

**Seminário de Bioética da Assembléia
Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul
20 de maio de 2003**

**PRESIDENTE DA COMISSÃO DE BIOÉTICA, DEP.
GIOVANNI CHERINI**

Morte Encefálica e transplantes de órgãos

Painelistas:

**Dr. Cícero Galli Coimbra
Dr. Solimar Pinheiro da Silva – CFM
Dr. Celso Galli Coimbra**

APRESENTAÇÃO DO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE BIOÉTICA, DEP. GIOVANNI CHERINI - (...) É com esse espírito de rede, de vida sistêmica, que instalamos nesta Casa a nossa Comissão de Bioética, que foi a primeira dessa natureza criada por um Parlamento no Brasil. Como tudo que é pioneiro sempre há o lado bom e o lado ruim. O lado bom é que tudo é novidade; o lado ruim é que muitas vezes não sabemos quais são os passos e por onde deveremos andar. O pioneirismo gera isso, mas estamos procurando dar um encaminhamento para esta Comissão de Bioética que seja do interesse da sociedade. Estamos buscando o máximo de pessoas ligadas ao setor, inclusive, desde o cadastramento, procurando encontrá-las, o que gera mobilização e trabalho.

Registro a presença do Presidente da Comissão de Saúde e Meio Ambiente desta Casa, Deputado José Farret, que é médico; do Coordenador da Divisão de Saúde desta Casa, Enfermeiro Luís Alberto Estima, homem que podemos dizer que trabalha com ética porque cuida das coisas do coração.

É uma satisfação enorme e uma alegria muito grande recebê-los aqui. Penso que, antes de discutirmos ética, se tivermos amor no coração, essa discussão seria bem mais leve, bem mais fácil.

Hoje teremos um dia intenso de trabalho. Agradeço aos palestrantes, às pessoas que vieram de longe para apresentar os seus trabalhos, as suas idéias. Temos um horário fechado, impreterivelmente teremos de encerrar a parte da manhã às 12h30min. Às 14 horas, reiniciaremos - exatamente no horário.

Convido a fazerem parte da Mesa o Deputado José Farret e a Deputada Jussara Cony, também uma batalhadora dessa questão de bioética; o Dr. João Carlos Pacheco, Procurador de Justiça do Ministério Público; o Dr. Solimar Pinheiro da Silva, neurologista, Coordenador da Câmara Técnica de Morte Encefálica do Conselho Federal de Medicina, painelistas, pessoa muito importante, que nos honra com sua presença e que certamente irá engrandecer esse debate; o Dr. Cícero Galli Coimbra, neurologista, que atua profissionalmente em São Paulo, recentemente recebeu o título de Médico do Ano pela Universidade de Cambridge e participou do recente Congresso Internacional de Neurologia em Barcelona; o Dr. Celso Galli Coimbra, advogado, trabalha há vários anos na área de Biodireito, com ênfase na questão da morte encefálica.

Agradeço a presença do Dr. Cláudio Brandão e Abílio, representando a OAB do Rio Grande do Sul; do Sr. Colombo Martins, da Presidência da Casa; do Dr. José Roberto Goldin, do Hospital de Clínicas; da Sra. Márcia Mocellin

Raymundo, representando o Conselho Regional de Biologia; do Dr. Honório Sampaio Menezes, representando a Ulbra; da Sra. Kátia Helena Lipp Nissinen, representando a Fepam; do Sr. Edison Capp, representando a Dra. Wrana Panizzi, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; do Dr. Délio José Kipper, representando a PUC e a Sociedade Rio-Grandense de Bioética; da Sra. Andréia Pulgatti Teixeira, do Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde; da Dra. Verena Nysgaard, Presidente da Fundação Zoobotânica do Rio Grande do Sul; da Dra. Martha Bernadette Feichas Alves, do Serviço Médico de Atendimento à Dor Crônica; da Dra. Anna Maria Hagel Ledur, representando o SIMERS; do Dr. Auro de Quadros Machado, representando a OAB do Rio Grande do Sul; da Dra. Ilsa Brans, do Instituto dos Advogados do Rio Grande do Sul.

Cada pessoa é muito especial para nós e terá aqui um espaço muito importante especialmente neste debate que trata da vida. Quando tratamos dessa questão, não podemos pregar uma coisa e fazer outra. Quem gosta da vida gosta do outro ser humano, e quem gosta do outro ser humano tem amorosidade pelo outro ser humano. Em nome disso tudo, especialmente dessa amorosidade, é que criamos a Comissão de Bioética aqui.

Por isso destaco essa ressonância que está acontecendo em relação a esta Comissão, que está tomando corpo e espalhando-se. Tivemos uma satisfação enorme com relação aos painelistas convidados. São profissionais altamente qualificados, com um excelente conceito dentro do País e no exterior, que prontamente acolheram o nosso convite para participarem deste evento - aliás, pioneiro nos Legislativos de todos os Estados - da nossa Comissão de Bioética.

