior credibilidade nacional, isso é uma grande verdade. Esse trabalho dele, que foi publicado no *Brazilian Journal of Medical Biological Research*, realmente uma das revistas brasileiras de maior credibilidade. Já vou falar sobre esse trabalho. No segundo *slide*, por exemplo, só para mostrar que ele mistura credibilidade, por exemplo, no segundo *slide*, ele põe o conceito de Harvard de 1968 e põe a escala de Glasgow, só que a escala de Glasgow que usamos em neurocirurgia, muito em trauma de crânio, ela só foi descrita descritas 10 anos depois, em 1978. Aliás, fui eu quem trouxe a escala de Glasgow para o Brasil a partir de 1980, 1981. Então, não tem nada a ver a escala de Glasgow naquele *slide* com conceito de morte encefálica. Diga-se de passagem, diferentemente da minha experiência, que o Dr. Cícero não lida com doentes graves, com trauma de crânio, com doentes terminais, enfim, com nada disso. Seguramente nunca viu um doente com morte encefálica.

Bom, continuando, então. Graças a essas intervenções eu acabei me metendo em outras esparrelas. Eu me lembro que num dos programas do Jô Soares o Dr. Cícero disse: *"Aqui no Brasil ninguém me ouve, eu falo, o Conselho Federal é contra mim, é não sei o que lá."* Eu, por exemplo, estou indo agora no congresso mundial de morte encefálica e fui convidado pelo Governo cubano para falar. E com essa brincadeira eu ganhei uma passagem, eu fiquei uma semana lá em Cuba. Fui assistir à apresentação do Dr. Cícero, a convite, que na realidade não era bem isso, fazia parte dos temas livres. Realmente ele fez apresentação desse trabalho numa platéia com 20 e poucas pessoas, 5 da mesa e mais 5 conhecidas. Havia mais ou menos 10 ou 12 ouvintes. Apresentou isso e não aconteceu nada. Nada mudou. Aliás, nesse congresso teve uma coisa muito importante. Em 1968 foi o ano em que foi feito o primeiro critério de morte encefálica, na escola de Harvard. Mas não foi o primeiro a ser usado. O primeiro a ser usado foi na Finlândia, nesse mesmo ano. Então, foi feito na Finlândia um grande foro mundial, dizendo o seguinte: *"Pessoal, nós temos aqui já para mais de 30 anos de uso de morte encefálica. Há alguma falha? Temos que mudar alguma coisa? Existe qualquer coisa?"* Não, não!





Ninguém da ciência mundial contestou em nada. Está certo? Então isso tem de ficar muito claro. Outras coisas têm de ficar claras. É lógico: a medicina é extremamente mutável. As coisas vão mudando. O conceito de morte é de inviabilidade, é de prognóstico, é de um indivíduo que não vai voltar, da mesma forma que nós podemos interromper a gravidez de uma criança anencéfala, porque ela não vai ter condições de vida, pelo menos dentro dos conceitos atuais. Não sei se amanhã, se houver transplante de célula, as coisas vão mudar. Há outra coisa importante: a morte não é um evento. O sujeito tem vida e morre. A morte é um processo. O sujeito começa a morrer e às vezes não pára de morrer. Então, o indivíduo, depois de enterrado, as unhas crescem, os pêlos crescem, o espermatozóide está vivo, mexendo-se 48 horas depois. O indivíduo hoje pode ser clonado 20 anos depois. Ele pode ser cremado, mas antes deixar um guardado um esperma, um óvulo ou mesmo um pedaço de pele e gerar outra vida, quer dizer, a vida biológica não termina, Então é um processo. A morte encefálica faz parte disso. Hoje acreditamos que com a morte encefálica, dentro desses critério, de todas as salvaguardas, com todos os mecanismos de defesa, que naquele momento o indivíduo não tem perspectivas e possibilidades de voltar à vida conscientemente. Então, pode-se dele dispor para os programas de transplante. Pode-se interromper a vida desse indivíduo, tirá-lo de um leito de UTI, por exemplo, e dar lugar a outro. Então, essa é a idéia. Há coisa que eu acho muito engraçada: a colocação da hipotermia. A hipotermia não é novidade para nós neurocirurgiões! Nós já fazemos isso há mais de 25 anos. Foi uma experiência trágica no passado, porque fazíamos uma hipotermia severa. Era uma hipotermia para fazer procedimentos vasculares, reconstruções em parada cardíaca. Com isso conseguíamos em até uma hora, uma hora de fazer um procedimento e depois o indivíduo seria esquentado, por assim dizer. Mas infelizmente, nessa época, havia sérios problemas cardíacos e a grande maioria morria, não se conseguia voltar aos batimentos cardíacos, então, isso ficou muito abandonado. E nesses últimos anos, a neurotraumatologia, do qual eu faço parte ativa nesses últimos 30 anos, participando de todos os congressos mundiais — e acredito que atualizado — nós estamos sempre à procura de métodos de proteção cerebral. É o seguinte: célula nervosa, quando acredita, só agüenta de 4 a 8 minutos, conforme a região privada de seus substratos básicos, que é glicose e





oxigênio. Quando ela é agredida por trauma, infecção, tumor vascular, ela fica na região de penumbra. Inativa. O Dr. Cícero mostrou isso. É como diz o caipira: *“Passarinho na muda não pia.”* Ela fica quieta, ela pára, fica como se estivesse num freezer. Tenho casos na minha experiência pessoal de pacientes que ficaram nesse estado de letargia durante 6 meses. De repente voltaram à vida. Todas as células mantiveram sua potencialidade. Só que nessa fase elas estão extremamente vulneráveis, elas não agüentam insultos como uma infecção, um hipotensão que outras células agüentariam. Então nós queremos medidas de proteção. Então o que nós fazemos? Essas medidas de proteção são formas de hibernar, classicamente usamos drogas, drogas usadas em anestesia geral, que vêm melhorando a cada ano, como agora nós fomos os pioneiros aqui no Hospital das Clínicas, já em vamos 1980 usamos os barbitúricos, passamos e atualmente usamos Procofol, enfim. E de repente veio essa idéia de hipotermia moderada, que é um procedimento extremamente fácil, barato. Pode ser feito com um colchão de gelo. Temos 2 no Hospital das Clínicas, inclusive, o Einstein foi o primeiro. Realmente não há novidade nesse uso. Foram feitos 2 protocolos na Coréia, no penúltimo congresso mundial de trauma. Eu estava lá. Foram feitos 2 protocolos: um no Japão; outro, na Alemanha e Michigan. Infelizmente. A idéia é muito boa. A hipotermia faz com que se reduzam as necessidades metabólicas cerebrais. A célula fica mais hibernada. Então, por exemplo, o resgate que atualmente é feito, foi a grande novidade que tivemos. Foi obra nossa. No dia do Juízo Final com o Criador, Ele vai lembrar-se de mim. Vai lembrar-se que fiz parte desse grupo que fez o “Busca e Salvamento”, no Estado de São Paulo, que é esse resgate. Então, nossa idéia hoje é que o “Busca e Salvamento” faça um resgate no local e transporte o indivíduo para o hospital mais próximo, para rever as coisas, e depois ir para o hospital de referência. Com a hipotermia, não. Pegamos o indivíduo e nos esquecemos desses dados iniciais. Como aí vai de 4 a 8 minutos, temos 20 minutos. Então, podemos levá-lo já para o hospital de referência. Tudo isso mudou. Infelizmente, as publicações, já os primeiros protocolos já se mostram um pouco decepcionantes. A despeito do grande entusiasmo inicial, esses pacientes têm uma melhora neurológica realmente, mas infelizmente o sistema imunológico fica deprimido igualmente. Então, o índice de infecções, principalmente pulmonares, aumentou e muito, e muito mais severos que



nós temos com os tratamentos convencionais. Então, seguramente não é um método abandonado, mas ele está sendo questionado. Agora deverá haver um novo congresso mundial na Alemanha de trauma — e esses conceitos vão ser revistos. Seguramente com as melhorias que nós temos do sistema imunológico, talvez isso seja vencido, mas realmente... O que isso tem a ver com morte encefálica? Nada. Fazer uma afirmação dessas, de que alguns indivíduos que estejam em morte encefálica, tratados com hipotermia, vão sobreviver, é criminoso, no meu modo de ver. É uma informação criminosa. Eu desafio me mostrarem um caso.

Bom, continuando. Ele fez algumas afirmações interessantes. Há aqui uma coisa muito perigosa. Eu peço que ate tirem isso, porque é uma afirmação... Falar que algumas equipes prolongam o teste de apnéia, contribuindo para a morte de um paciente para que ele não acorde durante a cirurgia de retirada de órgãos. Isso é uma coisa muito temerária. Com relação ao teste de apnéia, eu vou dizer o seguinte: O teste de apnéia faz parte, porque na morte encefálica tem de ser avaliado o tronco. E do tronco a parte mais importante é a prova de apnéia. Eu não sei se seria perder tempo explicar o que é que é a prova de apnéia. Seria bom?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Se quiser explicar, pode ficar à vontade.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não quero ser prolixo. O teste de apnéia, seguramente. O que estimula a respiração não é a queda de oxigênio, e sim a subida do gás carbônico. Então, quando o gás carbônico atinge determinado nível, ele aciona o gatilho da respiração. E se o indivíduo tiver ausência de movimento respiratório, uma pressão parcial de gás carbônico de 55 ou 60 — cada protocolo tem um — o teste de apnéia é dito positivo. Então, o que se faz? Esse paciente é hiperventilado para manter um nível de oxigenação; é colocado um cateter de oxigênio na traqueostomia, um tubo, e ele não é mais ventilado com um movimento da vaivém. Esse, lavado, mantém a oxigenação. E sem o mecanismo de vaivém da respiração, a pressão parcial do gás carbônico vai subindo na razão de 3 milímetros de pressão parcial por minuto, até atingir o nível. Então, esse paciente tem que estar devidamente monitorizado. Então, esse teste pode durar no máximo 10 minutos, porque, admitindo que o indivíduo esteja hiperventilado, ele estaria com 25, precisaria subir 30, trinta precisariam 10 minutos. Mas o certo é você ir



acompanhando a capnia, ou seja, o PCO<sup>2</sup>. Quando se faz o teste de apnéia, que é um teste obrigatório e feito no mundo inteiro, acontecem 2 tipos de coisas. Alguns pacientes nitidamente demonstram reação ao teste de apnéia: ou o paciente passa a apresentar uma hipotensão, ou esse paciente passa a apresentar uma irregularidade eletrocardiográfica. Nesses casos, existem 2 condutas. E aí sim não há um consenso. Uma parte prefere interromper, acha que esse paciente está vivo e não se fala mais no assunto. E se interrompe o teste. Outras escolas preferem medicar esse paciente, dar um suporte medicamentoso e prolongar. Inclusive, numa das referências que ele faz do trabalho aqui de um indivíduo que diz isso, é o indivíduo que prolonga o teste de apnéia. Isso o Dr. Cícero não fala, está certo? Então, isso com o teste de apnéia ele é feito. E não tem jeito de não ser feito. Agora, lógico, o indivíduo tem que estar totalmente monitorizado. Algumas coisas são citadas, por exemplo, o grande Douglas Miller. Realmente, foi o grande precursor da Escola Neurotraumatológica. Ele era escocês, de Edimburgo, mas estava radicado na Virginia, em Richmond. E lá onde ele fez todos os trabalhos. Eu fiquei lá com ele um ano. E Douglas realmente falava que o aumento da pressão parcial do CO<sub>2</sub> aumenta a pressão intracraniana, isso é lógico. Então, isso são tudo verdades, mas só que a partir do momento em que o indivíduo chega naquele estado compatível com morte encefálica ou um coma profundo, não existe mais essa reação, tanto que boa parte desses pacientes estão com monitorização da pressão intracraniana. Se eventualmente a pressão intracraniana começar a subir durante o teste de apnéia, é óbvio que o indivíduo ainda tem respostas vasculares, que é incompatível com um quadro de morte encefálica. Veja, na função dos assassinos em potencial. Então, dá uma impressão de que nós somos tolos. Quer dizer, não sabemos, preciso ler o *Jornal o Estado de S. Paulo* para ver que o Brenner foi tratado com hipotermia. Não, não preciso ler isso. Nós sabemos disso. Nós fazemos isso, está certo? Morte encefálica é morte encefálica, é o nosso insucesso. Não estamos preocupados com transplantadores, nós os respeitamos, é uma realidade, não podemos nos ater a isso. Bom, por exemplo, é lógico que são metáforas, mas dá uma falsa sensação. Por exemplo, ele fez aqui a apresentação falando que a hipotermia funciona por edema. Ora, nós temos 5 tipos de edema, mas seguramente o edema cerebral não pode ser comparado ao edema de tornozelo, e, quando eu ponho um gelo no edema



de tornozelo não tem nada a ver com edema. Meu Deus do céu! O gelo, a hipotermia, não é para diminuir o edema, a hipotermia é para proteger a célula, está certo, para hibernar a célula, não é bem essa idéia para diminuir a sua demanda metabólica. Não é bem assim que quando se faz um tratamento... E é interessante que ele cita um trabalho japonês, o Ayashi, de 1996, em que o Dr. Cícero confessou ao relator da Câmara Técnica de Morte Encefálica da Sociedade, que esse trabalho em japonês não tinha lido, ele só citou, ele comenta, mas não tinha lido porque estava em japonês e ele não tinha conseguido ler. Bom, com relação então ao trabalho especificamente... Deixa-me ver se esqueci alguma coisa aqui. De uma maneira errônea, ele fala que a escola de Harward verificava a parada circulatória cerebral. Realmente quando um indivíduo entra em morte encefálica, a pressão de perfusão cerebral tende a zero. Na realidade, quando ela é menor que 70 centímetros, 60 centímetros, o cérebro já começa a ter uma hipoperfusão. Mas o que acontece é que nós temos um organismo totalmente perfundido com sangue e o cérebro sem sangue. Por isso que as provas de circulação cerebral, das quais antigamente se fazia arteriografia, não se faz mais, existem outros métodos, você pode fazer até métodos radioisotópicos, enfim, você prova que não tem sangue dentro da cabeça, não há mais atividade circulatória. Isso no adulto, porque na criança, no lactente, devido à elasticidade óssea, esse fenômeno não ocorre. Então, a criança evolui para um quadro de morte encefálica ou circulação cerebral, sem atividade metabólica, tanto que os testes de fluxo sanguíneo cerebral não são aceitos como comprobatórios da morte em criança. Então, o diagnóstico de morte não é feito por exames comprobatórios. Com relação a isso, foi dito aqui, por exemplo, mais de uma vez, engraçado que ele falou isso no CRM 5 anos atrás, que quando se faz arteriografia não há um enchimento, e o indivíduo tem função hipotalâmica. Bom, isso realmente é verdade, porque na arteriografia da morte encefálica, o sifão carotídeo, que é a parte inicial da carótida intracraniana, se enche, tanto que ela é usada para o diagnóstico do Doppler, que é um ultra-som, porque esse contraste não progride e ele fica indo e voltando, indo e voltando. Esse mecanismo de vaivém acontece no teste do Doppler transcraniano, que faz o diagnóstico de parada circulatória cerebral. Talvez por um desconhecimento anatômico circulatório, as artérias hipofisárias saem desse segmento, de forma que



o indivíduo em morte encefálica mantém função hipotalâmica realmente. Isso infelizmente é um desconhecimento. Bom, com relação ao trabalho, só para eu terminar, não quero ser prolixo, torno a dizer que não estava realmente preparado, mas fico muito chateado, porque gostaria que essa coisa terminasse ou então fosse para as câmaras técnicas. Na realidade, eu me lembro de ter participado da Câmara Técnica da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, houve uma câmara técnica 2 vezes do Conselho Regional, havia quase 80 profissionais lá, neurologistas, neurocirurgiões, chefes de serviço. Foi feita no Conselho Federal, na Academia Brasileira de Neurologia. E eu participei da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, que é esse que eu passo aos senhores, que é o seguinte. Com relação, então, a esse trabalho que ele publicou, mostrou uma série de elogios, o trabalho mostra uma série de coisas, mas só que é isso: ele pinça verdades, coloca verdades científicas no cesto e chega a algumas conclusões fantasiosas. É como se falar: o leite é branco, a lua é branca; portanto, a luta é feita de queijo — não é bem assim. Então, nesse trabalho, ele foi destrinchado e ele é criticado a cada linha. Passo aos senhores — seria extremamente exaustivo, porque ele é todo em inglês, mas ele está totalmente desmanchado.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não tem tradução?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não. São só trechos traduzidos. A maior parte está em português. Fizemos tudo, mas os trechos citados... porque aí existe, inclusive, erro de tradução. Por isso que nós fizemos questão de pôr em português. Por isso que nós até mantivemos algumas coisas. Então, por exemplo, algumas coisas...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Agora, o senhor imagina a gente. Quer dizer, a tradução do inglês normal, vá lá; mas, do inglês específico, médico, talvez o Pinotti.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Por exemplo, devemos começar pela nossa parte de conclusões. Enfim, acho que vale a pena. Em relação às ilustrações do artigo do Dr. Coimbra, cremos que somente podemos dizer que elas constituem meros exercícios elucubratórios, uma vez que não são baseados em trabalhos experimentais ou clínicos; ou pior: são baseados nas suas afirmações, que se baseiam em deduções e conclusões que nada têm a ver com o real conteúdo das



referências por ele empregadas, e cremos ter provado que são totalmente equivocadas. Isso aqui é o texto final da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, que representa 1.600 neurocirurgiões deste País.