O objetivo deste seminário é obter subsídios sobre esses importantíssimos temas que hoje serão abordados. Isso permitirá que o Poder Legislativo Estadual possa, com mais eficácia, cumprir a sua missão constitucional primeira, que é a elaboração de leis.

É inegável que a Biociência, de modo especial a genética, evoluiu de maneira fantástica nos últimos anos, enquanto a legislação atinente a esses assuntos ficou estagnada, sendo, em muitos casos, inexistente, tendo o Poder Executivo que fazer uso de artifícios como a medida provisória, no caso, relativa à soja transgênica e à sua comercialização.

Essa é uma visível demonstração de quanto o Poder Público precisa fazer para acompanhar questões tão importantes, já inseridas no nosso cotidiano, que tratam da vida e da ética.

Por sua vez, também o Poder Judiciário, que aqui está representado, aguarda pela elaboração de normas jurídicas que melhor esclareçam, regulem e resguardem **o interesse social em questões como a doação de órgãos vitais, transgenia, clonagem, morte encefálica, entre outros temas do chamado Biodireito.**

Quem assistiu ao programa *Fantástico* no domingo deve ter visto o quanto se enquadra a questão da doação tão-somente sob um ponto de vista, que é fantástico, que é o lado de quem recebe um órgão. Esse aspecto realmente é bonito, o de uma pessoa receber um rim, um fígado. **Porém, quando perguntaram ao médico que falava no doador se a pessoa estava morta ou viva, ele disse que, pela legislação brasileira, é considerada a morte quando o paciente está com morte cerebral.**

Certamente, esse é um bom tema a ser aprofundado em todos os sentidos, especialmente no que se refere ao envolvimento do Biodireito na questão da Biociência e a todos os pontos que os nossos palestrantes irão abordar.

Passaremos, então, ao primeiro painel. Passo a palavra ao Dr. Cícero Galli Coimbra.

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Sr. Presidente, em primeiro lugar, agradeço profundamente a V. Exa. pelo convite, bem como a toda a Comissão Especial de Bioética da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul.

Sinto uma satisfação especial por estar aqui porque sou porto-alegrense, formei-me como médico nesta cidade e fiz residência em clínica médica e em neurologia clínica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Dessa forma, é compreensível que sintam uma emoção ao estar falando na Assembléia Legislativa do meu Estado, no Município onde nasci.

Atualmente, sou médico neurologista do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, **onde oriento a residência em clínica médica e em neurologia. Sou professor, livre docente da Universidade Federal de São Paulo, do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia, onde exerço também as funções de orientador de pós-graduação em Neurociências.**

Antes de passar ao nosso tema, peço aos médicos, por gentileza, que levantem a mão, para que possa ter noção de quantos estão presentes e adaptar a minha manifestação à heterogeneidade da platéia. Obrigado. Vou tentar expor os dados de forma que sejam compreensíveis para as pessoas, sejam médicas ou não.

O diagnóstico de morte encefálica surgiu na medicina no ano de 1968. Tomando como exemplo uma pessoa que tenha tido trauma craniano severo, se estabelece a partir da ocorrência do trauma uma situação em que o cérebro vai progressivamente inchando. Em medicina, chamamos isso de edema cerebral.

Como o cérebro está localizado dentro de uma caixa óssea rígida e inextensível, a dilatação do seu volume vai levar progressivamente ao aumento da pressão dentro do crânio. Em consequência, os vasos sanguíneos que irrigam o tecido nervoso vão progressivamente sendo comprimidos à medida que se eleva o edema cerebral, o inchaço, e à medida que aumenta, em consequência do inchaço, a pressão intracraniana, a pressão localizada dentro da caixa craniana.

Em 1968, se verificava - o que ainda se verifica atualmente - que os indivíduos que sofreram trauma craniano severo, muitas vezes, evoluem para uma situação em que vão desaparecendo todos os sinais neurológicos clinicamente detectáveis e que têm origem no tecido nervoso situado dentro da caixa craniana, até que esses indivíduos se encontram no que anteriormente era chamado de coma perceptivo, numa situação em que sequer os chamados reflexos cefálicos não podem ser mais observados.

O que são reflexos cefálicos? Por exemplo, existe o chamado reflexo pupilar, que é um dos reflexos cefálicos. O examinador faz incidir, sobre a pupila

dos olhos do paciente, uma luz de tal forma que, em resposta a tal estímulo luminoso que atinge a retina, essa é levada ao cérebro. Do cérebro retoma normalmente uma ordem, fazendo com que a pupila venha a se contrair, evitando o excesso de luz. Então, isso é chamado de reflexo pupilar à luz.