Ainda uma observação do comportamento do Dr. Coimbra em relação à morte encefálica. Desnecessário torna-se esclarecer que, em qualquer ramo da ciência, mormente na Medicina, o progresso dos conhecimentos se faz de maneira penosa, demorada, à custa de muito trabalho e discussão. Ninguém em sã consciência pode se opor ao progresso, à introdução de terapêuticas que aliviam o sofrimento humano. Entretanto, a discussão de idéias e o confronto de opiniões devem ocorrer em locais apropriados. Portanto, ao nosso ver, choca, por exemplo, o artigo de lavra do Dr. Cícero Galli Coimbra sob o título *Diagnóstico de Morte Encefálica em Xeque*, publicado no jornal *Folha de S. Paulo*, de 14 de dezembro de 1999.

Nesse artigo, o autor faz afirmações realmente espantosas e gritantemente incorretas, por exemplo, quando diz que “*a hipotermia tem recuperado a esse ponto 70% dos casos de trama de crânio severo, contrastando com 7% obtidos em terapias e transplantes*”. Nós somos um bando de imbecis. Eu tenho um método que me salva 70% e eu insisto em um método que troca 7%, uma comunidade mundial — é esquisito!

Como vimos, nas considerações acima, o Dr. Coimbra não tem elementos que sustentem as afirmações. Ainda no mesmo artigo, o Dr. Coimbra afirma que “*familiares de vítimas de traumatismo craniano grave ou parada cardíaca prolongada devem desautorizar a realização da apnéia e solicitar ao médico que considere a hipotermia*”. Totalmente desnecessário.

Não podemos imaginar o comportamento desses familiares nessas circunstâncias, impedindo o teste de apnéia, que o Dr. Coimbra, em seu artigo publicado e comentado acima, não conseguiu convencer da sua nocividade.

Cremos necessário prolongar a abordagem do artigo publico pelo Dr. Coimbra no jornal *Folha de S.Paulo*, tantas são as afirmações dúbias, incorretas, inadequadas e que, sem dúvida, desprestigiam injustamente o trabalho, o esforço, a dedicação de tantos profissionais que estão envolvidos, não só no tratamento de pacientes com lesões cerebrais graves, como aqueles que estudam a morte encefálica e todos que, nas várias áreas da medicina, estão trabalhando com





transplante de órgão. Basicamente era isso que eu tinha a dizer. Peço desculpas se me alonguei. E seria bom que isso terminasse.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Queremos agradecer ao depoente e também palestrante as explicações sobre o assunto. Ouvimos as explanações do Dr. Cícero, vamos ouvir o Dr. Celso e, logo em seguida, vamos fazer um debate amplo. O Dr. Celso também é advogado na área de Direito da Saúde, é um estudioso também do tema. Vamos ouvi-lo para depois concluir o debate.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Deputado Neucimar, temos às 18 horas sessão do Congresso, mas eu queria pedir a V.Exa. o seguinte. Na verdade, falaram um a favor e um contra, digamos assim, ao teste de apnéia. Os dois médicos. Talvez fosse interessante a gente fazer essa fase, acabar essa fase e, depois, ir para o advogado, porque, obviamente que eles dois são técnicos de uma área completamente diferente do advogado. O advogado pode entender de Direito, mas de Medicina entende o médico — eu não entendo nada. Quero fazer perguntas que...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Só quero esclarecer à nobre Deputada que ele é advogado na área de Direito da Saúde há 32 anos. É um estudioso do assunto.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Aí é outra coisa, Direito da Saúde. Daí a ser médico... Eu sou advogada, posso estudar o Direito da Saúde, mas não vou nunca ser médica, nem ter a percepção que ele tem.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Mas, o advogado foi convocado porque ele é um estudioso do assunto.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Eu não estou dizendo que ele não vá falar não, Presidente. Eu só queria que, pelo menos algumas perguntas, a gente... até para nortear, se V.Exa. quiser, tudo bem. Por exemplo, o debate acho que tem de ser principalmente entre os médicos. Depois, o advogado pode até opinar em responder as perguntas também, mas de alguma maneira dividirmos isso. Não sei como V.Exa. quer. Entendeu?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Vamos conceder a palavra a V.Exa. para fazer as perguntas que achar necessário e, logo em seguida, vamos ouvir o Dr. Celso Galli Coimbra.





**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Mas era bom estarem os dois.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Dr. Cícero, eu queria convidá-lo para fazer parte da Mesa aqui.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Eu quero entender, porque, como eu não sou médica, fica mais difícil. Sr. Presidente, eu cheguei um pouco atrasada, mas o pouco que ouvi da falação do Dr. Cícero, obviamente que me preocupa como cidadã. Não sou médica, mas sou gente: já doei meus órgãos todos. Fico imaginando que quem... Ainda brinquei com alguns dos assessores da Comissão e disse: essa matéria não pode ir para a *TV Câmara*, porque qualquer leigo que ouça isso não vai querer doar os órgãos. Isso é muito grave, não é uma brincadeira, a gente está falando de salvar vidas. Não é alguma coisa que você possa, de alguma maneira, falar de forma irresponsável. Eu tenho medo disso. Então, eu diria que essa matéria, para ir para a *TV Câmara*... Realmente eu tenho que ter entendido, porque, se eu ouvisse o que ouvi hoje sentada em casa, eu ia sair assustada, sem ser médica. Como não sou médica, vou tratar a matéria como não sendo médica. E aí vou sempre perguntar para os dois, porque eu quero fazer o contraponto mesmo. O Dr. Luís Alcides afirma textualmente que o Dr. Cícero fala de questões que estão corretas, 90% absolutamente corretas, mas são conceitos que, de alguma maneira, ele mescla e, mesclando, ele acaba cometendo um erro na sua fala. Diz ainda que a Sociedade Brasileira de Neurologia se reúne e que faz um dossiê que renega todas as considerações do Dr. Cícero. Diz ainda que, em 1968, se não escrevi mal, houve uma grande reunião técnica na Finlândia, é isso?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Harward.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Harward. E a Finlândia é que ano?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Harward foi o primeiro conceito de morte.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não, mas qual foi o ano de Finlândia?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - No mesmo ano que foi o de Harward.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Aí, o senhor diz o seguinte, aí me preocupou: foi decidido que nessa reunião da Finlândia fizessem... Bom quando acontece a morte encefálica, você teria duas chances de utilização, vamos dizer,



desse corpo: pelo transplante. O senhor disse que o interrompimento se daria para o transplante, aí o senhor disse — e isso me assustou muito: interromper a vida para tirar do leito da UTI. Aí eu queria que o senhor, primeiro, me explicasse o que quer dizer isso. Agora, não, porque faço de uma vez. Eu não consigo entender o que quer dizer “interromper a vida para tirar da UTI”. Se o senhor disser para mim: o sistema de saúde do Brasil é complicado, não tem leito para todo mundo, concordo. Agora, daí a interromper a vida por conta disso nem pensar, eu imagino que não. Claro, pelo que o senhor falou não, mas apenas para saber. Depois o senhor disse que dois protocolos foram feitos: um no Japão e um em Munique. O senhor disse München, que é Munique, um no Japão e outro em Munique. E esses 2 protocolos, o senhor, de alguma maneira, diz que têm erros, vamos dizer, por quê? E aí eu queria que o senhor determinasse que erros são esses. Depois, o senhor disse que no teste de apnéia, em determinado momento, ele se divide em duas teses. Quer dizer, você está fazendo o teste de apnéia, aí, se tem algum efeito, digamos assim, no paciente, aí interrompe. Alguns acham que tem que interromper, outros acham que não tem que interromper. A pergunta é: há 2 escolas, o senhor disse. Uma acha que imediatamente você tem de interromper o teste para voltar para... e a outra acha que não. E aí a pergunta: como fica o pobre do paciente? Qual a escola que ele vai escolher? Qual é a melhor escola? Quer dizer, a opinião do senhor, a opinião do outro. Duas escolas, vamos supor que o senhor defenda uma escola e o outro neuro defenda a outra. E eu, que não entendo nada das escolas, como fico na sala, deitada na mesa do hospital? Bom, também me assustou, quando eu ouvi, que... Isso quem disse foi o Dr. Cícero... e eu posso falar uma asneira, mas vocês têm que me perdoar, porque eu já falei e vou repetir: não sou médica. Mas ele disse que uma das formas em que isso podia acontecer — aí o senhor me diz se eu estiver errada, o senhor já vai com a cabeça — é quando se faz uma angiografia cerebral. Na hora que ele falou, o senhor quase pulou da cadeira ali, o senhor notou, mas não comentou, mas o senhor notou. E aí eu queria que o senhor comentasse o que ele afirmou sobre a questão da angiografia cerebral. Outra coisa que me deixou em dúvida, eu conversei com o Deputado Rafael Guerra, que teve que correr por conta da história dos aviões, que é médico, e ele disse... eu falei: Rafael, estou ficando nervosa porque o Dr. Cícero disse que você só... que a apnéia só é constatada



através... ou melhor que a morte encefálica só é constatada através... Estava escrito num papelzinho ali... que a morte encefálica só era constatada através do teste de apnéia, e que se ele era contra o teste de apnéia, não podia ter verificação da morte encefálica e, se não tem morte encefálica, não pode ter transplante. Está escritinho lá no textinho dele. Aí o Rafael virou assim: “Não, Laura, não”... Eu falei: Só assim que se pode constatar a morte encefálica? Ele disse: “Não, pode se constatar também com eletro”. Está certo. E por que não se constata com eletro também? Ou por que não começa com eletro e, depois, faz o tal do teste de apnéia? Se der lá o negócio retinho faz, depois, o teste de apnéia. Não era mais simples? Se existe uma dúvida... Aí a pergunta vai para os 2: o Dr. Cícero apresentou vários textos, quer dizer, vários *e-mails* e *sites* de médicos no mundo, podem ser 2, 3, 4 ou 5, ou ele sozinho, que discordam desse método, acham que tem algum erro. Então discordam. E aí ele diz que tem base, aí a minha pergunta é: de onde saíram aqueles... quem acompanhou, que organismo internacional, que organismo, que universidade ou que câmara técnica acompanhou aqueles 14 pacientes... ou os 10... os 20 pacientes ou os 10? Quem acompanhou? O senhor, na sua citação, disse que de 20, 14 se salvariam e de 10, 7 se salvariam. Quem acompanhou esses pacientes, quem fez essa... vamos dizer, esse estudo, quem acompanhou toda essa história, o prognóstico desses pacientes, quem acompanhou isso para dizer que de 14, viveram... se tivessem feito lá o teste, não teriam vivido. Quem acompanhou isso? E, a partir desse acompanhamento, quer dizer, o que a OMS diz disso? E os órgãos internacionais, o que dizem? Não consigo imaginar que a Sociedade Brasileira de Neurologia diga textualmente que o que o senhor faz é uma loucura, e que sejam todos loucos. Eu não posso imaginar. Não entra na minha cabeça. Então alguma coisa aqui é muito séria ou é muito irresponsável de um lado ou do outro. Porque, de um lado, coloca quem doa com medo de doar e, do outro, diz... quer dizer, se você for considerar do outro lado, é a mesma coisa assim... Se você for constatar a morte encefálica de um paciente através do método... do teste de apnéia, você pode estar ajudando a matá-lo. Em outras palavras, foi o que ouvi aqui. Então, realmente... é claro que a gente não tem profundidade para discutir isso. Talvez numa reunião mais ampla, inclusive com os médicos da Comissão, isso seja possível. Mas já que existem 5, 6, 7, 8, 10 médicos no mundo que têm a mesma tese, o que custa, antes



do teste da apnéia, fazer o tal do elétron? Essas são as perguntas de uma leiga, mas que saiu preocupada a partir das explicações.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Pois não, Deputada. As perguntas são pertinentes. Lamento que tenha deixado essas dúvidas. Com relação a interromper uma vida, não seria realmente interromper uma vida porque o paciente está morto, senão seria um contra-senso. Então, na realidade, a partir do momento em que eu faço o diagnóstico de morte encefálica por solicitação do colega da UTI, eu não sei... Em primeiro lugar, porque é notificação compulsória... E eu não sei se aquilo é com finalidade de transplante ou para retirar o paciente da UTI. Seria um paradoxo se eu, de repente, concordo e assino tudo para transplante e, de repente, falam assim: "Não, a família não quer doar". Aí eu mantenho esse indivíduo respirando mais 2 ou 3 dias? Não tem sentido. É isso que eu chamei de interromper. É evidente que a eutanásia ativa é algo que a medicina nem discute, nem discutimos. Não é problema nosso nem vai ser. Eutanásia passiva, sim, isso nós estivemos discutindo e vamos discutir lá, mas ativa, jamais.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Só uma dúvida, eu não sei se entendi direito, o senhor disse que se a família não autoriza a doação, se o cidadão não vai servir para o sistema de transplante, então não justifica ficar mantendo ele por respiração por mais 2, 3 dias.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, seria um paradoxo isso.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Mas por quê não?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Porque está morto.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Os senhores estão falando de quê?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Nós estamos falando do teste de apnéia.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não, não estou falando do teste de apnéia, do conceito de morte encefálica.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, estou falando do conceito de morte atual. Se o paciente fez todo... O teste de apnéia faz parte do exame da morte. Ele é um exame completo. Veja bem, com relação...



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Mas, doutor, quais são os 2 conceitos de morte que existem?

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não, o senhor vai falar também, fique calmo.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, morte encefálica tem um conceito e, uma vez constatada a morte encefálica, ela tem valor de morte clínica. Nós não somos obrigados a fazer morte encefálica em todo mundo, eu posso esperar a parada cardíaca, eu posso esperar outros sinais que me dêem o diagnóstico de morte, uma parada circulatória total.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Esse é outro conceito: parada circulatória total. Aí, sim, é morte.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - É um outro conceito... seria, lógico, sem dúvida.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Mas um cidadão que está com conceito de morte encefálica, ele não está ainda no diagnóstico de... no conceito de parada circulatória total.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, não está. Por isso que foi feita uma lei...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Então existem 2 estágios da morte defendidos aí: um... o primeiro conceito de que morte existiu é o conceito de parada circulatória total...

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Exatamente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - É o conceito universal de morte.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Conceito universal de morte. Só que...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - O cidadão morre quando existe uma para circulatória, depois, criaram o conceito de morte encefálica...

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Só que, com o progresso da Medicina, o advento da circulação extracorpórea, os aparelhos respiratórios, o conceito tradicional ficou... Por exemplo: como é que fica o indivíduo, cujo coração é retirado? É feita uma extracorpórea? Ele está em parada cardíaca, então ele estaria morto. Ele ressuscitou. Então os conceitos ficaram, de certa forma, ultrapassados em



alguns casos. Daí a necessidade de conceitos mais atuais. Então o conceito de morte encefálica veio contribuir, mas ele não é único. E é um conceito. Concordo com o Dr. Cícero quando ele diz que é prognóstico, realmente é um prognóstico, é uma incapacidade de volta. É como se o indivíduo tivesse sido guilhotinado, e eu mantenho aquele corpo vivo através de respiração artificial, coração artificial e tudo o mais. Respondendo a sua pergunta, então, a segunda, com relação aos protocolos, eram protocolos de hipotermia, quer dizer, na realidade, tentando a hipotermia em trauma de crânio, o japonês e o alemão. E, infelizmente, eles não foram satisfatórios, mas em relação a trauma de crânio. Eles ainda vêm sendo muito utilizados em acidente vascular cerebral extenso, em afogamento, há uma série de situações... Afogamento, por exemplo, ele é muito bom, veio substituir um coma barbitúrico que nós fazíamos no passado. Quando eu me referi ao teste de apnéia, que existem 2 condutas, é o seguinte: sabidamente, no teste de apnéia, alguns pacientes, nitidamente, não suportam, passam a ter irregularidades. Eu desconheço, até de literatura, de algum caso, como o Dr. Cícero disse, que tenha tido parada cardíaca durante... seria desagradável. Mas, enfim, o que acontece é o seguinte, quando isso acontece, você está fazendo o teste de apnéia por 5 minutos, 6 minutos, e o paciente começa a ter hipotensão, existem duas escolas: uma que interrompe isso daí e a outra que tenta, artificialmente, através de medicações manter esse paciente. Está certo?

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Medicamentos, o senhor falou isso. Se sou eu que estou lá, deitada na cama?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Agora, qual escola que a senhora vai escolher, vai ser difícil. Porque, na realidade, Medicina é assim: às vezes, para a mesma patologia, a senhora tem condutas até diametralmente opostas. E, muitas vezes, infelizmente, não é possível você escolher qual vai ser a conduta.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Agora, qual escola que causa o menor impacto na vida daquele paciente?

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - É claro que é a que interrompe.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Bom, eu posso lhe garantir que mais de 80% dos serviços no mundo mantêm a prova de apnéia e mantêm, artificialmente, os batimentos cardíacos, pelo menos em dados de trabalho.





**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Então, eu quero saber se existem estudos científicos que também comprovem que a escola que mantém...

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - São trabalhos publicados, e o pessoal mantém. Inclusive, um dos trabalhos que o Dr. Cícero publica aqui denegrindo... Na realidade, ele é um dos indivíduos que mantém os batimentos. E não teve nenhum caso de “morte” — entre aspas — pela prova de apnéia. Com relação...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Quer dizer... Espera aí, só um minutinho. Quer dizer que nunca houve nenhum caso de morte por apnéia?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, nunca houve.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Então aqueles casos de 14 em 20, dos 7 em 10?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Veja, aquilo é uma outra situação, é como...

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Registrem que o Dr. Manreza está dizendo que nunca houve, e eu disse...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não, eu estou registrando tudo aqui.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - ...e que eu disse que houve parada cardíaca...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Eu quero é entender. Eu vou ficar maluca aqui.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - ... que há parada cardíaca. Registrem. Porque eu vou lhe mostrar por escrito, eu vou lhe mostrar por escrito.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - O senhor imagina como é para a gente que não é médico. Só paro o senhor entender que a gente não é médico. Então, é muito complicado.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, o que eu disse é que eu desconheço. Eu entendo, mas o que eu quero dizer é o seguinte: existe um universo mundial, todos os países no mundo fazem diagnóstico de apnéia. Só tem um país no mundo que não faz, que é Israel. E um outro país que mais recentemente fez, que ainda não tinha até pouco tempo, é o Japão, que é um dos países em que se encontra a maior resistência à morte encefálica. Não por serem contrários à morte



encefálica, lá a comunidade médica é contra o transplante. E qualquer coisinha eles pegariam. Então, realmente, a comunidade japonesa está ávida para pegar um filãozinho, nem apnéia conseguiram pegar, está certo? Mas, enfim, que tem um caso? Eu disse que eu desconheço, isso não quer dizer que não tenha.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Agora, doutor, os japoneses, normalmente, são conhecidos no mundo pela sua capacidade de inteligência. Eles detêm, no mundo, o conhecimento pela sabedoria. Eles são conhecidos como um povo sábio, um povo que estuda, um povo inteligente, que revolucionou o mundo. E, por incrível que pareça, o povo israelense também. Também é um povo conhecido pelo seu grau de conhecimento e de sabedoria. Por que justamente esses 2 países são contra?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, não. No Japão, existe uma resistência contra o transplante, a morte encefálica é aceita como medida de interrupção. Medidas excepcionais de tratamento. Em Israel, não é aceito por motivos religiosos: o corpo não pode ser violado. Aliás, é uma grande dificuldade que nós temos. Vocês sabem que os israelitas não permitem a necropsia. É um drama, às vezes, quando você tem um problema desse tipo. Não é permitido. É um problema religioso.

Por último, com relação ao eletroencéfalo. Na realidade, os exames subsidiários são mais para dar uma garantia legal. Na realidade, na maior parte dos países e na maior parte dos estados americanos... Nos Estados Unidos a lei é estadual, e cada local tem o seu conceito de morte, mas a grande maioria dos serviços do mundo não exigem exames subsidiários, é feito somente o exame clínico. Não, não se faz eletro, não se faz arteriografia na maior parte dos países...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Ou seja, não se faz... É só olhar para a pupila...

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Só o exame clínico.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Olhou para a pupila, ouviu lá o coração, acabou?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - O primeiro país a fazer isso foi a Inglaterra, depois foi seguido pelo Uruguai. Hoje, 80% dos Estados americanos não fazem exames comprobatórios, e no continente europeu mais ou menos metade não



o fazem. Eu tenho essa relação, posso passar à senhora. Tenho a relação dos países que exigem e dos que não exigem.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não, à Comissão.

Dr. Luís Alcides, diga uma coisa. No Brasil, vamos dizer, obrigatoriamente se faz.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Obrigatoriamente. Por um excesso de zelo, como nós fizemos...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Ou seja, o Ministério da Saúde obriga a fazer.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Num País tão difícil e com tantos problemas, a apnéia está dando problema, e você imagina se nós não fizermos exame comprobatório. Então, no exame comprobatório... Ele é um exame que tem que ter um registro gráfico, obrigatoriamente. Pode ser qualquer exame que demonstre, de uma maneira inequívoca, ausência de atividade circulatória cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral, ou ausência de atividade elétrica cerebral. Quer dizer, qualquer exame que demonstre isso, calcado em protocolos que cada sociedade faz. Por exemplo, o eletroencefalo é calcado na Sociedade Brasileira de Eletrofisiologia. Têm de ser feitos 2 eletros, assim, assim e assim. Há todo um procedimento.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - São os protocolos, está certo?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Então, só com esse exame subsidiário é que é dado o diagnóstico final de morte encefálica, está certo? Não é só o exame clínico.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Eu entendi. Mas aí vamos supor o seguinte: no Brasil, então, eu tenho que fazer o exame clínico, e necessariamente tem que ter um gráfico, não é isso?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Tem que ter o exame gráfico.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Tem que ter o exame gráfico.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Que varia para cada idade. Por exemplo, o apêndice...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Então o teste de apnéia não é teste gráfico, concorda?



**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Senhora?

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - O teste de apnéia não é gráfico.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, não, isso aí é exame clínico. Além do exame clínico, um exame gráfico.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Sim, mas aí, se vai ter que ter o gráfico, não pode começar pelo gráfico, não?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Porque, por incrível que pareça, no exame a gente vê falhas. Por exemplo, o eletroencefalo está cheio de falhas, infelizmente. *(Risos.)* Infelizmente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Doutor, só uma pergunta, antes de passar a palavra para o Cícero. O senhor falou que 80% da comunidade médica mundial não aplica esses testes, como teste de apnéia e tal.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, não, exames subsidiários.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Exames subsidiários comprobatórios e tal. Mas é justamente nesse aspecto que está sendo questionado. O Dr. Cícero, no seu estudo apresentado...

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, não. Desculpe, não é o teste de apnéia. O teste de apnéia não é exame subsidiário. Exames subsidiários são exames gráficos.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - A comunidade mundial então aplica o teste de apnéia?

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Apnéia é clínico.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Lógico. Não existe nenhum país que não faça essa teste de apnéia.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - É isso, doutor? Apnéia é clínico, subsidiários são os gráficos?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Exame subsidiário é a arteriografia, o eletro...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Claro, então o eletro é pra subsidiar, mas primeiro você faz o teste físico. Portanto, primeiro você faz a apnéia para depois fazer o outro.



**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não é só apnéia, é todo um exame. São os reflexos...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não, dentre vários. Vai ver apnéia, vai ver os reflexos, vai ouvir, vai olhar, enfim...

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Faz a prova calórica. Então, veja, faz prova calórica, se quiser colocar água gelada.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Vou passar a palavra para o Dr. Cícero agora para ele ter direito a fazer, também, a sua defesa e o debate.

Mas há polêmica, Deputada Laura Carneiro. Essa questão, por exemplo, justamente por ser polêmica é que tem que ser discutida. É para deixar muita gente doida mesmo para vir para a discussão, porque até agora nós estamos vendo muita gente acomodada, fugindo dos debates. E é justamente o assunto que tem que ser levado ao conhecimento daqueles que nunca imaginaram que isso pudesse acontecer, para que venha a público a necessidade desse debate.

Com a palavra o Dr. Cícero.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Em primeiro lugar, eu gostaria de dizer que o Dr. Manreza, tal como costuma fazer, quando não tem argumentos ele apela para tentar desacreditar a pessoa que está aqui. Eu fiz residência médica há mais de 20 anos em Clínica Médica; eu sou médico neurologista com residência em Clínica Médica; eu fiz *fellowship* de Neurologia Pediátrica na Universidade de Miami; eu sou preceptor da residência médica no Hospital do Servidor Público Municipal, onde eu sou responsável pela formação na área de Neurologia dos residentes. Eu estou apenas dizendo isso porque ele disse que eu não tenho credibilidade nenhuma e nunca vi um paciente com morte encefálica.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não. Entendi, Dr. Cícero. Eu entendi.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não tem credibilidade no diagnóstico de morte encefálica.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Eu só diria o seguinte: essa questão não nos interessa realmente, nem de um lado nem do outro.



**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Deputada Laura e Dr. Alcides. Nós ouvimos o senhor, ouvimos a Deputada, agora nós vamos ouvir o Dr. Cícero. Ele foi citado e tem direito à palavra.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Certo. Então, eu queria salientar alguns pontos. O primeiro: pacientes submetidos ao teste de apnéia fazem parada cardíaca. Isso está citado no próprio artigo que ele disse que criticou e ao qual apresentou extensiva rejeição. Está dito qual é a fonte. Eu lhe apresento a fonte, mostro-lhe aqui e traduzo na sua frente e na frente de pessoas que sejam habilitadas para fazer qualquer tradução.

A segunda coisa que eu queria dizer é o seguinte: o Dr. Manreza confirmou que durante o teste da apnéia os pacientes fazem hipotensão. Você lembra disso? Certo. Então, lembra que eu disse, também, que os pacientes que se encontram sob risco de morte encefálica e, por isso, estão sendo avaliados, fazendo testes diagnósticos, eles se encontram com a circulação cerebral comprometida, quiçá ausente. E, durante os testes de avaliação para saber se eles se encontram com morte encefálica, faz-se um teste que provoca hipotensão. A pressão arterial sistólica cai de 120 para menos do que 90 em 40% dos casos. Ele confirmou isso.

Então, acompanhe o raciocínio e me diga se existe algum erro nisto. Ele disse que não há problema em se fazer um teste da apnéia, que provoca hipotensão em 40%...

*(Intervenção inaudível.)*

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Desculpe. A senhora tem que respeitar a minha palavra. Eu respeito a sua, eu fiquei em silêncio, ouvindo o seu monólogo entre as duas pessoas.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Pela ordem, Sr. Presidente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pela ordem, Deputada Laura Carneiro.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Eu quero dizer a V.Exa e ao Dr. Cícero o seguinte: primeiro, que ele está aqui para colaborar com os Srs. Deputados; segundo, que eu não falei no microfone, portanto, não o interrompi; terceiro, que em momento nenhum eu fiz monólogo. Agora, realmente, como leiga que sou, sinto a necessidade de entender. Mas eu me dou o direito, fui eleita pelo





povo do meu Estado pra isso e não vou admitir aqui que ninguém venha me dizer o que eu vou fazer ou não, como perguntar ou não. Comecei dizendo que eu fazia as perguntas para que os dois me respondessem, porque eu não sou médica e não sou capaz de dizer qual dos dois está certo.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Então, a senhora tem que ouvir qual vai ser a resposta.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Por favor, o senhor não faça... V.Exa. me conhece!

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Deputada Laura Carneiro. Dr. Cícero Galli Coimbra, o senhor está aqui na condição de testemunha, participando desta Comissão Parlamentar de Inquérito. A Deputada Laura Carneiro...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Eu não falei no microfone, Sr. Presidente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Ela tem realmente os seus direitos preservados de acordo com a norma parlamentar. V.Sa. está com o microfone ligado e é V.Sa. que tem o uso da palavra. A Deputada não está fazendo realmente uso do microfone. Pode até questionar, gesticular, mas a palavra está garantida a V.Sa. e nas notas taquigráficas estarão contidas apenas as palavras proferidas por V.Sa.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Muito bem. O Dr. Manreza também disse que morte encefálica não pode ser tratada com hipotermia não, não tem possibilidade de recuperação. Agora, veja bem, para você diagnosticar morte encefálica tem que fazer o teste de apnéia. Durante toda a minha apresentação eu insisti no ponto de que é justamente o teste de apnéia que pode determinar a morte encefálica num número desconhecido de pacientes. Portanto, em nenhum momento eu disse que morte encefálica deveria ser tratada com teste de apnéia. Eu disse que pacientes suficientemente graves a ponto de se considerar o diagnóstico de morte encefálica deveriam necessariamente, como última tentativa, pelo menos ser submetidos à hipotermia antes de ser submetidos ao teste da apnéia. Acho que fui muito claro em relação a isso, mas, no entanto, o Dr. Manreza distorceu o que eu havia mencionado e disse que eu havia dito que tem que tratar com hipotermia



peessoas que estão com morte encefálica. Ora, morte encefálica pressupõe que as pessoas sofreram o teste de apnéia, e nesse momento elas já são irrecuperáveis, inclusive pelos efeitos danosos do próprio teste de apnéia.

Eu afirmo aqui e provo o que estou dizendo: durante o teste da apnéia ocorre hipotensão severa, sim, e ocorre parada cardíaca. E não há sobre isso um ou dois casos relatados na literatura médica. Ainda aviso o seguinte: às pessoas cujos familiares são submetidos aos diagnósticos de morte encefálica não são solicitados a dizerem assim: “Eu aceito, eu aceito que meu parente seja diagnosticado com morte encefálica”. O que acontece é que o médico abre a UTI e diz assim: “O seu familiar está com morte encefálica”. Ele nem sabe que o paciente foi submetido a um teste de apnéia que, potencialmente, pode até provocar parada cardíaca. Em 40% dos casos, em pessoas que potencialmente se encontram com fluxo sanguíneo cerebral reduzido, pode provocar hipotensão severa. Severa.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Para tirar dúvida, Dr. Cícero. Então o senhor defende que o teste de hipotermia seja aplicado antes do teste de apnéia.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Desculpe. A hipotermia não é um teste. A hipotermia é uma terapia. Você está tentando salvar o paciente. O teste da apnéia é uma tentativa de...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Então, antes de o paciente ser submetido ao teste da apnéia, ele deveria ser submetido à hipotermia, ao tratamento hipotérmico?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Exatamente. Não há defensibilidade ética em submeter uma pessoa que se encontra indefesa, em coma, a um teste que potencialmente pode provocar a morte dela, justamente para diagnosticar a morte. É um teste que provoca hipotensão e parada cardíaca.

Existe alguma coisa que você possa pensar em relação às suas citações para que eu possa lhe responder? Por exemplo, você mencionou eletroencefalograma. Os testes confirmatórios são feitos depois do teste da apnéia, quando o teste da apnéia já pode ter provocado a morte. A angiografia cerebral é um dos exames confirmatórios.



A Resolução nº 1.480 do CFM exige que sejam feitos exames confirmatórios para o diagnóstico de morte encefálica.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - São os gráficos? É isso?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Oi?

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - São os exames gráficos?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Angiografia, eletroencefalograma, qualquer exame laboratorial que não seja exame clínico. E esses exames, cujos resultados podem ser afetados pelo próprio teste da apnéia, são feitos depois do teste da apnéia. Depois. Nenhum familiar é solicitado a confirmar que aceita a realização ou que permite a realização. Outra coisa, a senhora citou a questão dos 20 pacientes.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Vinte no quatorze e dez no sete.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Isso. Essas pessoas são 2 neurocirurgiões, um alemão e um outro japonês, que fizeram um trabalho clínico, em que pegaram pessoas que teoricamente já estavam prontas para serem submetidas ao teste da apnéia. Não tinham morte encefálica. Veja porque não foram submetidas ao teste da apnéia. Elas só tinham trauma craniano. Só pode se dizer que tem morte encefálica depois do teste da apnéia. Isso é uma condição *sine qua non* para declaração do diagnóstico de morte encefálica. E nessa situação, tendo apenas trauma craniano, mas já estando com perda de reflexos encefálicos e em coma profundo, essas pessoas foram submetidas ao tratamento hipotérmico. E dentre essas 20, 14, que correspondem a 60, voltaram. Se era uma deputada, voltou a ser uma deputada; se era um médico, voltou a ser médico. Voltou a exercer a sua atividade profissional 6 meses depois do acidente. Isso foi confirmado. Aproximadamente, encontrou-se a mesma proporção no estudo feito pelo médico alemão da Universidade de Heidelberg, que é o centro médico de maior conceito na Alemanha.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - A dúvida quanto a essa pergunta, Presidente...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Deputada Laura Carneiro, nós tivemos o depoimento nesta Comissão do Dr. Toscano, Diretor do Hospital de Base de Brasília. Ele disse a esta Comissão – está registrado nas notas



taquigráficas – que conheceu muitas pessoas que estavam na fila, estavam na mesa de operação para fazer o transplante, para se retirar o seu órgão para transplantar em outra pessoa, e houve uma impossibilidade por algum problema. E hoje essas pessoas estão dirigindo carro em Brasília, trabalhando normalmente. Pensavam que elas estavam mortas. iam ser submetidas a transplantes, que não foram feitos. Isso foi dito pelo Dr. Toscano nesta Comissão. Está registrado em notas taquigráficas.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não, não, não. Eu estou ouvindo o senhor. Só para terminar as perguntas para o Dr. Cícero. O teste, tanto dos 14 em 20, quanto dos 7 em 10, cada um foi feito por um médico. Não houve uma instituição internacional, ou uma universidade que acompanharam. As pesquisas são normalmente feitas através das universidades, ou seja, de grandes grupos. Enfim, não é um médico que faz uma análise dessa, é uma equipe.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não. Foi um grupo de autores, por exemplo, Metz e colaboradores. Não foi apenas Metz e colaboradores no caso do trabalho feito na Alemanha. Uma equipe de médicos que faz o trabalho. Apenas porque essa primeira pessoa aqui citada é o primeiro autor do trabalho.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - É isso que eu estou falando. Mas esse trabalho feito por 10 médicos, sei lá por quantos médicos, ele, eventualmente, foi acompanhado por uma equipe da Organização Mundial de Saúde, ou da Sociedade de Neurologia da Alemanha, ou foi acompanhado pela universidade xis da Alemanha? A pergunta é esta: Alguma instituição, que não a particular do médico, acompanhou algum desses estudos?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - São pessoas que pertencem a universidades, tanto o Metz, quanto a equipe do neurocirurgião Hayashi.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Fez esse trabalho pela universidade ou pessoalmente?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Pela universidade. Eles são professores universitários.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - É um estudo da universidade?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Sim, senhora. O primeiro pertence à equipe da Universidade de Heidelberg, na Alemanha, e o outro a uma universidade cujo nome eu não me recordo agora, no Japão. Falta-me a memória para lhe dizer.