Esse é um dos reflexos que são mediados, que necessitam da atividade do tecido nervoso e que, por isso mesmo, desaparecem pouco a pouco à medida que o fluxo sanguíneo cerebral, a irrigação de sangue do tecido nervoso, vai diminuindo em função do aumento da pressão dentro do crânio e da compressão dos vasos sanguíneos situados no seu interior.

Em 1968, se imaginava que, no momento em que todos esses reflexos e todos esses sinais de atividade elétrica cerebral tivessem desaparecido, a única explicação que teríamos - e esta foi a premissa fundamental que levou à elaboração dos critérios diagnósticos de morte encefálica - é a de que o fluxo sanguíneo cerebral havia atingido valores de zero ou muito próximos de zero.

Como nessa situação o tecido nervoso não resiste, não mantém a sua vitalidade por mais do que alguns minutos, bastaria, segundo o pensamento então vigente, que se registrasse a continuidade desse estado neurológico durante algumas horas para que pudesse ser declarado o diagnóstico de morte encefálica. É por isso que expomos, neste diapositivo, a premissa fundamental que orientou, então, o diagnóstico de morte encefálica naquela época.

Qual era a premissa fundamental? Que o coma profundo, que corresponde ao nível 3 na escala de coma, que é utilizada internacionalmente - a escala vai do nível 3, o mais baixo, ao 15 -, com a ausência desses reflexos cefálicos - mencionei um exemplo, que é o reflexo pupilar à luz -, seria correlacionado à parada circulatória intracraniana.

Então, o diagnóstico seria **puramente clínico. Bastaria** observar-se a **sustentação desse estado neurológico durante algumas horas para que o diagnóstico pudesse ser declarado, podendo, inclusive, ser confirmado por meio de um simples eletroencefalograma, como se propôs então.**

Tudo se teria mantido exatamente assim - o conceito se manteria inalterado - se não houvesse surgido, no início da década de 80 - gostaria que os Senhores prestassem atenção a esta seqüência cronológica do diagnóstico, que surgiu em 1968 -, um grupo de três pesquisadores, um do Canadá, um da Inglaterra e outro dos

Estados Unidos, que, quando estavam estudando uma situação diferente - não a do trauma craniano severo -, propuseram inicialmente - esta é uma visão lateral do cérebro de um indivíduo - que, quando uma das artérias, a que irriga a maior parte do tecido nervoso, ficasse obstruída em decorrência de um acidente vascular cerebral, que popularmente se conhece por derrame, existiria uma área de fluxo sanguíneo próximo de zero, situada junto ao local da oclusão.

No entanto, à medida que nos deslocássemos, estudando a irrigação sanguínea nas áreas situadas mais periféricamente, mais próximas das zonas não obstruídas, **verificaríamos um local em que o tecido nervoso sofreria uma redução apenas parcial do fluxo sanguíneo, ficando em estado de compasso de espera. Assim, a atividade nobre do tecido nervoso, que é a elétrica, que nos permite pensar, agir, nos mover, sentir, falar, estaria momentaneamente paralisada, mas esse local não estaria necrótico, não estaria morto, ao contrário da área muito próxima da obstrução.**

Esse conceito, que **foi definido pela medicina no início da década de 80, foi confirmado em laboratório no final da mesma década e, depois, no próprio cérebro humano ao longo da década de 90.**

Então, hoje sabemos que o tecido nervoso não se comporta da forma **como se pensava em 1968**. Imaginava-se, **naquela época**, que ele **só teria a sua atividade paralisada quando o fluxo sanguíneo cerebral chegasse a zero. Dessa forma, a perda da função seria correspondente à perda da vitalidade.**

O **conceito** que se **confirmou na década de 90** quanto ao cérebro humano **diz que o tecido nervoso, quando é atingida apenas a metade da circulação normal, não mais trabalha como tecido nervoso, mas permanece vivo por um período que pode durar até 48 horas. Além disso, o funcionamento desse tecido pode ser retomado, desde que tenhamos métodos de promover o retorno da circulação aos níveis normais.** Então, teoricamente **temos um prazo de 48 horas para conseguir obter esse efeito.**

Os estudos que demonstraram que o tecido nervoso humano reage dessa forma foram feitos na década de 90 justamente pelo surgimento de novas técnicas de ressonância magnética, que conseguem diferenciar uma área em que existe um fluxo sanguíneo cerebral apenas diminuído e, no mesmo paciente, demonstrar que apenas a área central se encontra morta, necrótica. Toda a área periférica, que possui uma redução do fluxo sanguíneo cerebral, se encontra nesses casos apenas

funcionalmente inativa, mas ainda preservando a sua vitalidade.

Talvez os Senhores estejam se perguntando agora o que tem o acidente vascular cerebral – a ver com a nossa discussão? A resposta é a seguinte: quando um indivíduo, retomando o nosso exemplo anterior, tem um trauma craniano severo, e o cérebro, em função disso, vai se expandindo, vai inchando, vai aumentando seu volume, e, em consequência desse aumento de volume, a pressão intracraniana vai aumentando **também progressivamente e diminui o fluxo sanguíneo cerebral**, vemos um gráfico em que temos o fluxo sanguíneo cerebral em função desse aumento progressivo da pressão intracraniana. **Verificamos que à medida que aumenta a pressão intracraniana, o fluxo sanguíneo cai progressivamente até atingir zero.**

O fluxo sanguíneo **vai atingir zero quando a pressão dentro do crânio se igualar à pressão dentro do vaso sanguíneo arterial que leva o sangue ao cérebro.** Nessa situação, **nesse trajeto até zero, é absolutamente impossível que o fluxo sanguíneo do tecido nervoso venha a atingir esse valor - ou valores inferiores a 20% do fluxo sanguíneo cerebral, que provocam infarto, ou seja, morte do tecido nervoso - antes de cruzar os níveis de fluxo sanguíneo situados imediatamente acima dessa faixa, em que o tecido nervoso vai ficar quiescente, inativo, eletricamente inativo. As funções neurológicas normais não mais serão detectadas, mas isso numa situação reversível.**

Essa é uma realidade **matemática: é impossível que o fluxo sanguíneo cerebral, quando chega na metade do valor normal, dê um pulo e caia na área de infarto. Ele necessariamente vai ter de passar por essa faixa de fluxo sanguíneo em que a atividade normal do tecido nervoso se encontra reversivelmente abolida antes de atingir a faixa de necrose - ou de morte - do tecido nervoso.**

Estamos representando isso através deste diapositivo, em que vemos um fluxo sanguíneo situado dentro dos valores normais. **É impossível que pule para zero. Ele necessariamente terá de passar por uma faixa intermediária, situada aproximadamente entre 20 e 50% dos valores normais, em que apenas a atividade do tecido nervoso vai se encontrar abolida.**

Essa **vitalidade** ainda **preservada nessa situação pode ser detectada, porque se verifica que o tecido nervoso está retirando do pouco de sangue que circula através dele o máximo de oxigênio que consegue retirar.** Ele está **vivo e lutando para continuar vivo.** Somente depois disso é que o tecido nervoso vai atingir aquela fase

em que se encontra
necrótico.

Talvez os Senhores então se perguntem se, quando foram declarados os critérios para diagnóstico de morte encefálica baseados **fundamentalmente em critérios funcionais**, houve alguma tentativa de medir o fluxo sanguíneo cerebral desses indivíduos.

Houve, na realidade, umas poucas tentativas **depois do período entre 1968 e 1970**. Três estudos foram feitos. **Estou mencionando isso porque esses estudos foram os únicos a serem feitos na ausência do teste da apnéia, e logo a seguir vamos verificar por que estou me referindo a esse teste**. Esses três estudos englobavam o total 12 pacientes e mediram o fluxo sanguíneo que apresentavam em coma perceptível com ausência de reflexos cefálicos.

Do total de 12 pacientes, **em seis o fluxo sanguíneo cerebral foi encontrado dentro da faixa que posteriormente se soube ser aquela da penumbra isquêmica**. Naquela época, **o conceito de penumbra isquêmica sequer havia sido proposto**. Portanto, **seis dentre esses 12 pacientes não se encontravam com fluxo sanguíneo próximo de zero, mas, sim, situado na faixa que posteriormente se passou a conhecer como zona de penumbra**. Teoricamente, portanto, metade daqueles pacientes poderiam ainda ser recuperados.

Resta saber por **quanto tempo** o tecido nervoso pode permanecer vivo com fluxo sanguíneo **parcialmente reduzido**, reduzido num nível que o mantenha com as atividades neurológicas, com a atividade elétrica cerebral **reversivelmente abolida**. Isso foi medido em laboratório, **e hoje se sabe que o tecido nervoso pode permanecer vivo, retirando avidamente oxigênio do pouco de sangue que circula através dele, por até 48 horas**. Ele pode se manter dentro dessa zona que se convencionou chamar de penumbra isquêmica por até 48 horas.

Resta-nos, portanto, contrapor esse conhecimento que se estruturou a partir do final da década de 80 até agora com a prática clínica que foi estabelecida para o diagnóstico de morte encefálica.

Proponho aos Senhores o caso número um. Colocamos nas coordenadas deste gráfico o fluxo sanguíneo cerebral e o tempo que passa a partir do momento em que esse indivíduo, no instante zero, tem um trauma craniano severo. A partir desse momento, o indivíduo pode ter hemorragias intracranianas, pode ter edema cerebral, inchaço cerebral progressivamente se instalando de tal forma que a pressão dentro do crânio, à medida que vai aumentando, vai comprimindo os vasos

sangüíneos, e, progressivamente, o fluxo sangüíneo vai caindo.