Mas são equipes universitárias. É muito raro você ver na literatura uma pessoa que não pertença a uma universidade publicar um trabalho que seja aceito, em geral, e dizer: “Eu sozinho, e ninguém mais, descobri isso.”

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não, Dr. Cícero, não estou dizendo isso. Não é esta a pergunta. Uma coisa é você ser da universidade, ser professor da universidade; outra coisa é a universidade convocar para aquela pesquisa. A diferença é essa.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não, você é um pesquisador da universidade, você faz trabalhos dentro da universidade, dentro dos hospitais universitários...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Mas a universidade sabe que está fazendo uma pesquisa.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Claro! O hospital...Toda pesquisa clínica... Deixa eu lhe esclarecer: toda pesquisa clínica passa por uma comissão de ética.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - É isso que eu estou perguntando. Então, é da universidade.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Do hospital ao qual ele pertence. Ninguém pode fazer pesquisa com paciente sem ter...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Autorização.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - ...oferecido, em primeiro lugar, o projeto à a avaliação de uma comissão de ética, para dizer se o experimento...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Da universidade.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - ...que vai fazer com humanos é eticamente adequado. Da universidade, da instituição a que ele pertence.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Então, essas pesquisas são, vamos dizer, coordenadas pelo professor xis...

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Exato. E são aprovadas pela universidade.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - ... pelo professor xis alemão e pelo professor xis do Japão. Mas essas pesquisas são das universidades.



**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Sim, senhora, e aprovadas pelo comitê de ética das universidades.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - O que é absolutamente diferente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Eu quero perguntar ao Dr. Alcides se o resultado desses estudos apresentados tanto pelos médicos japoneses como pelos médicos alemães, que foram divulgados nas revistas de conceito médico, não foram contestados pela classe médica mundial, ou pelo Conselho Federal de Medicina? Foi testado para saber se aquelas informações são, realmente...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Nem o que a OMS diz. Ninguém me respondeu também, nenhum dos dois, o que a OMS fala.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Já que eu fui citado, só gostaria de esclarecer que eu falei, e afirmo, que o Cícero não tem credibilidade nacional médica com relação à morte encefálica. Em momento nenhum tentei denegri-lo em relação à sua formação médica, que eu sei que é excelente. Inclusive, ele é fisiologista. Também afirmo que ele não tem a menor experiência em doentes graves, UTI, politraumatismos, etc. Não tem. Mas, realmente, em momento nenhum tentei denegri-lo.

Com relação a esse trabalho, é um clássico, sem sombra de dúvida. Só que aqui está sendo apresentado como alternativa ao diagnóstico de morte encefálica. Eram doentes graves. O método é válido. O grande problema é que a médio prazo a hipotermia, infelizmente, ainda traz danos superiores ao tratamento convencional, que é a hibernação com drogas. Está entendendo? Realmente, não compensou, quer dizer, entusiasmo inicial. Isso deverá ser vencido. Eu, particularmente, acredito que a hipotermia tem um grande futuro. Tanto que em algumas situações, como afogamento, AVC, nós temos usado. Mas em trauma foi um pouco decepcionante. Há alguns motivos. Existe uma vulnerabilidade respiratória no traumatizado superior, em relação aos demais doentes neurológicos, que nós ainda não entendemos bem. Isso, realmente, existe.

Mas eu fiquei muito preocupado com a afirmação que o Deputado fez sobre esse trabalho de Brasília. Trata-se de um hospital que eu conheço muito bem. Eu freqüento o Hospital de Base há quase 30 anos. Fui lá várias vezes. Conheço todo o





corpo de neurologia. Essa afirmação sobre um doador que já está com diagnóstico de morte encefálica...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Não foi falado isso, doutor.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Ah! Desculpe.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Foi falado o seguinte: o Diretor do Hospital de Brasília, Dr. Toscano, conhece?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Conheço.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Ele esteve aqui nesta Comissão. Nós estávamos discutindo esse problema. Nós estávamos investigando um caso no Hospital de Base de Brasília, e ele disse que ele conhece pessoas em Brasília, no Distrito Federal, que estavam na mesa da cirurgia para serem transplantadas, porque se pensava que estavam mortas...

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Isso é uma afirmação de uma gravidade...

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Foi ele que disse.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Eu sei. Acho que isso tem que ser apurado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pois é. Mas foi ele que disse.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Se isso for verdadeiro, isso é um crime.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Foi ele que disse que conhece pessoas em Brasília que estavam na mesa para serem transplantadas. Não foram transplantadas por algum problema no hospital. Essas pessoas, hoje, estão vivas em Brasília.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Mas então esse indivíduo teve a sua morte encefálica diagnosticada.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pode haver um diagnóstico... Olha só, eu estou só dizendo que foi ele quem disse isso.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Isso é muito grave.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Então, pensava-se até que ele pudesse estar morto, mas não estava.



**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Mas veja, esse indivíduo só foi para a mesa de doação a partir de um diagnóstico de morte encefálica. Agora, se esse indivíduo volta a uma vida consciente, por pior que seja, meu Deus do céu! Isso tem que ser interrompido.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Mas é justamente por isso que esta Comissão está trabalhando. Por quê?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, não, mas antes disso.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Quais as denúncias que estamos recebendo de algumas regiões do Brasil? Nós temos denúncia, por exemplo, de 4 médicos, em São Paulo, que estavam acelerando a morte de pacientes para retirada de órgãos. Ou seja, estavam fazendo transplantes em pessoas vivas. Os exames exigidos pela lei para comprovar a morte encefálica não foram feitos.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Mas esse é um outro tipo de crime, não?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Nós temos outras denúncias de algumas regiões onde esses exames de arteriografia, o teste da apnéia e outros exames não têm os comprovantes. Estão escondidos. É por isso que está em discussão esse tema aqui, nesta Comissão Parlamentar de Inquérito. Quando o Dr. Cícero Galli Coimbra chega nesta Comissão – nós já conhecemos alguns dos seus artigos e artigos de outros médicos, estudos –, eu pergunto o seguinte: já que o Conselho Federal de Medicina ou a Organização Mundial da Saúde são os órgãos que, realmente, deveriam estar se preocupando com esta questão, quando existem os médicos japoneses que fazem um estudo e comprovam que 70% dos pacientes com suspeita de morte cerebral foram submetidos ao teste de hipotermia e foram recuperados, por que os conselhos, sejam federal, aqui do Brasil ou de outros países, a Organização Mundial de Saúde não contestaram essa equipe médica de japoneses e alemães ou foram acompanhar para ver se, de fato, esse teste foi aplicado e se houve realmente essa recuperação? Vocês fizeram isso?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Esse número é fantasioso. Desculpe.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - O que comprova a fantasiosidade desses números?



**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Esse número exagerava pacientes que se recuperam. Infelizmente, em pacientes que estejam 5 ou menos na Escala de Glasgow, são traumatismos extremamente graves, independente de qualquer forma de tratamento, a mortalidade é próxima aos 90%. Não existe, infelizmente, a menor possibilidade. Por melhor tratamento que haja, nenhum milagre que faça 70%.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Nós temos aí dois estudos. Eu quero saber se eles foram contestados.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - O Estudo Hayashi, eu não sei, não posso responder agora, de imediato. Seria uma mudança.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Com a palavra a Deputada Laura Carneiro.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - O Dr. Cícero disse que o ideal seria, antes do teste da apnéia, que se fizesse essa tentativa dessa terapia, que seria hipotermia. O Dr. Luís Alcides disse que a hipotermia pode causar danos superiores aos possíveis danos que o teste da apnéia poderia ter causado segundo informa o Dr. Cícero. Eu quero entender se é isso mesmo. Os dois lados.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - É. Deixa eu explicar: hipotermia, existem durações diferentes. Existem autores que usam 12 horas de hipotermia, tal como Hayashi e Metz e colaboradores, ou 24 horas de hipotermia. Se você fizer uma revisão da literatura, você vai ver que têm pessoas que usam 12 horas, têm outras que usam 14, 24, 48 e 72 horas de hipotermia. Se você olhar todos os resultados que são feitos, você vai verificar exatamente o seguinte quadro: as pessoas que usam de 12 a 24 horas relatam resultados como esse de Metz e colaboradores e Hayashi e colaboradores. As pessoas que usam mais de 24 horas, por exemplo, até 48 horas, eles ainda verificam benefícios maiores do que benefícios, mas já não é um resultado tão surpreendente quanto esse. As pessoas que usam mais do que 48 horas, 72 horas, nesses casos, elas relatam maiores malefícios do que benefícios.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Se eu entendi bem, o ideal seria esse tratamento de hipotermia entre 12 e 24 horas?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Precisamente.



**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - É isso. Mas, de qualquer maneira, pelo que o senhor falou, a possibilidade de malefício existe. Não tão grande quanto acima de 24, nem tão grande quanto abaixo de 12, mas existe também.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Isso. Exatamente.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Entendeu? Vai para um lado, vai para outro...

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não. Não é a mesma coisa. Eu disse que os benefícios...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Risco sempre. Não estou dizendo que seja a mesma coisa, não. Mas é risco sempre.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Os benefícios superam os malefícios em tratamentos que duram até 24 horas.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - De 12 a 24, não é isso?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Até 24.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Então, de 12 a 24.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Certo.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Menos de 12 e mais de 24, os malefícios são maiores. Não é isso?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não. Menos de 12 não tem efeito.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Eu não sei. Desculpa. Mas acima de 24 até 72...

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não. De 24 até 48 horas, ainda os benefícios superam os malefícios. Só que os resultados não são tão surpreendentes como esses que eu lhe mostrei. Acima de 48 horas, os malefícios superam os benefícios.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Então, o ideal seria de 12 a 24?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Isso. Imagine que hipotermia é um tratamento como, por exemplo, dar um anestésico. Se você der demais, você tem problemas.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Claro, claro. Por isso que eu estou falando. Então, seria de 12 a 24?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Exato.



**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Seria o melhor momento. Aí, eu quero entender, Dr. Luís Alcides, a mesma coisa. O que é melhor – vou diminuir para 12 a 24 –, é você fazer a hipotermia de 12 a 24? Nesse caso há menos risco ou mais risco do que fazer o teste de apnéia? Ou por que você não pode fazer primeiro a hipotermia e depois o teste de apnéia? Está falando aqui quem não entende nada disso.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Essa é uma grande pergunta.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Pois é, está falando aqui quem não entende nada disso.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - São coisas completamente diferentes. Eu acho que já estão confundindo alho com bugalho. Em primeiro lugar, o doente com trauma de crânio grave tem uma progressão independentemente de se outras complicações vierem.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Dr. Alcides, finja que o senhor está falando com a família de um paciente que não está entendendo nada que o senhor está falando.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - As complicações, o inchaço cerebral, as lesões cerebrais progridem até o quinto dia. Então, é inútil qualquer tipo de tratamento que dure 12 a 24 horas. Então, por isso que é hipotermia. Provavelmente, a hipotermia possa ser associada aos tratamentos clássicos. Enfim, nós não estamos aqui discutindo tratamento. O paciente em que eu faço teste de apnéia é um paciente que eu não estou tratando mais e não vou tratar mais. É um paciente que já tem um prognóstico fechado. Esse paciente, na realidade, é um paciente que eu conheço, é um paciente que está na minha mão, ele está evoluindo, ele tem uma tomografia, ele tem uma ressonância, ele tem uma série de exames. Então, você está sentindo esse paciente se esvaír. E nesse paciente você, praticamente, parou de investir. Então, é um paciente que já evoluiu, quer dizer, a evolução dele é inexorável, calcada na sua experiência, na experiência mundial e tudo mais. Então, não cabem tentativas heróicas. Tanto que, na maior parte dos protocolos de hipotermia, mesmo em um paciente que esteja um pouco melhor do que essa classificação, que seria 4 de Glasgow, muitos protocolos nem fazem hipotermia. Já consideram esse indivíduo... Mas não podemos ficar discutindo



tratamento. Hipotermia é tratamento. É uma grande alternativa, vejo um grande futuro, mas, infelizmente, aquele grande entusiasmo. Mas não podemos...

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - A Deputada não entendeu por que não faz hipotermia antes do teste da apnéia. O senhor não respondeu.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Dr. Luís Alcides, a pergunta é simples para uma leiga.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Tudo bem. Eu não fui claro, porque esse paciente eu não estou mais tratando. Eu parei de tratar esse paciente.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Isso eu já entendi. Mas olha só...

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Ele não quer tratar.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Fazer hipotermia com uma tentativa em extremos.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Por que ele parou de tratar?

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - É isso. Olha só, da mesma maneira que eu lhe perguntei por que não pode fazer primeiro o exame gráfico para depois fazer o clínico, o senhor disse que não faz sentido. Primeiro se faz o clínico para depois fazer o gráfico. Bom, tudo bem. Mas, necessariamente, a hipotermia é anterior ao teste da apnéia. Ora, se tem a dúvida, o que custa fazer primeiro a hipotermia? Senão der certo, faz o teste da apnéia.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Eu gostaria de lhe responder esta pergunta. Eu tenho um esclarecimento preciso para isso.

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Não. Deixa ele responder primeiro, não é?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - (*Risos.*) É uma idéia. Ela pode ser combatida. Talvez o Dr. Coimbra...

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - Eu não sou capaz. Eu só estou aqui...

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - ...que tem uma idéia. Vamos ouvir. Ela pode ser apresentada. Mas se ele, pelo menos, tivesse feito um caso, não em ratinho, ratinho eu não aceito. É que ele faz experiência em ratinho.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Ele está de novo apelando para o descrédito.





**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Dr. Alcides, Dr. Cícero, por favor, estamos em um debate. O senhor falou que exame em ratinho não vale.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, não, porque são experiências em rato.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Todos os trabalhos científicos começam no rato, no mundo. Ou no rato ou no macaco.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - É. Mas a resposta é diferente, infelizmente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Não. Todo trabalho científico começa no rato ou no macaco.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Pelo amor de Deus! Ninguém está falando em ratos aqui. Quem está falando em ratos é o Dr. Manreza. Até agora, estamos falando em pessoas humanas.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Dr. Alcides, a pergunta da Deputada Laura é simples: por que não submete o cliente a tratamento de hipotermia antes de submetê-lo ao teste da apnéia?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Quero afirmar que não existe um embasamento para isso. Mas se o Dr. Cícero apresentar algo. Ele já foi desafiado há 4 anos pelo Fernando Braga, que colocou a UTI do Hospital São Paulo à disposição dele para fazer. Não sei por que ele não realizou. Eu acho que seria válido, seria uma abertura. Estamos abertos a coisas. De repente, descobrimos aí...

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Posso responder essa pergunta, já que ele me citou?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pois não.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Naquela ocasião em que o Dr. Fernando Braga queria que eu fizesse hipotermia, ele queria primeiro fazer o teste da apnéia e depois que eu fizesse hipotermia. Essa foi a proposta. Isso, eu recusei.

Agora, eu vou lhe contar uma história extremamente ilustrativa. Em 1968, quando essa comissão da Harvard estava elaborando os critérios para diagnóstico de morte encefálica — 13 pessoas compuseram esta comissão —, e veio um pioneiro da eletroencefalografia naquela ocasião e despejou na mesa 506 eletroencefalogramas, 506, e disse assim: “Olha, desses 506 eletroencefalogramas,



5 se recuperaram. Apesar de estarem todos eles com eletroencefalogramas sem nenhuma atividade elétrica, 5 deles se recuperaram e hoje estão andando e dirigindo aí pela rua. Aí a comissão da Harvard chegou e disse assim: Então, tragam os prontuários desses pacientes, porque nós queremos saber o que aconteceu com eles de diferente do que aconteceu com os demais. Aí eles verificaram que, via de regra, havia acontecido uma situação assim: esses pacientes estavam dirigindo no meio de uma nevasca, o carro derrapou, saiu da estrada, bateu e teve quebrado o pára-brisa; eles ficaram em coma, com trauma craniano, expostos à temperatura ambiente baixa até que o resgate os encontrasse, pois que não chegaram ao destino. O que aconteceu? Onde encontraram? Essas pessoas chegaram hipotérmicas ao hospital. Quando elas chegaram hipotérmicas ao hospital, elas foram reaquecidas e voltaram a desempenhar as suas atividades normais da sua vida diária. Então, a comissão da Harvard pensou o seguinte: já sabemos o que aconteceu, essas pessoas...

*(Intervenção inaudível.)*

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não, elas não foram congeladas, doutor. Congelar é baixar abaixo de zero graus. Elas tiveram hipotermia. A hipotermia está diminuindo, pensaram eles, o metabolismo cerebral e está imitando as manifestações de morte encefálica. O que eles criaram? Eles criaram um critério de exclusão e dizem assim: pessoas com hipotermia não podem ser submetidas aos critérios diagnósticos de morte encefálica, aos procedimentos diagnósticos de morte encefálica, porque elas podem ser confundidas com pessoas que têm de fato necrose do tecido nervoso. Então, hipotermia hoje é critério de exclusão. Se a senhora for tratar com hipotermia um paciente com trauma craniano, a equipe de transplantes vai dizer assim: e o que vai acontecer depois? Você vai ter submetido eles à hipotermia, e a hipotermia é critério de exclusão. Quem vai então declarar morte encefálica se, pela própria resolução do CFM, hipotermia é critério de exclusão? Bom, aí talvez a senhora pense assim: Não, basta que reaqueçam esses indivíduos e verifiquem se eles voltam ao normal. Bom, mas aí ninguém estabeleceu um critério. Quanto tempo depois de reaquecer esses indivíduos vai se esperar para saber se eles vão recuperar? E a senhora vai ver que a equipe de transplante vai bater todo dia na UTI e dizendo assim: Já fizeram o exame da apnéia nesse



indivíduo? Como? Ainda estão esperando? Quanto tempo vão esperar? Ah, daqui a pouco ele vai fazer parada cardíaca, e aí nós não vamos aproveitar os órgãos.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pois não, Deputado Pastor Pedro Ribeiro.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - É uma oportunidade boa para eu fazer os meus questionamentos.

Dr. Cícero, na perspectiva da CPI sobre o tráfico de órgãos humanos entra sempre a questão de transplantes. Ouvimos as pessoas que estão implicadas nessa questão de transplantes. Para transplantar, tem que ser diagnosticada a morte encefálica. E o senhor nos traz, diferentemente dos outros, essa defesa da hipotermia e a questão da apnéia. Nós estamos há algumas horas tratando disso.

Eu quero fazer uma pergunta em três fases, e o senhor me responde, por favor. O senhor é contra transplantes? Em que circunstâncias o senhor admite que sejam feitos os transplantes? E os critérios para determinar que esses pacientes sejam submetidos a transplante? Depois eu faço outras perguntas.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Então, vamos item por item. Primeiro, eu não sou contra transplantes. Eu não tenho nenhuma questão de ordem filosófica ou religiosa contra transplante. Eu tive um filho adotado que tinha um problema de medula óssea e foi submetido a transplante de medula óssea — infelizmente veio a falecer por rejeição da medula transplantada. Eu não tenho nada contra transplantes. O que tenho contra é a execução sistemática de teste da apnéia em pacientes em coma profundo, sem que se dê a essas pessoas a mesma chance que se dá a pessoas mais abastadas em hospitais mais favorecidos.

Existe uma terceira pergunta que ele selecionou?

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Essa sua última responde a segunda e a terceira, já que o senhor disse que não é contra e até refere-se a um caso na família. Eu perguntei qual é o critério que o senhor acha que deve ser adotado para que alguém seja submetido a transplante. A hipotermia, o primeiro tratamento; depois, os exames clínicos e depois o gráfico. Qual é a sua sistemática para admitir o transplante?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Então, deixa eu lhe dizer. Eu não estou envolvido em transplantes de órgãos. Eu sou um neurologista e me sinto na



obrigação ética e técnica de lutar pelo bem estar do paciente neurológico, especificamente do paciente neurológico que se encontra indefeso, em coma, no qual são feitos procedimentos antiéticos sem o conhecimento da família desse paciente. Eu tenho a obrigação de defender os meus pacientes neurológicos, eu não tenho a obrigação primária, que se coloca teoricamente acima do interesse desses pacientes neurológicos, de viabilizar o transplante de órgãos. E eu não sou conivente com a idéia de que o transplante de órgãos tem que ser preservado a qualquer custo, mesmo à custa da vida de pessoas que poderiam ser recuperadas e voltarem a ser cidadãs, inclusive votar em pessoas que vêm para a Câmara dos Deputados.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Volto a perguntar ao senhor, a insistir. O senhor admite os transplantes, até submeteu um filho adotivo ao transplante. Em um caso extremo a sua frente ou em alguma circunstância nos limites da sua aceitação, qual o critério para se dizer que o cidadão tem morte cerebral. O caminho é esse, vai ser transplantado? O senhor disse que admite. Então, por favor, queira explicar onde é que o senhor admite.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Eu vou lhe explicar exatamente, e eu gostaria de não ser confundido. Eu quero crer que eu vou lhe dar uma resposta objetiva. Em todas as culturas do mundo não se aceita como morto uma pessoa que é capaz de respirar. Portanto, em todas as culturas do mundo, para que se faça o diagnóstico de morte encefálica, requer-se o teste da apnéia. Eu estou lhe dizendo e expliquei por que, porque esse teste provoca paradas cardíacas, hipotensão severas em pessoas que quiçá sejam ainda recuperáveis. Esse teste não é ético sob o ponto de vista de qualquer avaliação ética médica, especificamente porque ele é feito sem que se antecipe nenhum benefício para o paciente que está sendo a ele submetido. O único benefício que se procura obter com o teste da apnéia é em relação a terceiros. E eu acho que ninguém aqui vai discordar de que o paciente que se encontra à nossa frente, quiçá ainda recuperável, tenha o direito à própria vida e de que a vida de terceiros não seja valorizada acima da vida dele.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - É. Eu não entendi direito a sua defesa. Eu não compreendi muito bem.



**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Eu gostaria de esclarecer, então. Pergunte-me de novo.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Estou olhando dois pais que tiveram os seus filhos submetidos a uma equipe médica e que doaram os órgãos dos seus filhos. Eles hoje questionam alguns encaminhamentos que foram feitos e alguns resultados. Mas, crendo nas leis, crendo na Justiça, querendo beneficiar a outras pessoas que necessitavam dos órgãos dos seus filhos, eles doaram os órgãos. O senhor também admite que isso possa acontecer, o transplante.

O senhor explana muito claramente sua tese. Como sou o Relator, preciso me esclarecer. Quero ver sua visão. Ou então fica claro que o senhor não admite, que o senhor deixou em relação àquele filho, mas que agora não admite mais em razão de descrédito ou coisa parecida. Então, veja bem. O senhor defende que no paciente que sofreu um trauma primeiro seja feito um trabalho de hipotermia, porque há resultados claros de que esses pacientes podem se recuperar. Mas admite que a lei exige a apnéia, e nós temos estudado esses outros métodos gráficos e os clínicos. Então, qual seria, forçosamente, em uma situação de transplante, o caminho que o senhor admitiria, acompanhado com a lei, tudo bonitinho? Qual? Eu quero compreender qual é a sua visão.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Todo transplante é ético desde que ele não pressuponha um prejuízo a terceiro. O filho que eu tive transplantado de medula, ele recebeu medula de uma pessoa viva, e se dá medula da mesma forma como você doa sangue. Não existe prejuízo nenhum à saúde do doador. Eu não aceito como ético qualquer transplante embasado na pressuposição de que alguém tenha sido prejudicado com ele. Eu não sei se eu fui claro aí. Para mim, está bem claro que transplante feito em cima de testes da apnéia não é ético, porque o teste da apnéia pode provocar a morte e que pretensamente deveria apenas diagnosticar. Eu acho que eu fui claro, mas se o senhor quiser mais alguma informação.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Não, eu entendo a sua defesa. Eu queria saber, no caso de fazer, qual é o testem que o senhor acredita, se a apnéia não é boa? Como é que se faz transplante? Como é que nós vamos ver a morte encefálica? Como é que nós vamos admitir que não seja em prejuízo de ninguém, mas em favor de outrem? Como o senhor admite que seja feito um



transplante? Quais os exames? É isso que eu quero saber. Quais exames? Não há nenhum hoje que sirva?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não há. Nenhum outro teste...

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Ah, pois diga, doutor, eu quero lhe ouvir, pois diga.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Mas eu estou lhe dizendo isso. Eu estou lhe dizendo que...

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Não, o senhor fez o discurso em torno disso, em torno da sua visão, que eu compreendi.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não existe um substituto para o teste da apnéia que venha a antecipar que essa pessoa se tornou irreversivelmente incapaz de respirar. Como a incapacidade definitiva de respirar é pressuposto para diagnóstico de morte encefálica em qualquer cultura, então não existe. Neste momento nós não temos condições técnicas viáveis de fazer transplante de órgãos, retirando órgãos vitais de pessoas, fazendo testes da apnéia para saber se eles podem ou não respirar. Isso porque muitos deles podem se tornar incapazes de respirar ao serem submetidos ao teste da apnéia.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Eu agora compreendi bem. Compreendi bem que o senhor acha que não temos ainda à disposição da população testes confiáveis, seguros para que as pessoas se submetam a transplante nesta Nação ou no mundo.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Perfeito, desde que você aceite que a capacidade respiratória é item fundamental para o diagnóstico de morte encefálica.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Só para tira uma dúvida. O Dr. Cícero tocou em um assunto interessante. Ele disse que — eu entendi, posso estar errado — existem casos, como no caso do ator Gerson Brener, que era um paciente em situação financeira privilegiada, personagem do mundo brasileiro, da sociedade... Ele foi submetido a um teste de hipotermia, e outros não têm essa oportunidade. É isso, doutor?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Exatamente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pois não, eu queria que o senhor me explicasse.





**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Sr. Presidente, queria assegurar a minha palavra. Só esses apartes aí. Eu quero continuar a minha inquirição, por favor.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Então, a palavra está com o Relator.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Eu vou conceder ao Dr. Manreza, já que ele solicitou. Pode fazer a sua colocação.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Desculpem-me. Eu só queria fazer dois esclarecimentos que acho pertinentes. Primeiro, torno a insistir que o teste da apnéia, que é obrigatório e que é feito no mundo inteiro, ele é feito como qualquer procedimento médico de diagnóstico invasivo. Ele está sujeito a riscos, mas o paciente ou o potencial doador tem que estar devidamente monitorizado. Então, eu estou vendo a oxigenação, estou vendo a capnografia desse paciente e estou vendo o traçado eletrocardiográfico e a pressão arterial. Se, em qualquer momento, durante a apnéia, começar... Eu não vou esperar o paciente ter uma hipotensão severa. Eu interrompo o teste. Ou eu uso drogas, que é o procedimento que não fazemos. No nosso hospital nós interrompemos o teste, achamos que esse paciente não vai suportar. E, seguramente, se prosseguirmos, talvez até ele tenha uma parada. Mas não vamos pagar para ver. De formas que nessas condições é um teste perfeitamente possível.

Agora, a realização de hipotermia em todos esses pacientes inviabiliza totalmente o diagnóstico de morte encefálica, porque em um paciente com hipotermia o diagnóstico de morte encefálica não é válido.

E uma outra coisa que eu queria falar... Era o mais importante, e eu acabei me perdendo.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Mas o senhor fica procurando e em seguida o senhor também pode fornecê-la.

Dr. Cícero, o senhor acredita que, adotando a técnica da hipotermia, não havendo posterior reação positiva do paciente, a demora ou outras condições clínicas acabariam por inviabilizar a captação de órgãos ou haveria somente, em tese, redução de órgãos disponíveis?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Por gentileza, repita a sua pergunta.



**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - O senhor acredita que, adotando-se a técnica da hipotermia, não havendo posterior reação positiva do paciente — aplicou, mas não houve reação positiva do paciente —, a demora ou outras condições clínicas acabariam por inviabilizar a captação de órgãos ou haveria somente, em tese, a redução de órgãos disponíveis?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - A sua pergunta é completamente, vamos dizer assim, elucubrativa. Se eu for responder, eu vou dizer que é uma opinião, mas é uma opinião não embasada em fatos, porque não foi feito nenhum estudo para saber quantos pacientes que chegam ao ponto de ser submetidos ao teste da apnéia e não foram e, sendo submetidos à hipotermia moderada de curta duração, se recuperam. Não se sabe quanto, a partir da indução da hipotermia, quanto tempo você deve esperar para saber qual é o último que vai se recuperar. Esse tipo de trabalho não existe na literatura médica. E se eu for lhe responder essa pergunta, se a minha opinião é esta ou aquela, eu vou apenas lhe dar uma resposta opinativa. Como o assunto é extremamente sério, eu prefiro não responder dessa forma.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Tudo bem, respondeu.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pastor Pedro, Deputado Relator, eu não sei se eu entendi a sua pergunta. Mas, pelo que eu entendi, o paciente submetido ao teste de hipotermia, não havendo a reação positiva do paciente, esse teste aplicado, esse tempo que foi utilizado para que o paciente fosse submetido ao teste de hipotermia não estaria inviabilizando que ele se tornasse, depois de submetido ao tratamento de hipotermia, ao transplante. Se isso prejudicaria, pelo fato de ele ter sido submetido ao tratamento de hipotermia, comprovando, não houve reação realmente, está com morte encefálica mesmo, esse tratamento estaria inviabilizando a possibilidade de esse paciente ser um doador?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não, mas é obvio que, como você não sabe como que está a circulação cerebral no momento em que você faz a hipotermia cerebral, ele de repente pode se o caso número um que citei, ele pode já estar desde as primeiras horas após o trauma já com zero de circulação cerebral. Essa pessoa você vai submeter à hipotermia, ele não vai ter reação alguma. Como você não sabe, você vai submetendo à tentativa e vai querer saber se vai se recuperar ou



não. Quanto tempo que você vai esperar? Na hora que você estiver esperando, é possível que esse paciente venha a sofrer parada cardíaca e não possa ser mais transplantado. Na tentativa de salvar um paciente, muitas vezes ele morre no decorrer dessas tentativas. Essas tentativas revelam-se infrutíferas, e ele acaba vindo a falecer. Então, é claro que eu imagino que isso vá diminuir a quantidade de pessoas que são doadores de órgãos, sim, mas eu não posso lhe dizer isso com certeza. Isso não foi feito.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Não. Mas a parada cardíaca pode ocorrer em qualquer situação, até durante a aplicação do teste de apnéia.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Sim. Mesmo durante a hipotermia.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - A pergunta é a seguinte: a dificuldade ou a negativa, por exemplo, de o Conselho ou dos médicos em aplicar o teste de hipotermia teria alguma relação, por exemplo, de um paciente submetido ao tratamento de hipotermia, mesmo que não houvesse a reação? Sim, não houve reação. Então, a hipotermia não resolveu o problema dele. Vamos aplicar o teste de apnéia. Correto?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Sim.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Para constatar a morte encefálica.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Sim.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - O.k., constatou a morte encefálica. Está morto, a família autorizou a doação, o paciente está apto a ser doador. O tratamento de hipotermia a que ele foi submetido implica na possibilidade de ele, depois de constatado que não houve reação, foi aplicado o teste de apnéia, foi constatada a morte encefálica, implica em ele ser o doador depois ou não?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Você disse: impede ele de ser um doador depois?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Isso.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não, não creio que impeça de ser um doador depois.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - O.k.



**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Agora, esse tempo de espera não foi determinado.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Teria que se ver, no caso, há quanto tempo que ele morreu para ver se os órgãos podiam ser aproveitados.

O Dr. Manreza quer participação.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - É que foi feita uma afirmação que não é verdadeira. Não é somente as pessoas abastadas que têm acesso a tratamentos de ponta. O caso do Brener, que foi citado como exemplo, é um exemplo extremamente infeliz, porque foi um ferimento por projétil de arma de fogo. E foi feita uma hipotermia por uma séria de outras condições, mas é um paciente que nem de longe lembrava a morte encefálica ou era um paciente inviável.

No Hospital das Clínicas nós temos condições, em outros hospitais...

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - O paciente ficou em coma bastante tempo, o Brener.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Ele ficou com coma induzido, porque ele teve perda encefálica.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Eu pergunto ao senhor: se ele não fosse submetido à hipotermia, ele teria voltado?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Ele teria voltado, mas com mais lesões, porque, na realidade, o que aconteceu com ele foi que ele teve uma parada respiratória pela própria posição. Então, o trauma de crânio dele foi relativamente insignificante. A maior agressão que ele sofreu foi a parada.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Então, o senhor quer dizer que, no Brasil, os médicos, os hospitais públicos...

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, alguns hospitais.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Os hospitais públicos, então, já submetem alguns pacientes ao teste de hipotermia?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Alguns pacientes. Mas aquele entusiasmo inicial se arrefeceu, infelizmente. E outra coisa, uma vez estabelecido esse tratamento, pelo conhecimento que temos dos traumatismos cranianos graves, não pode ser inferior a 4 ou 5 dias. De forma que, optando por um paciente que vai se fazer a hipotermia...



E o que eu poderia sugerir, então, diante de tudo, com aquele paciente que tem constatada a sua inviabilidade, em que é feito o exame e que tem qualquer tipo de desconforto no teste de apnéia, é que esse teste de apnéia então seja suspenso, como é normalmente. Então, esse paciente pode perfeitamente ser submetido à hipotermia, não como teste, como tentativa de tratamento.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Não, mas aí o que o Dr. Cícero está consertando é justamente isto: que o paciente seja submetido ao tratamento de hipotermia antes do teste de apnéia. Se for feito o teste de apnéia, depois da hipotermia, que não deu resultado, aí não adianta.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Mas acontece que um paciente devidamente monitorado o meu teste não vai prejudicar, porque eu estou vendo que ele não está tendo hipotensão.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Só vai fazer parada cardíaca, hipotensão severa.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não vamos discutir medicina aqui.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Eu gostaria de continuar, para concluir. Vou viajar logo mais.