Como esse indivíduo - **caso teórico número um** - tem uma evolução rápida, progressiva mas rápida, de decréscimo do fluxo sangüíneo cerebral, **em cerca de cinco horas** se encontra **com toda a atividade elétrica cerebral ausente**. Ele atinge a metade do fluxo sangüíneo cerebral, suficiente para manter essa atividade transitoriamente paralisada, e progride rapidamente **dentro dessa faixa de reversibilidade até atingir, em cerca de mais quatro ou cinco horas, o nível de fluxo sangüíneo que toma a partir de então a lesão irreversível**.

Desde o momento em que esse indivíduo apresentou pela primeira vez o desaparecimento dos sinais neurológicos até o momento em que começa a ter a lesão irreversível se passaram, neste exemplo, **cerca de cinco horas**. Essas cinco horas são um **período menor** do que aquele preconizado atualmente em nível internacional - e inclusive pelo CFM - **como período de observação**, que precede a **declaração de morte encefálica e a retirada dos órgãos**. Então, como a declaração de morte encefálica **ocorre depois** que a lesão se toma **irreversível, neste caso, a declaração de morte encefálica é feita de uma forma correta**.

Como esse indivíduo - **e todos os três casos que vou mostrar a seguir vão se comportar assim** - permanece por até 60 horas no respirador com esses sinais neurológicos sustentados, ele vai ficar cerca de 50 horas dentro dessa zona de infarto. Quando esse indivíduo sofrer parada cardíaca e for levado a autópsia, observa-se que no momento da abertura do crânio o tecido nervoso escorre como uma pasta líquida, porque se passaram muitas horas com ausência do fluxo sangüíneo cerebral. O tecido nervoso se liquefaz ao longo desse período.

Se **todos os casos se comportassem dessa forma**, não teríamos como **explicar** os dados que foram **publicados em 1975** mediante um estudo comparativo patrocinado pelo **National Institutes of Health**, nos Estados Unidos, **envolvendo nove hospitais norte-americanos**.

Foram feitas **226 autópsias** em pacientes em **coma profundo**. Selecionando-se entre esses 226 casos aqueles indivíduos que haviam passado pelo menos 48 horas com ausência dos reflexos cefálicos e em coma profundo, **verificou-se que não mais do que 50% deles apresentavam os sinais característicos de necrose cerebral**, de liquefação ou pelo menos de amolecimento inicial que caracteriza a morte do tecido nervoso 48 horas depois de permanência no respirador. Só por causa **desses dados** sabemos que **50% dos indivíduos não se comportam como no caso nº 1**. Então, como eles podem se comportar? Uma das possibilidades é de que esses indivíduos

evoluam mais lentamente no quadro de progressão do fluxo sanguíneo cerebral, de tal forma que, neste exemplo, **no nível da décima hora**, temos inativação de todos os sinais neurológicos. A partir de então, **esse indivíduo se mantém por seis horas ainda dentro da faixa de reversibilidade**. No entanto, **seis horas** são suficientes, segundo os critérios internacionalmente em utilização, para que o diagnóstico de morte encefálica seja declarado. Assim, esse indivíduo é declarado como morto **quando ele ainda se encontra dentro de uma situação de reversibilidade**.

Passam-se mais algumas horas, **quase um dia**, então esse indivíduo penetra na zona de infarto e passa a apresentar lesão **irreversível** por volta de quase **40 horas depois da ocorrência do trauma craniano**. **Mais 20 horas vão-se passar até que esse indivíduo apresente também parada cardíaca, e essas 20 horas podem não ser suficientes para que ocorra toda a maturação da necrose cerebral**.

Sabemos que esse indivíduo possui necrose cerebral já instalada a partir das primeiras horas, a partir dessa quadragésima hora, mas, durante a autópsia desse indivíduo, sinais claros de amolecimento ou de liquefação de necrose, de morte do tecido nervoso na autópsia **podem não ser encontrados, apesar de que esse indivíduo se encontre de fato com necrose do tecido nervoso. Pode, no entanto, acontecer o caso nº 3, e isso seria um desastre**.

Os critérios que atualmente são utilizados pelo Conselho Federal de Medicina e também internacionalmente **não contemplam a exclusão desses casos**, ou seja, podemos ter **um indivíduo que evolui ainda mais lentamente do que o caso nº 2**, com piora do fluxo sanguíneo cerebral e que se mantenha, a partir da décima quinta hora, naquele estágio de compasso de espera em que o tecido nervoso se mantém inativo, **mas ainda está vivo**. Esse estado pode se prolongar durante todo esse período, até a ocorrência de uma parada cardíaca provocada pelas complicações clínicas desse estado, de tal forma que, quando esse indivíduo é levado à autópsia, **nem o microscópio mostra sequer uma única célula nervosa em estado de necrose**.

O nosso grande problema em relação ao emprego dos critérios para o diagnóstico de morte encefálica se refere ao **teste da apnéia**. Então, peço que os Senhores da platéia prestem, a partir de agora, uma atenção redobrada ao que vou dizer **porque esse é o ponto chave da nossa questão, é o ponto chave da discussão de toda a polêmica que se encontra em evolução**.