Dr. Cícero, uma das visões que nós temos aqui no nosso Relatório da CPI é propor mudanças na lei para melhor. Já que temos que mexer na lei, o senhor acredita que a lei deveria proibir o teste de apnéia?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Sim.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Sim?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - O problema é o seguinte. Você acha que precisa fazer uma lei para dizer assim: um teste que não traga nenhum benefício para um paciente, que possa matá-lo, deve ou não deve ser feito? Precisa de uma lei para fazer isso? Vou lhe devolver a pergunta. Se o senhor, sob o ponto de vista legal, achar que deve, ou se isso deve ser perguntado a algum advogado?

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - É, mas eu vou me limitar a lhe perguntar, porque o meu papel é esse, e o seu de responder. O senhor acredita que a lei deveria obrigar o médico a utilizar o tratamento de hipotermia em alguns casos? Se sim, em quais casos?



**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Não sei, a gente está entrando em um terreno... Você está me perguntando se a lei deveria fazer isso. Eu não sou um advogado, eu prefiro não responder a pergunta. Eu acho que o senhor deve perguntar a um advogado.

Eu estou lhe dizendo que, como médico, eu não acho ético.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Doutro, eu queria que o senhor se desarmasse, porque o senhor não está tratando com o inimigo não. E nós também não estamos com elucubrações, doutor. Defenda a sua tese com serenidade. O senhor tem condições...

*(Intervenção inaudível.)*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Eu não perguntei ao advogado, estou perguntando a ele. O senhor aguarde o seu tempo.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Por favor, Pastor, Deputado, só para a gente controlar aqui. Dr. Cícero, Dr. Celso, nós estamos em um debate. Eu sei que nós vamos vivendo o calor. Nós temos três pessoas que foram convidadas aqui.

Já que nós estamos em um debate, eu quero aproveitar até o intervalo, Pastor Pedro Ribeiro, Relator — o senhor vai continuar com a palavra —, e nós vamos convidar o Dr. Celso para fazer parte da Mesa, que já vai falar também na condição de testemunha. Então, tudo que ele falar vai ficar registrado nas notas taquigráficas.

Queremos convidar neste momento o Dr. Celso Coimbra para fazer parte da Mesa. Ele vai ter oportunidade também de prestar o juramento e, logo em seguida, participar do debate.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Sr. Presidente, eu acredito que não haja a menor flexibilidade de se flexionar o procedimento da Mesa, porque o Dr. Celso extemporaneamente quer falar. Há uma sistemática, desculpe, Sr. Presidente, nesta Mesa, e a sistemática é primeiro o cidadão prestar o juramento, fazer o arrazoado dele, depois nós ouvirmos. Então, eu acho que a Mesa não precisa se curvar a qualquer impulso de qualquer convidado, porque esta Mesa tem autoridade para falar extemporaneamente, na hora que quiser. Se o senhor vai fazer isso, eu aceito, mas fica o meu protesto e o meu conselho: não faça isso de novo,





porque eu fiz uma pergunta médica a um médico, pedi uma opinião médica. Ele não está sob lei, iria apenas dar uma opinião. Mas ele vem todo armado, não sei por quê. Aqui não tem inimigo, ninguém está ofendendo ninguém, doutor. Nós lhe ouvimos para melhorar o nosso trabalho.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - É que o senhor me fez uma pergunta...

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - ... pertinente. Vou repetir: o senhor acredita que a lei deveria obrigar um médico a utilizar o tratamento de hipotermia em alguns casos? Em quais?

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Eu estou lhe respondendo que a lei é uma matéria legal e eu sou um médico.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Não, meu irmão, a lei legaliza uma tese. Por exemplo, o senhor tem uma tese, e a tese é boa.

**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Mas existe uma lei que diz que você não pode matar uma pessoa. Você está dizendo que está previsto no Código Criminal que não se pode matar uma pessoa, mas você vai submeter essa pessoa a um teste potencialmente letal, sem nenhum benefício potencial para ela. Você está me pedindo e eu vou lhe responder, mas, se for criada uma lei, a lei seria redundante. Eu não sou um *expert* em leis, mas acho que seria uma lei redundante. Acho que isso deveria estar tipificado no código criminal brasileiro.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Relator, o Deputado Zico Bronzeado pediu uma questão de ordem, mas eu quero só esclarecer à Comissão que antes de haver este incidente nós havíamos chamado o Dr. Celso. Eu fiz o pedido ao Secretário Manoel Alvim porque ele foi convidado para participar desta sessão de depoimentos e o Relator disse que vai ter de se ausentar às 19 horas, para viajar. Como nós estamos num debate e ele é parte desse debate, nós íamos convidá-lo para fazer parte da Mesa. Ele ia prestar o juramento e, em seguida, participaria do debate. Ele não faria a explanação de 30 minutos, entraria direto no debate. A solicitação foi feita por mim, antes do incidente. Coincidentemente, o Deputado estava participando de um debate com o Cícero, então não teve condições de presenciar a minha conversa com o Dr. Celso Galli Coimbra. Sabemos da legalidade da sua fala como Relator. É só para que nós, depois de ouvirmos todo



o debate, não entremos em outra explanação, para começar um outro debate. Havíamos feito o convite anteriormente, Deputado Pastor Pedro Ribeiro.

Vou atender à questão de ordem do Deputado Zico Bronzeado antes de passar ao juramento do Dr. Celso. Em seguida, a palavra continuará com o Relator.

**O SR. DEPUTADO ZICO BRONZEADO** - Sr. Presidente, eu não queria chegar a este ponto, mas acho que a Mesa cometeu um pingue-pongue. O Relator fazia uma pergunta, o convidado respondia, depois passava a bola para outro etc. O procedimento, Sr. Presidente, é o Relator, ou o Deputado, fazer o relatório depois. Ele tem direito a fazer as perguntas que achar necessárias, e o médico tem o direito de responder, se necessário, se ele achar conveniente. Se o Relator, o Deputado Pastor Pedro, achar que a resposta não foi condizente, ele tem direito à réplica e à tréplica. A Mesa perdeu um pouco do jogo de cintura, porque as respostas têm de estar de acordo com o conhecimento de quem está respondendo, e as perguntas têm de ser feitas de acordo com a capacidade de quem está perguntando. Aqui não tem nenhum médico entre os 3 Deputados. Não estamos questionando conceitos clínicos, não é essa a nossa capacidade. Eu acredito que nós temos de ter o básico, e não tudo aquilo que nós pensamos. Eu acho que o Dr. Celso entrou por causa desse pingue-pongue, com que eu não concordo.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Não. Só quero lembrar ao Deputado que eu havia feito o convite a ele anteriormente.

**O SR. DEPUTADO ZICO BRONZEADO** - Eu concordo com V.Exa., só estou dizendo que o pingue-pongue está atrapalhando o trabalho.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Eu só o convidei antes para fazer parte da Mesa porque às 19 horas o Relator tem que sair.

**O SR. DEPUTADO ZICO BRONZEADO** - Três, quatro, cinco perguntas.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - E nós não vamos ter tempo de tomar um outro depoimento depois, para fazer o debate. Já que o assunto diz respeito à mesma questão e eu o convidei para a Mesa, ele vai fazer o juramento e tudo o que tiver a oportunidade de fazer em defesa já vai ficar registrado nos Anais desta Casa como parte integrante dos documentos que vão compor o relatório. Eu queria pedir vênias ao nosso Relator, para que nós pudéssemos fazer o juramento do Dr. Celso Galli Coimbra.



**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Quero só um aparte.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pois não.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Eu me mantive calado várias horas porque eu estava aquilatando a reunião, a conversa, antes de fazer minhas perguntas. O nobre Deputado Zico Bronzeado não estava no plenário e não assistiu ao trabalho da Deputada Laura. Foi feito assim. Eu esperei para ter o meu tempo de perguntar, e o Relator, pelo que eu aprendi, fala na hora que desejar. Além do mais, eu fiz perguntas pertinentes. Eu não me diminuo, à condição de achar que sou incompetente porque não sou médico, na hora de fazer as perguntas a um médico, porque sei o que eu estou perguntando. Eu não me sinto menor, de jeito nenhum, do que as pessoas a quem estou perguntando. Além do mais, estou revestido de autoridade para isso.

Meu querido, às vezes a gente assiste a coisas de que não gosta, é o jeito, e depois espera a conveniência. Infelizmente, Sr. Presidente, se o senhor agiu na hora certa, o Dr. Celso se manifestou alto, e isso é o que eu não aceito. Eu não aceito de ninguém, o senhor sabe disso, esse tipo de coisa, porque eu respeito todo o mund. Espero a minha hora para falar e sou conveniente, muito lógico. Eu me calo e ouço, e o tempo que eu puder ficar eu fico, mas quero fazer esse registro.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Com esse entendimento do nobre Relator, eu queria passar a palavra ao advogado Celso Galli Coimbra, para prestar o juramento. Logo em seguida vamos continuar o debate.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Faço, sob a palavra de honra, a promessa de dizer a verdade do que souber e me for perguntado. Estou aqui na condição de advogado de mais de uma centena de cidadãos brasileiros, para esclarecer o momento da irreversibilidade da morte encefálica. Estou constituído desde 1998 para isso, no Brasil.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - V.Sa. vai ter a oportunidade de falar sobre o assunto em seguida.

Com a palavra o Relator, para continuar suas interpelações.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Dr. Cícero, o senhor acredita que o teste de apnéia deveria ser expressamente autorizado pela família do paciente?



**O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA** - Como se trata de um procedimento de risco, que pode ser potencialmente letal, que não traz nenhum benefício para o paciente, eu acho no mínimo deveria ser apresentado à família um formulário em que lhe fosse explicado, de forma transparente, que pode acontecer hipotensão e parada cardíaca. Se mesmo assim, mesmo sabendo que não vai... A família vai imediatamente perguntar que benefício terá o seu familiar, e os médicos, necessariamente, se forem transparentes e honestos, dirão que nenhum. Eu acho que a mínima coisa que deveria ser feita é terem a honestidade e a transparência de, antes de fazer o teste de apnéia, abrirem a porta da UTI e apresentarem a autorização para ser assinada. Isso é o mínimo.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Obrigado.

Dr. Manreza, o senhor é transplantador, conforme pude entender. O senhor tem ouvido e participado do que nós temos perguntado? Esses procedimentos que antecipam um possível... ou um transplante... O senhor acha que o paciente, seus familiares, a população brasileira, mesmo que tenhamos o segundo melhor sistema de transplantes, um sistema vitorioso, estão esclarecidos acerca do transplante, prontos para doar órgãos?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Se o senhor me permite, eu queria fazer uma correção: eu não sou transplantador, muito pelo contrário, sou neurocirurgião, só lido com pacientes graves. A morte é o meu insucesso, o meu fracasso. Só por uma questão de obrigação, por ser diretor de um serviço num hospital que transplanta, é que eu me meti nisso. Na realidade, não tenho nada a ver.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - O senhor não transplanta.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Não, em que pese eu fazer parte de algumas comissões que procuram fazer o transplante com o consentimento, que são normas escritas para que o paciente autorize todos os tipos de tratamento com relação à morte encefálica, que é um procedimento diagnóstico, conhecido como qualquer outro procedimento. Seria assim: o paciente tem um derrame pleural, então eu preciso avisar à família que vou fazer uma punção, e que essa punção pode resultar em parada cardíaca, com todas as complicações inerentes. No caso de diagnóstico de morte encefálica, o teste de apnéia é parte do procedimento, e existem medidas seguras que me permitem fazê-lo com segurança, sem culminar



com um assassinato, porque senão realmente seria um assassinato. Se eu faço uma prova e o paciente que não estava morto morre, isso seria um absurdo. Na realidade, isso não existe. Torno a insistir que a prática é mundial. Essa lengalenga já está aí há 6 anos. Vários fóruns já foram acionados, e em momento nenhum se questionou nada além da verdade. O teste de apnéia pode potencialmente trazer prejuízos, então ele é suspenso, só isso.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Sim, agora eu gostaria de reformular a minha pergunta, sobre o seguinte. O senhor, que lida, trabalha num hospital que transplanta, é diretor desse hospital, o senhor sabe que são gastos milhões — meu Presidente sabe quanto é, eu não sei — para divulgar, para incentivar a Nação brasileira a doar. Estão sendo realizados muitíssimos transplantes na Nação, a ponto, como eu disse, de sermos o segundo país que mais transplanta. O senhor acha que a população está pronta? O senhor acha que há conhecimento? A cultura do transplante já foi infundida na população brasileira? Que a própria classe médica está devidamente motivada, está pronta para aproveitar esses milhões de órgãos que são disponibilizados na Nação? A lei é boa? O que poderíamos fazer com referência... Nós teríamos muitas coisas para passar para o senhor, que nós temos recebido aqui. Como está o transplante no Brasil e como está a população para participar desse processo?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Eu não sou uma autoridade para responder isso, mas o que a gente vem sentindo é que nós estamos muito aquém. O que sei é que o que se perde é muito em termos de transplante e de potencialidade. Os programas de televisão acabam tendo assim uma conotação... E acontecem coisas até interessantes, como, por exemplo, eu vejo lá no Hospital das Clínicas que tem um grupo de procura. Evidentemente, quando o paciente evolui mal, e ele evolui para a morte encefálica, nós nos desinteressamos por esse paciente, porque ele já está morto. Então, para isso foi criada uma equipe que cuida desse “paciente”, entre aspas, do paciente que já está morto, com a finalidade de transplante. E essa equipe não só cuida desses pacientes, como é responsável por uma série de procedimentos legais, inclusive intervir com a família para a doação. E o que a gente observa é que alguns transplantes têm uma doação até voluntária, quando tem uma novela na televisão com um transplante cardíaco. De repente, o transplante de pele,



por exemplo, a despeito de falar que é tirada a pele do dorso e já é tirada depois até de parada cardíaca etc., a recusa é próxima dos 100%. Tem coisas assim. Mas infelizmente a cultura médica ainda é má. Com toda a história da apnéia, na fase pós... O pessoal tem se queixado bastante. Na fase pós, se isso realmente... Em alguns locais, a doação caiu até em 60%, está certo? A própria classe médica tem estado extremamente temerosa. Eu sei porque eu lidava com 18 neurocirurgiões que trabalhavam no pronto-socorro. A grande maioria preferia adiar, fazia o teste de apnéia e falava que o doente ainda estava respirando. Então, realmente há um medo desses processos, dessas coisas. Então são até bem-vindas essas discussões, para que se chegue... para que não fique esse medo, esse tipo de pressão que a gente vem sentido e que acaba prejudicando, ou de um lado ou de outro. Alguém vai ser prejudicado.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - O senhor poderia passar para nós o que o senhor entenderia que esta CPI poderia contribuir para esse sistema?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Bom, uma delas seria pôr uma pá de cal sobre esse assunto, nem que se exaurissem todos os fóruns adequados. Seria o Conselho Federal. O Conselho Federal tem uma câmara de morte encefálica, uma câmara técnica. Então, eles têm que trazer aqui, e tenho certeza de que não vão trazer nada diferente. Até, por coincidência, eu estive com eles na semana passada, justamente discutindo esse caso do anencéfalo. E eu acho que tem que ser feita. Então esse fórum seria o ideal para se terminar... Por exemplo, quando o Dr. Cícero fala que a prova de apnéia é antiética, eu discordo, porque quem normatiza a ética ou não é o Conselho Federal de Medicina. Então, se ele aprova, ela não é antiética, está certo? Então, essas coisas precisam ser... Mas precisaria ser realmente... Essa polêmica tem trazido muitos prejuízos, no meu modo de entender, e eu acho que isso tem que ser terminado.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Dr. Manreza, nós temos ouvido aqui vários médicos, inclusive o pessoal do Hospital de Base. O Hospital de Base é um hospital que transplanta. Esteve agora suspenso, por alguma razão, mas estão transplantando rins. Eu fiquei impressionado ao ler a face deles e ao ouvir as palavras de que há uma frustração enorme. Pelo que nós levantamos de um caso





que estamos analisando, tem havido, digamos, muita negligência no processo da operação. O senhor já constatou isso também, dentro dos hospitais?

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Nós temos um processo extremamente grave, que ainda está em processo judiciário, e São Paulo ganhou muita notícia quando houve a denúncia de uma série de transplantes feitos num hospital em Taubaté. Não sei se o senhor está lembrado.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - É, conheço.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Nessa época, foram encaminhados para lá 6 pacientes. A denúncia foi feita por um médico, então a notícia acabou tendo até um pouco mais de consistência, já que era uma queixa técnica. Eram várias as queixas, e tinham sido feitas até na maternidade, onde havia um índice de infecção menor. Falaram até de tráfico de órgãos, na época, e fizeram a acusação de que os doentes não preenchiam os conceitos de morte encefálica. Eu fiz parte da câmara técnica, ou melhor, da perícia, eu e 2 outros neurocirurgiões, que analisamos os 6 casos. Isso está escrito. O Conselho Federal de Medicina tem um relatório nosso. Infelizmente, desses 6 casos, 4 não preenchiam os conceitos de morte encefálica, não havia comprovação... Enfim, não preenchiam.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Quatro casos.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Quatro casos. Isso não quer dizer que tenha havido uma conivência, uma precipitação. Acredito até que o caso tenha sido de incapacidade, mas, enfim, não cabe a nós julgar isso. Eu sei que o processo ainda está em andamento, pela morosidade, e que o caso é extremamente desagradável. De qualquer forma, nós demos o parecer, eu e outros 2 colegas, o Prof. Gilberto Machado de Almeida e o Dr. Sérgio Pittelli, que hoje, além de neurocirurgião, é também advogado. Mas esse é o único processo de que eu tenho notícia. É extremamente desagradável, mas ainda não teve um final.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Nós vamos ouvir esses médicos aqui. Um deles nós já ouvimos, numa oitiva em São Paulo.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Ah, os senhores já ouviram esse caso?