Entre os sinais que são avaliados durante o diagnóstico de morte encefálica **e sem que os familiares dos pacientes saibam disso**, entre os critérios que são

avaliados, **existe o teste da apnéia**, em que se desliga o respirador por até **10 minutos, com o objetivo de se testar a capacidade respiratória desse indivíduo. Se esse indivíduo se encontrar dentro daquela faixa de compasso de espera em que o tecido nervoso não se encontra morto**, mas se encontra apenas inativo, se ele for submetido ao teste da apnéia, quase certamente vamos provocar a morte desse indivíduo nesse momento, vamos fazer com que o fluxo sanguíneo cerebral, que se encontrava apenas parcialmente reduzido, seja, durante o teste, jogado a zero.

Dados demonstrando isso já se encontram publicados na literatura médica desde 1994. Chamo a atenção de que isso não é teoria. Desde 1994, esses dois autores norte-americanos, Jeret e Benjamin, demonstraram que até 39% dos pacientes que são submetidos ao teste da apnéia, durante a execução do teste, apresentam hipotensão severa. A pressão arterial desses indivíduos, medida através do aparelho de pressão arterial, cai severamente a níveis inferiores a 90 milímetros de mercúrio de pressão sistólica. A pressão normal é de 12 por 8 aproximadamente. Em 49% dos indivíduos, essa pressão maior que deveria ser 12 cai abaixo de 9. Isso é um desastre para um indivíduo que precisava daquela pressão para manter o fluxo sanguíneo residual ainda dentro daquela faixa que lhe permitia manter o tecido nervoso vivo, apesar de - como eu disse - em estado de compasso de espera. Isso significa que a pressão que impulsiona o sangue, através do tecido nervoso, em até quase 40% desses indivíduos vai ser levada a um nível bem mais baixo do que se encontrava até aquele momento.

Talvez aqui seja mencionado - talvez o Dr. Solimar Pinheiro da Silva venha a falar a respeito - que existe uma série de precauções que são tomadas por ocasião do teste da apnéia, entre as quais se encontram as seguintes: dá-se oxigênio em grandes quantidades, em alta concentração, 100% de oxigênio antes de o indivíduo ser submetido ao teste; durante o teste, mantém-se o indivíduo recebendo oxigênio através de um cateter que é colocado na traquéia desse indivíduo, com fluxo alto de oxigênio também. Os Senhores vão ver que se vai declarar que existem precauções que são tomadas e que são relativas à entrega de oxigênio a esses pacientes.

No entanto, saliento que o problema não se relaciona ao oxigênio. Qualquer estudante de medicina sabe que a função respiratória não tem como único objetivo a captação de oxigênio do ambiente, mas tem também a função de eliminar o gás carbônico que é produzido pelas células do organismo. É justamente a elevação brusca desse gás carbônico não-eliminado que leva a esse efeito sobre a função cardiovascular provocando hipotensão severa, quem sabe aumentando a pressão intracraniana. Sabe-se que, quando se aumenta a quantidade de gás carbônico que se

encontra circulando no sangue, **a pressão que já estava aumentada dentro do crânio aumenta mais ainda e pode acontecer, durante esse período, também o colapso circulatório irreversível. As artérias se fecham e depois não conseguem mais ser abertas. Mesmo que se eleve de novo a pressão arterial para os níveis normais, os fluxos sanguíneos não retomam ao normal.**

Talvez os Senhores venham a ouvir - tenho ouvido isto, porque já estou nesta discussão há seis anos - a argumentação de que se controla os sinais vitais do paciente e que, no momento em que se detecta que a pressão arterial está caindo, novamente se reconecta o respirador. **Esse também não é um argumento válido, porque sabemos que, no momento em que se reconecta o respirador, a pressão não dá um pulso para o valor normal. Ela permanece baixa e continua baixando durante vários minutos, até que lentamente ela vai voltando ao normal. Só esse período de vários minutos em que ela se manteve baixa já pode ter sido suficiente para determinar a morte irreversível do tecido nervoso e o colapso circulatório também irreversível.**

Estou mostrando, então, que, no caso nº 1, quando iniciássemos o teste da apnéia, no nível de 24 horas, não sofreria nenhum malefício, **porque o fluxo sanguíneo desse indivíduo já estaria em zero.** No entanto, **os casos números 2 e 3 teriam a sua morte determinada ou antecipada pela ocorrência do teste da apnéia.**