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Já, sim.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Então devem ter visto o meu parecer.



**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Certamente. Eu não estou lembrado do que li. Um deles está envolvido numa série de problemas outros, em São Paulo.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - O que mostra a minha isenção total. Esse caso foi realmente uma coisa séria, muito séria.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - Sr. Presidente, eu estou satisfeito. Obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Como o Dr. Manreza falou sobre câmara técnica e conceito de morte encefálica, eu queria então aproveitar — até havia pedido um aparte ao nobre Relator — para inserir no assunto o Dr. Celso.

Eu pediria ao Dr. Celso Galli Coimbra que falasse sobre o conceito de morte encefálica da câmara técnica do Conselho Federal de Medicina. O senhor, como estudioso do assunto, o que tem a nos dizer?

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Obrigado pela oportunidade de me manifestar. Boa noite a todos. Vou começar fazendo uma intervenção muito objetiva, e gostaria que o Dr. Manreza prestasse toda a atenção nas minhas palavras.

Eu estou acusando de homicídio culposo quem quer que faça teste de apnéia no Brasil, e estou acusando de homicídio culposo os gestores do Conselho Federal de Medicina responsáveis pela Resolução nº 1.480/97, que determina seja feito o teste de apnéia de 10 minutos. Estou acusando na condição de advogado, e tenho provas. Já fiz esta acusação no Ministério Público Federal, por escrito.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Eu queria dizer ao Dr. Celso que ele pode ficar tranqüilo e falar sentado.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Mas vou precisar ir até ali para pegar uns documentos.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Então o senhor pode ir pegá-los, depois continua com a palavra.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Certo. Um momento, então. Esses documentos que estão ali eu vou deixar com a CPI. *(Pausa.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Antes de o Dr. Celso iniciar sua falar, eu queria convidar o Dr. Manreza a continuar aqui. Ainda não terminamos.



**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Eu vou lhe entregar esses documentos. Isto aqui é cópia da última interpelação judicial que previne responsabilidades civis e criminais, ajuizada por mim em nome de mais de 100 pessoas — e tenho bem mais procurações do que estas.

Isto aqui, 3 anos depois de ajuizada a terceira interpelação, uma denúncia do caráter homicida do teste de apnéia, homicida que foi publicado, não era sigiloso. Nunca me processaram por causa disso, e, se me processassem, eu provaria que era mesmo. Está aqui, publicado no dia 5 de outubro de 1997.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Eu vou precisar interromper o Dr. Celso novamente, para pedir que alguém traga a pasta do senhor, com os documentos. Assim o senhor não precisa ficar se deslocando.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Sem dúvida. Onde eu posso colocá-la?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Vou pedir à assessoria da Secretaria da Comissão...

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Facilitaria, realmente. Onde é que eu posso deixá-la?

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pode ser ali. Eu queria que o senhor ficasse de frente para...

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Eu quero deixar estas cópias, entregues em mão, e este outro documento, que vou explicar melhor e já lhe entrego.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - O.K. Eu queria que o senhor ficasse de frente para o Plenário, porque nessa posição fica mais fácil.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Pois não.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - A documentação próxima facilita a locomoção.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - A primeira vez que eu fiz essa acusação foi em 17 de setembro de 1997, quando entrou a primeira interposição judicial com efeito de prevenir responsabilidades civis e criminais no futuro, retroativamente.

Vejam a situação criada: no momento em que estiver provado — e já provamos, no dia 1º de março deste ano — que o teste da apnéia tem caráter homicida, essas interpelações vão surtir efeito. A última interpelação entrou, como eu disse — está na sua frente a cópia integral —, no dia 17 de junho do ano 2000.



Ela apresentou respostas a um questionamento que o Ministério Público Federal ofereceu ao Conselho Federal de Medicina, e o Conselho de Medicina, usando de um jargão médico, enganou o Ministério Público Federal na resposta. Foram apresentados uns 40 quesitos técnicos neurológicos, que, durante mais de 3 anos, o Ministério Público não apresentou ao Conselho Federal de Medicina, apesar de o próprio Ministério Público Federal estar intimado, também, na interpelação.

Em 18 de setembro de 2003, eu acusei o Ministério Público de estar potencialmente sendo conivente com a morte de um universo indefinido de pacientes no Brasil. Então o Ministério Público Federal apresentou esses quesitos, e o Conselho Federal de Medicina teve de responder-lhe. Respondeu assim: se perguntaram “a”, ele respondeu “b”; se perguntaram “b”, ele respondeu “a”, e levou respostas fraudulentas para dentro do Ministério Público Federal.

Na réplica, nós provamos a fraude do Conselho Federal de Medicina em sua defesa. É sua obrigação defender o seu diagnóstico, porque, dentro do Direito, quem tem de defender o diagnóstico é o autor do diagnóstico, quem tem de provar que o diagnóstico não causa mal à saúde ou perigo de vida é o autor do diagnóstico. Ele então teve de fazer a defesa. E respondeu, mas de forma fraudulenta. Não estou usando uma palavra forte, dado o conteúdo deste documento, protocolado dia 1º de março de 2004, quando se provou, ao longo de mais de 100 páginas, que o Conselho Federal de Medicina estava mentindo nas respostas aos quesitos que esperavam há mais de 3 anos para ser apresentados.

Agora vou abrir um parêntese e pedir ao senhor que fique com mais estes documentos, que o Dr. Alcides Manreza conhece bem, pois foram conseguidos num processo judicial em São Paulo, na 17ª Vara Federal: as atas da Comissão Técnica da Morte Encefálica, que ele mencionou em suas palavras, de 21 de janeiro de 1998 e de 11 de 2002. Estes documentos são muito elucidativos do que significa morte encefálica para o Conselho Federal de Medicina, e o Dr. Manreza é membro-conselheiro do Conselho Federal de Medicina.

Neste documento que estou lhe entregando, que é um documento judicial, existem declarações de colegas do Dr. Manreza, pessoas que elaboraram a Resolução 1.480/97, que determina como vai ser diagnosticada a morte do paciente no Brasil.



O Sr. Alberto Alan Gabbai, colega da Comissão Técnica da Morte Encefálica brasileira, disse o seguinte, e está nessas atas que eu lhe entreguei: *“Além disso, é fundamental entender também, infelizmente, no mundo atual, que o custo/benefício é uma coisa muito importante. Hoje em dia, o fluxo de dinheiro permeia todas as atividades humanas. Então, não só para mitigar o sofrimento do paciente, como para mitigar o sofrimento da família, também mitiga-se o gasto excessivo com diagnóstico de morte encefálica.”* Isso é homicídio. Ele confessou homicídio, e ele é membro da Comissão Técnica da Morte Encefálica, que fez, junto com o Dr. Manreza, essa resolução.

Eu estou acusando essas pessoas de homicidas, culposos, claro — negligência, imprudência e imperícia —, porque eles estão reconhecendo que não fizeram uma resolução séria, que fizeram uma resolução fraudulenta, e vou provar agora que ela é fraudulenta, para não acharem que eu estou usando palavras pesadas.

Sou um profissional do Direito e tenho de ter responsabilidade pelas palavras que uso. Por que foi fraudulenta? A Lei dos Transplantes, em seu art. 3º, delegou ao Conselho Federal de Medicina competência para redigir um procedimento declaratório de morte encefálica em 1997. Ela delegou competência não para desrespeitar as legislações do País, como o Código Penal, a Constituição Federal, o direito fundamental à vida, art. 121, que é o artigo do assassinato, do homicídio. Ela não deu competência para transgredirem a legislação do País, deu competência para respeitar a vida numa declaração de morte o mais próxima possível da realidade que a medicina pode alcançar em termos de conhecimento, de avanço científico.

O que aconteceu? Houve a terceirização da elaboração da Resolução nº 1.480. Praticamente privatizaram a Resolução nº 1.480. E, ainda mais, lançaram mão de uma fraude, porque quem redigiu o texto foram pessoas que quiseram manter um sigilo. Estão aqui os nomes deles: Pedro Paulo Roque Monteleone; Célio Levyman; Irene Abramovich; Clóvis Francisco Constatino; Roberto Alan Gabbai; Fernando Ferraz, representando Fernando Menezes Braga; José Roberto Pagura; Jaime Antunes Maciel Júnior; José Luiz Dias Guerpelli; José Luís Alcides Manreza, aqui presente; Dr. Luiz Augusto Franco de Andrade; Dr. Luiz



Celso Ferreira Vilanova; Dr. Ney Moreira da Silva; Dr. Paulo Hélio Mozillo; Dr. Reinaldo André Brant; Dr. Sérgio Domingos Pittelli; Dr. Sérgio Rosemberg; Dr. Wilson Sanvito; Dr. Antônio Carlos de Paiva Melo; Dra. Regina Maria Fernandes; Dr. Ernesto Lippmann.

O que eles fizeram? Estas são duas reuniões, mais ou menos com a mesma composição, em dias diferentes. Eles decidiram pelo anonimato, ou seja, não divulgariam seus nomes. Estes nomes eu obtive pela via judicial, porque não se sabia quem tinha feito a resolução. O CFM assumiu a autoria para si, mas não se sabia quem havia pensado o teor do texto.

O que de mais sério aconteceu, além do que eu já disse, foi que eles decidiram nessas reuniões, segundo estas atas que estou lhe entregando, decidiram permanecer anônimos e usar o nome e o prestígio das instituições hospitalares e de ensino a que pertenciam, para dar mais força à resolução. Isso é fraude, porque eles não tinham procuração de assembléia-geral, não tinham representação dessas entidades para lançar mão desse expediente que no Direito se chama fraude. Se a origem da resolução é uma origem viciada, o que se pode esperar? Foi feita uma ação entre amigos, anônima. Está escrito aqui que eles votaram pelo anonimato, para poder usar o prestígio das instituições a que pertenciam, hospitalares e médicas. Isso é fraude contra a vida das pessoas. Este vício de origem é muito grave, porque a lei não lhes outorgou esse poder. Isso é um abuso dos limites da competência delegativa que a lei lhes conferiu. E nessas duas atas da Comissão existem declarações apavorantes dos seus membros, e vou citá-las. O Sr. Alberto Alan Gabbai disse que se tratava de uma questão de custo/benefício, que a declaração de morte é uma questão de racionalidade econômica. É homicídio. Eu sustento a acusação de homicídio. E não é só essa a prova que tenho. Na página 911 do processo que está em São Paulo e também no material que eu lhe forneci, o Dr. Fernando Menezes Braga diz: *“A gente faz exame complementar porque precisa mostrar figurinha, principalmente para os outros colegas – quer dizer, estão enganando os outros médicos –, enfermeiros e, principalmente, o público que desconhece isso, senão, realmente, eles não iriam acreditar. Você precisa sempre mostrar figurinha”*. Wilson Luiz Sanvito diz assim: *“Eu acho que mais importante do que o diagnóstico é o prognóstico”*. Qual a diferença? Não existe diferença entre





diagnóstico e prognóstico. O Sr. Célio Levyman declarou: *“O teste da apnéia não é feito em 10 minutos”*. Na resolução que foi feita por essa câmara secreta, sigilosa, eles, Célio Levyman e o Dr. Manreza estabeleceram 10 minutos, sim. Vou mostrar agora que nem entre eles existe consenso a respeito de como declarar morte encefálica. São provas, e não mera discussão sobre Medicina. Sou advogado e, como tal, produzo provas. Tanto, que fiz uma acusação tão séria que V.Sa. vai ter que me processar, se não for verdade. Eu o acusei de homicídio culposo. Então, o Sr. Célio Levyman disse que *“o teste de apnéia não é feito em 10 minutos. Realmente, deixar 10 minutos sem respirar, naturalmente que o desastre será total. O teste da apnéia é feito com tempo muito menor”*. Depois, ele diz que é de 3, 2 minutos. Agora, eu gostaria que passassem o trecho do programa que foi ao ar na TV Cultura, dia 18 de janeiro de 1998 ou 1999.

*(Exibição de vídeo.)*

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Vejam, na própria Comissão Técnica Brasileira da Morte Encefálica, que tem essa origem viciada, fraudulenta, já não existia, sequer, consenso quanto ao tempo que deveriam fazer o teste da apnéia. Tanto é que um dos seus membros está dizendo, em público, que o teste da apnéia dura 2 ou 3 minutos, e que se não durasse esse tempo seria catastrófico para a vida do paciente. Na Resolução nº 1.480 consta o tempo de 10 minutos. E o Dr. Célio Levyman, junto com o Dr. Manreza, fez o teste da apnéia por 10 minutos.

Essa é uma forma decente, digna, transparente de tratar a nossa vida, a vida dos filhos de vocês? Não, não é. Isso é poder. E onde tem poder sem controle existem interesses econômicos muito sérios em jogo. Está presente nessa declaração de morte a questão econômica, porque ela tem como objetivo privilegiar terapias, atendimentos de alta complexidade e custos pagos pelo SUS. Inclusive, posso dizer que o SUS, hoje, está financiando tráfico de órgãos, graças a essa declaração feita de forma fraudulenta e viciosa. Estou fazendo acusações sérias, e já as fiz no Ministério Público Federal. E não quero que fujam delas. Essa história de ficar achando que o problema é só médico não é verdade, o problema é de todos nós, porque vamos ser vítimas desses desacertos.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Eu vou pedir a V.Sa. que fale sempre perto do microfone, porque a reunião precisa ser gravada.



**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Esses desmandos, esse autoritarismo, esse excesso de concentração de poder no meio gestor médico, que se reflete, inclusive, numa censura férrea, inquisitória, tipo torquemadesca, sobre os médicos, demais médicos que realmente estão aí trabalhando, não são médicos políticos... Essa censura consta do Código de Ética Médica — e eles dizem que fazem ética. Mas não existe ética que vai contra a lei, contra a Constituição Federal, contra o Código Penal. O art. 133 do Código de Ética Médica estabelece o seguinte: “*É proibido vincular conhecimento médico fora dos meios competentes*”. Fora dos meios competentes quer dizer fora do meio médico. E, daí, tem todas as outras resoluções de censura ao conhecimento médico, que pertence à sociedade, gerado no meio social, apropriado por um grupo gestor político, dentro da medicina, que persegue e engana os demais médicos — como mostrei aqui: para mostrar figurinha, fizeram a resolução, porque senão os demais médicos não iriam acreditar. Está aqui, preto no branco.

Lembrem-se de que fiz acusação de homicídio para todo médico que fizer teste da apnéia. Fiz acusação de homicídio culposo para todos os responsáveis pela Resolução nº 1.480, com os 10 minutos de teste da apnéia. E não quero que isso seja ignorado. O assunto é jurídico, sim, porque produzi provas que estão fora do meio médico. Graças a essa produção de provas, e produzir provas diz respeito a minha profissão, é o que eu sei fazer, V.Exas. estão tomando conhecimento do assunto.

Agora, vou falar sob o ponto de vista jurídico e não na condição de médico. Quando se chega a uma situação de provar que não existe consenso numa declaração de morte, que não é uma declaração de gripe — e essas atas falam muito a esse respeito —, do ponto de vista do Direito Penal, não se pode mais usar esse diagnóstico. E eles próprios reconheceram nas atas que eu coloquei na frente do Presidente da CPI. Está reconhecido ali que “*antes de mais nada, o que está em jogo é a imagem da medicina, não é a saúde do paciente.*” São palavras deles. Está ali, preto no branco, naquelas atas. O assunto é jurídico. O problema não está limitado apenas ao meio médico, faz parte, sim, de um tripé bem definido, para poder funcionar: numa ponta, o meio médico; na outra, o meio jurídico, omissis; e na outra ponta, os meios de comunicação, que só passam um lado da informação.



Juntando essas 3 pontas, V.Exas. têm todo o problema. Não se trata apenas de assunto médico, é também assunto médico. Se provo que não havia consenso entre os médicos quando exigiram unanimidade naquelas atas... eu nem quis provar que não havia unanimidade, provei apenas que não havia consenso.

No dia 20 de maio de 2003, houve um debate entre o Presidente da Câmara Técnica da Morte Encefálica e eu na Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul — vou juntar aos documentos tanto a gravação quanto a degravação. Durante a reunião, ficou claro, como ficou claro aqui, que o Dr. Alcides Manreza não teve a menor condição de enfrentar qualquer argumento técnico ponto a ponto, fez apenas ataques pessoais, procurou passar o tempo. Não quis confrontar ponto a ponto. Agora estou fazendo acusação de homicídio culposo: negligência, imprudência, imperícia. Defendam-se ou me processem. E já apresentei denúncia ao Ministério Público.