Talvez os Senhores se perguntem se já foi verificado se algum pesquisador da área médica se preocupou em medir o fluxo sanguíneo cerebral antes e depois de fazer o teste da apnéia. Talvez essa seja a pergunta óbvia que assalte a mente das pessoas mais comuns. **Posso dizer-Ihes que, se alguém fez isso, jamais publicou o resultado, porque, se alguém verificou que o fluxo sanguíneo estava presente, fez o teste da apnéia e, depois do teste, comprovou que o fluxo sanguíneo se encontrava abolido, fora a zero, está provando que ele mesmo matou o paciente e jamais iria publicar um resultado como esse.**

O que podemos recolher a partir da literatura são dados publicados por dois pesquisadores internacionais, por dois grupos de pesquisa independentes. Eles fizeram exatamente o mesmo experimento, só que o primeiro foi feito em 1972, **numa época em que muitos médicos relutavam em aceitar a realização do teste da apnéia. Nessa época, não fizeram o teste da apnéia em pacientes que haviam sofrido trauma craniano severo e verificaram que a pressão de perfusão do tecido nervoso a que impulsiona o sangue através do cérebro - se mantém presente até que esses indivíduos apresentem parada cardíaca irreversível, em todos os 10 pacientes**

estudados, **sem uma única exceção.**

Nove anos depois, em 1981, foi feito praticamente o mesmo estudo, só que foi feito o teste da apnéia, e o fluxo sanguíneo foi medido depois desse teste. Verificou-se que o fluxo sanguíneo desses indivíduos se encontrava próximo de zero em todos os casos e que a pressão de perfusão havia se normalizado.

Talvez os Senhores concluam que, se o teste da apnéia normalizou a pressão de perfusão, ele deve ser benéfico. Na realidade o que temos aqui é que a pressão de perfusão - a pressão que impulsiona o sangue através do cérebro - **é determinada pela diferença entre a pressão arterial e a pressão intracraniana.** Nesses indivíduos, a presença da pressão intracraniana ainda se encontra alta, de tal forma que ela se mantém alta inclusive porque ainda tem sangue circulando dentro desse cérebro. No momento em que ocorre o colapso circulatório irreversível do tecido nervoso, aquele sangue que estava presente no espaço intracraniano vai embora, o fluxo sanguíneo chega a zero. **Por esse volume ocupado pelo sangue ter ido embora do espaço intracraniano, a pressão dentro do crânio se normaliza, mas esse indivíduo já tem uma lesão absolutamente irreversível a partir de então.**

Talvez toda essa conversa não valesse nada **se não tivéssemos** uma forma de **reduzir o edema cerebral**, e hoje temos. Temos o emprego da hipotermia. Sabemos que as hipotermias mantidas por 12 a 24 horas - insisto aqui, muito importante isto: **não mais do que 24 horas**, porque as hipotermias mantidas por **mais de 24 horas podem provocar efeitos maléficos e não só efeitos benéficos -, no nível de 33 graus centígrados, têm esse efeito sobre o edema cerebral.**

Aqui temos um indivíduo que tem um edema cerebral muito importante, com deslocamento inclusive de estruturas que deveriam estar neste lado do cérebro e foram deslocadas para o outro lado, com o abaulamento da linha divisória do tecido nervoso. Depois de 12 horas de tratamento, temos este efeito: praticamente existe uma normalização da ordem de 80%, uma redução da ordem de 80% do edema cerebral. **Não existe nenhum outro recurso terapêutico** na medicina que **provoque esse efeito além da hipotermia** para tratar o **edema cerebral.**

Se, em vez de fazer o teste da apnéia no nível de 24 horas, tratássemos esses indivíduos induzindo hipotermia, mantendo-os por 24 a 48 horas em hipotermia, o que aconteceria é que, no caso nº 1, não haveria nenhum benefício, porque o caso dele já é irreversível, mas, nos casos números 2 e 3, teriam a retomada da circulação cerebral nesse momento, porque faríamos regredir aquele inchaço do cérebro que

provocava todo esse problema.

Existem dados que **mostram** o efeito potente da hipotermia. Temos, por exemplo, dados publicados por **Hayashi**, neurocirurgião japonês, que, em **1996**, **praticamente reativou o emprego da hipotermia no trauma craniano, publicando resultados como estes: de 20 pacientes tratados, que se encontravam no nível mais baixo da escala de coma e com as pupilas dilatadas sem resposta ao estímulo luminoso, submetidos ao tratamento hipotérmico por não mais do que 12 horas, dentre eles, 14 retomaram vida normal. Esses resultados foram confirmados também no mesmo ano por um grupo da Universidade de Heidelberg, na Alemanha, Christopher Metz, colaborador. Eles mostraram que 10 pacientes vítimas de trauma craniano severo, com idades entre 16 e 70 anos - sete dos dez indivíduos apresentando escore mais profundo da Escala de Glasgow, da escala de coma, ou seja, o nível de 3, e cinco dos 10, com ambas as pupilas dilatadas ao estímulo luminoso -, foram submetidos a 24 horas de tratamento hipotérmico e se verificou que sete deles retomaram a vida cotidiana normal, repetindo exatamente o mesmo percentual do neurocirurgião japonês.**