Nessas atas, fraudulentas, viciadas, a terceirização da terceirização, está a origem de toda a podridão que vai se refletir no tráfico de órgãos. No dia 1º de março o Conselho Federal de Medicina foi simplesmente triturado. O Dr. Manreza fugiu de responder aos trinta e poucos quesitos que apresentamos ao longo de anos, até que fossem opostos a eles, e ainda procuraram socorro da Academia Nacional de Neurologia. Foram triturados, de forma didática, o tanto quanto possível, em mais de 100 páginas de análise. A partir do momento em que o Conselho Federal de Medicina — e o Dr. Manreza é membro deste Conselho também, portanto ele está aqui representado — lança mão de mentiras, de fraudes, para defender um diagnóstico, eu não posso mais dizer que ele está apenas errando, existe má-fé. Se existe má-fé na defesa de um teste potencialmente homicida, pelo menos para dois terços — e ele não enfrentou nenhuma das 3 hipóteses expostas, ficou apenas fazendo ataques pessoais, temos em mão cartas de vários médicos de peso do Brasil e do exterior assumindo posição clara a respeito do assunto —, sem meias palavras: é homicídio, sim, está matando, não dá para continuar a usar. Mas eles censuram.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Dr. Celso, V.Sa. disse que nesse documento consta declarações de outros médicos brasileiros...



**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Sim, eu vou lhe passar todo esse material. Creio que ele poderá esclarecer muitos fatos, ajudará e muito no trabalho desta CPI, já que estou apresentando aqui vício de origem. Desde quando uma lei federal pode delegar uma competência por um ser anônimo que, ainda por cima, quer usar o nome de instituições médicas e hospitalares para fazer acreditar naquilo que eles estão declarando ser uma pessoa morta?

E vou mais longe. Dr. Manreza, V.Sa. fez por onde conseguir isso. A partir de 1º de março de 2004, depois desse documento e de tudo o que aconteceu antes, a institucionalização do tráfico passou a ser feita pelo próprio Conselho Federal de Medicina, antro da medicina, quando defendeu de má-fé o teste da apnéia. Digo de má-fé na medida em que mentiu para defender a aplicação do teste, não usou de transparência, o que estávamos cobrando de V.Sas. Vamos esclarecer o assunto, vamos ver quem está errado. Mas desse jeito, secreto, sigiloso, não dá para continuar. V.Sas. não têm esse poder que pensam ter. Esse poder desaparece ao se dizer: o rei está nu.

**O SR. DEPUTADO ZICO BRONZEADO** - Sr. Presidente, peço a palavra.

**O PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pois não, nobre Deputado Zico Bronzeado.

**O SR. DEPUTADO ZICO BRONZEADO** - Esta não é uma reunião para acareação. Peço ao Dr. Celso que se dirija aos membros da CPI e não ao Dr. Manreza. Essa atitude confunde os trabalhos.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Estou me reportando aos membros da CPI. Trata-se de uma audiência para produção de provas.

**O PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Dr. Celso, para facilitar, peço a V.Sa. que se sente e se dirija aos Parlamentares.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Estou produzindo provas que levaram muitos anos e custaram muito para serem produzidas.

**O PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Dr. Celso Galli Coimbra, a impressão que temos é de que V.Sa. está se referindo apenas ao médico, já que fala olhando diretamente para ele.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Não, não. Eu deixei claro...



**O PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Quero apenas pedir a V.Sa. que se dirija a todo o plenário. Esqueça-se de quem está na Mesa.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Sim. Mas não posso esquecer que quem está na Mesa faz parte da Comissão que elaborou essa resolução e também é representante, sim, do Conselho Federal de Medicina.

**O PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Dr. Celso Galli Coimbra, para que haja oportunidade de defesa e de se questionar o que está sendo abordado por V.Sa., passarei a palavra ao Dr. Luís Alcides Manreza, por 5 minutos. Depois, V.Sa. terá direito à tréplica.

**O SR. LUÍS ALCIDES MANREZA** - Agradeço a oportunidade.

Deixa-me feliz o interesse da Câmara pelo assunto. Torno a insistir que tem de ser colocado um fim nisso. Em momento nenhum fiquei preocupado, para mim foi hilária a notícia desse processo, mas saio muito aliviado. Pareceu-me um oportunismo. Agora tenho certeza não só do oportunismo como da falta de consistência.

Em primeiro lugar, não sou nem nunca fui membro do Conselho Federal de Medicina, infelizmente, porque me dedico integralmente à universidade. Nunca fui membro do Conselho Regional de Medicina. Pertenci à Câmara Técnica e sou assistente técnico. Hoje pertenço à Câmara Técnica de Neurocirurgia.

Essa ata a que se referiu não foi secreta, nenhuma sociedade secreta. Na realidade, o Conselho Federal de Medicina fez o conceito de morte encefálica. Passado algum tempo, devido às acusações do Dr. Cícero, foram feitas duas reuniões: uma com ele e outra em que foram convocados luminares da neurologia, a quem, lamentavelmente, o senhor se referiu com muito desrespeito. O Prof. Gabay é chefe do seu irmão, o Prof. Wilson Sanvito é professor titular da Santa Casa. O senhor citou o professor titular de neurocirurgia da Escola Paulista de Medicina, Fernando Braga. Por favor, respeite-os. São pessoas de muita credibilidade.

E a reunião não foi secreta. O Conselho Federal ficou muito preocupado e pediu que se fizesse revisão dos conceitos, se haveria necessidade de se rediscutir alguns dos pontos do conceito de morte encefálica. Todos esses indivíduos foram convidados, nenhum deles é membro, à exceção da Dra. Irene Abramovich e do Dr. Célio Levyman.



Com relação àquele episódio, realmente foi anedótico. Lamentavelmente, o Dr. Célio Levyman, nessa entrevista à televisão, que, aliás, é o foro de se discutir morte encefálica para alarmar a população, foi muito infeliz. Ele não tem proficiência no assunto de morte encefálica, mas lamentavelmente foi convidado. Realmente ele meteu os pés pelas mãos, quando falou do tempo de 2 a 3 minutos. Foi um erro grave. Muito mais grave é o seu erro de falar que são 10 minutos. Não são 10 minutos. Se tivesse prestado atenção ao que eu expus, saberia que eu disse que o limite é a dosagem do gás carbônico, quando se chega a 55 milímetros. Em condições de apnéia, a PCO2 cresce 3 milímetros por minuto, portanto, em 10 minutos, cresce 30. Normalmente, fazemos a dosagem do gás carbônico no sangue. O paciente começa em 35, 40, vai-se levando até 55. Isso vai levar 3 minutos, 4 minutos, variando de paciente para paciente, dependendo muito da gasimetria inicial. Portanto, é um erro muito grave afirmar que o teste de apnéia é de 10 minutos. Ele pode até ser de 10 minutos. E ele é feito pelo tempo suficiente para subir a pressão parcial.

Fico muito aliviado de ver que realmente a acusação não tem consistência nenhuma. O senhor se apresentou como um especialista em apnéia.

O senhor disse que eu tentei denegrir o seu irmão. Apresentei o desmantelamento do trabalho dele. Está aí tudo por escrito. Eu o coloco à sua disposição, e o senhor vai sentir-se decepcionado com as coisas que foram feitas. Seria extremamente desgastante e moroso eu falar de tudo, inclusive boa parte do material está em inglês.

Estou absolutamente tranqüilo e sossegado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Com a palavra o Dr. Celso Galli Coimbra.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Vou fazer a seguinte observação: ele diz que não é secreto. Vocês ouviram. Então, por que eles quiseram permanecer em sigilo, sem saber quem são os que elaboraram o critério da morte encefálica? É uma contradição.

Se a pessoa é muito importante, se é isso ou aquilo, não vem ao caso aqui. O que vem ao caso é o que se pode provar, os fatos. Provamos que eles colocaram, como ele disse, uma pessoa desqualificada — agora é desqualificada — na Câmara





Técnica de Morte Encefálica. Ele confirmou que colocaram uma pessoa desqualificada na Câmara Técnica de Morte Encefálica.

Creio que o Dr. Levyman naquele momento disse a verdade, que faz mal e é catastrófico para a vida do paciente.

Não vi o Dr. Manreza, como ele insiste em dizer — e ele só diz, faz postulado de princípio —, confrontar os argumentos expostos aqui. Não confrontou nada. E a prova de que não confrontou está nesses papéis. O que foi exposto ali está transformado em perguntas aqui.

O que o Conselho Federal de Medicina fez foi patético. Ele mentiu para o Ministério Público. Como disse, foi perguntado “a” e ele respondeu “b”. Ele incorreu em 9 padrões de raciocínio fraudulento. Está provado aqui.

Agora vão levar a questão para o cosmético, esquecendo todo esse histórico comprometedor, um desvio de poder que ocorreu devido à uma delegação mal usada, vinda de uma lei federal. Não estou dizendo que a lei federal não possa dar delegação, mas tem de haver transparência. Quem deu a delegação tem compromisso com a sociedade e a população.

O grupo, ao contrário do que ele disse, é secreto. É muito estranho um grupo que não é secreto querer permanecer em sigilo. Está escrito ali. Ainda por cima, querer usar o nome das instituições e dos hospitais para colocar prestígio e força para que os colegas acreditem, para mostrar figurinha, para estabelecer relação de custo e benefício em cima de declaração de morte de paciente.

Quem mais vai morrer: paciente rico ou paciente pobre? E agora vamos mostrar bem claramente isso.

Uma coisa muito importante que considero e sugiro à CPI que verifique é a faixa socioeconômica dos doadores de órgãos com doação realizada de órgãos vitais únicos no Brasil. Essa é uma informação que as centrais de transplantes não fornecem a ninguém. É fundamental esta CPI verificar a faixa socioeconômica dos doadores que tiveram órgãos vitais únicos retirados, para saber o que está acontecendo nos transplantes. Por que existe o teste da apnéia? Em quem é feita essa apnéia? Em quem não é feita? Quem recebe hipotermia e não é feita essa apnéia? Talvez descubram um padrão e esse padrão informe tudo o que é preciso saber.



Em 28 de outubro de 1997, o Coordenador do Programa de Transplante da Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul, hoje o Coordenador Nacional de Transplantes, Roberto Schlindwein, declarou que *“a faixa etária dos doadores situa-se, na sua maior parte, entre os 15 e os 30 anos do sexo masculino. Setenta por cento dos doadores de todo o Estado vêm de cidades da periferia de Porto Alegre, até 50 quilômetros de distância da mesma.”* Essa declaração sugeria fortemente na época que os doadores com os órgãos retirados pertenciam de um modo geral a classes econômicas diferenciadas por seu baixo poder aquisitivo, pois até 50 quilômetros de Porto Alegre estão várias cidades dormitórios de população pobre.

Em 20 de maio de 2003, nesse seminário em que houve o primeiro contraponto público entre o Conselho Federal de Medicina, foi dito o seguinte sobre a atualidade desses dados: *“Agora, em torno de 60% das notificações de possíveis doadores são oriundas do interior do Estado do Rio Grande do Sul, não mais na região metropolitana. Isso não significa que tenha diminuído o número de notificações dessa região, mas aumentou no interior do Estado.”*

Faço o seguinte comentário: nessa última declaração, o Dr. Roberto chama a atenção que o aumento de 60% de notificações no interior do Estado do Rio Grande do Sul de potenciais doadores não é compatível com outro estilo de vida interiorana menos exposto ao traumatismo encefálico severo, decorrente de sua maior parte de acidentes graves. Então, a captação dos órgãos feita através de Centrais de Transplantes, no cotejo dessas informações que filtraram, é algo que precisa de investigação. Na minha opinião, uma investigação muito séria. A faixa socioeconômica dos doadores que efetivamente tiveram órgãos vitais únicos retirados.

Já foi provado no Ministério Público Federal, e essa prova está sendo alcançada, que falta consenso entre os elaboradores da declaração de morte encefálica a respeito dos seus critérios.

Um deles é quanto ao tempo. Dez minutos são catastróficos. O Dr. Manreza disse que não são 10 minutos. Se vocês lerem a Resolução nº 1.480 — e eu tenho a cópia da original — verão que está escrito ali 10 minutos.

Nas últimas semanas, foi noticiado na *BBC de Londres* a falta de transplantadores no Reino Unido, por causa de um documento que está no dossiê



desta CPI. Editorial da *Anaesthesia*, importante revista dos anestesistas britânicos, em maio de 2000, fez acusação e recomendou que se fizesse anestesia geral nos doadores para que eles não sofressem, devido à arbitrariedade dos procedimentos declaratórios de morte encefálica. O editorial está no dossiê desta Comissão, é só mandar traduzir.

Veja como são as coisas. Lá na Inglaterra, onde a mídia informa melhor, os médicos não querem mais fazer transplantes, ainda que pagos a peso de ouro. Tenho o editorial e vou entregá-lo. Está em inglês, mas o senhor poderá ver que é procedente. O Reino Unido, apesar de ser um país transplantador, não tem mais transplantador.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Para concluir, Dr. Celso.

**O SR. CELSO GALLI COIMBRA** - Há outros tópicos, mas o tempo é curto para isso. Já disse mais do que o suficiente. Fiz uma acusação de homicídio, que eu quero ver esclarecido.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Agradeço a presença aos depoentes. O tempo ficou curto devido à importância do assunto. A Comissão Parlamentar de Inquérito, a partir dos depoimentos prestados, vai analisar a possibilidade de outro convite e debate mais amplo com a presença de outros médicos para que possamos fazer o confronto da discussão travada nesta tarde. Vamos ouvir a opinião de todos.

Acredito que alguns assuntos, mesmo que não tenham sido esclarecidos por completo, foram úteis para que possamos formar juízo. Com certeza, aguçou dentro de cada Parlamentar que presenciou esta reunião a necessidade de continuarmos este debate com tempo maior.

Agradeço a presença ao Dr. Celso Galli Coimbra. Todos os documentos entregues farão parte dos Anais desta CPI. Agradeço a presença e a contribuição ao Dr. Cícero Galli Coimbra. Quero parabenizá-lo pela forma contundente com que tem defendido sua tese. Agradeço a presença ao Dr. Luís Alcides Manreza, que esteve conosco em outras oportunidades. Com certeza, debateremos ainda mais o assunto.

Os depoentes estão dispensados.

Informo aos Srs. Parlamentares que foi distribuída cópia da ata da 21ª reunião. Sendo assim, indago se há necessidade de sua leitura.



**O SR. DEPUTADO ZICO BRONZEADO** - Peço dispensa da ata, Sr. Presidente.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Dispensada a leitura da ata.

Em discussão a ata. *(Pausa.)*

Não havendo quem queira discuti-la, em votação.

Os Srs. Deputados que a aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)* Aprovada.

Há requerimentos a serem apreciados. Tendo em vista que sou autor dos requerimentos, passo a presidência dos trabalhos ao Deputado Zico Bronzeado.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Zico Bronzeado) - Item 1: Requerimento nº 55, do Sr. Neucimar Fraga, que solicita convocação dos médicos Dr. Mariano Fiore Jr. (neurocirurgião); Antônio Aurélio Carvalho de Almeida (neurocirurgião); Rui Noronha Sacramento (urologista) e Pedro Henrique Torrencillas (urologista).

Para encaminhar a matéria, concedo a palavra ao Deputado Neucimar Fraga, autor do requerimento.

**O SR. DEPUTADO NEUCIMAR FRAGA** - Sr. Presidente, apenas para ganhar tempo, solicito a esta Comissão, tendo em vista que os requerimentos são de mesma autoria, que sejam votados em bloco.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Zico Bronzeado) - Os requerimentos do Deputado Neucimar Fraga serão votados em bloco.

Requerimento nº 56/04, do Sr. Neucimar Fraga, que solicita convocação do médico Dr. Roosevelt Kalume, ex-diretor da Faculdade de Medicina de Taubaté.

Requerimento nº 57/04, do Sr. Neucimar Fraga, que solicita a convocação do Sr. Nivaldo Pereira, representante do Laboratório de Anatomia e Patologia Restrito.

Requerimento nº 58/04, do Sr. Neucimar Fraga, que solicita seja convidado o Dr. Marcelo Negrini, Promotor de Justiça da cidade de Taubaté, São Paulo.

Requerimento nº 59/04, do Sr. Neucimar Fraga, que solicita a convocação do Sr. Sebastião Raimundo Coutinho.

Para encaminhar, concedo a palavra ao Deputado Neucimar Fraga, autor dos requerimentos.



**O SR. DEPUTADO NEUCIMAR FRAGA** - Sr. Presidente, os requerimentos ora apresentados visa ouvirmos pessoas acusadas em alguns processos na cidade de Franco da Rocha e na cidade de Taubaté, para o bom andamento desta Comissão.

Solicito aos nobres Parlamentares a aprovação desses requerimentos.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Zico Bronzeado) - Em discussão os requerimentos. *(Pausa.)*

Não havendo quem queira discuti-los, em votação.

O Srs. Deputados que os aprovam permaneçam como se encontram.  
*(Pausa.)*

Aprovados.

Passo a presidência dos trabalhos ao Deputado Neucimar Fraga.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Nada mais havendo a tratar, vou encerrar a presente reunião.

Está encerrada a reunião.