Quero salientar exatamente a questão da eficácia da hipotermia, porque poderão dizer que existem estudos mais recentes que mostraram que hipotermia não tem efeito. A revisão da literatura demonstra que todos os tratamentos hipotérmicos, **com mais do que 24 horas de duração, não apresentam resultados tão bons como esses que acabei de mostrar do neurocirurgião japonês Hayashi e do neurocirurgião alemão Christopher Metz.**

Na realidade, quando o período de hipotermia **excede 48 horas**, como no estudo mais recente que foi publicado numa revista muito conceituada em Medicina, chamada *New England Journal of Medicine*, **o resultado final pode inclusive ser maléfico, sendo que os pacientes com idade mais avançada podem ser prejudicados pelo tratamento hipotérmico de duração tão longa.**

Mostrarei aos Senhores esse diapositivo que mostra um dado extremamente importante: vários dos indivíduos que **satisfazem** os critérios **clínicos** para o diagnóstico de morte encefálica - e se faz uma **angiografia cerebral** para verificar se o fluxo sanguíneo se encontra ou não presente e não se vê nada na angiografia, ou seja, não se vê vascular alguma - **continuam a produzir substâncias** produzidas por uma região do cérebro chamada **hipotálamo**, que são chamados tecnicamente de fatores de liberação hipotalâmicos **e que permanecem na corrente sanguínea durante poucos minutos e são detectados até 80 horas depois de que uma angiografia não**

mostrou imagem
vascular.

Estou tentando mostrar que **muitas vezes a angiografia não mostra imagens vasculares porque** a sensibilidade da angiografia **não detecta** o fluxo sanguíneo que de fato está presente, mas na realidade esse indivíduo está com fluxo sanguíneo cerebral presente, **e isso é demonstrado pela contínua atividade secretora do hipotálamo.**

Finalmente, digo aos Senhores que as críticas que estou veiculando aqui, inclusive para o público leigo, estão sendo feitas sem temor algum, porque acho que **é direito do cidadão normal saber qual o procedimento da classe médica e qual a discussão que ela faz. Rejeito profundamente a idéia de que essas discussões não possam vir a público, que tenham que ser feitas exclusivamente a portas fechadas, restritas a audiências de médicos.**

Essas críticas foram publicadas em revistas **leigas**, como essa Revista **Ciência Hoje, 161**, que é o órgão de divulgação da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Os **editores são cientistas nacionais de competência reconhecida, a revista é séria e publicou esse artigo no ano 2000.** Todas essas críticas foram publicadas e se encontram disponíveis para quem quiser **em nível de rede mundial de computadores.**

Essas críticas **também foram divulgadas**, em inglês, **na mais conceituada revista médica brasileira de distribuição internacional que publica artigos somente após a chamada revisão por pares.** Talvez, muitos dos Senhores não saibam o que é a chamada **revisão por pares: quando** um médico ou um cientista manda um determinado achado científico a uma revista para que seja publicado, **os editores da revista enviam cópias desse trabalho para especialistas das áreas que são chamados de pares do indivíduo que mandou o trabalho para a publicação. E a revista só aceita a publicação se pelo menos dois desses revisores disserem que o trabalho é sério e cientificamente válido.**

Então, a **melhor revista médica brasileira**, com distribuição **internacional**, publicou também essas críticas, o que demonstra que elas podem até estar sujeitas a outras críticas; **mas elas têm um conteúdo científico que não pode ser mais negado.**

Também foram publicadas na revista **Neurociências**, uma revista interna da Universidade Federal de São Paulo **que é distribuída em outras bibliotecas médicas** do País e que pertence à disciplina de Neurologia Clínica da universidade em que

sou professor livre docente. O artigo foi publicado na revista em **98**, sob o título ***Morte encefálica, um diagnóstico agonizante.***

Finalmente, nesse *site* eletrônico da Universidade Federal de São Paulo Universidade Federal do Estado de São Paulo - www.unifesp.br/dneuro/textos.htm -, há várias cartas de apoio de especialistas internacionais sobre morte encefálica - que foram traduzidas por tradutor juramentado. Saliento aqui o apoio recebido pelo **Dr. James Bernard**, que é **Presidente da Comissão de Ética da Academia Americana de Neurologia**; chamo a atenção para a carta fornecida pela comissão organizadora do III Simpósio Internacional sobre o Coma e Morte, que aconteceu no ano 2000, graças a essas críticas que foram levadas em nível internacional- eu mesmo fui ao Congresso apresentá-las. Saliento também, naquele endereço eletrônico, a carta do Professor **Alan Shewmon**, que tem sido muitas vezes chamado para comissões internacionais que avaliam diagnósticos de morte encefálica. Inclusive, ele e o próprio **James Bernard** participaram de uma comissão sobre morte encefálica no Vaticano. Portanto, saliento a carta de apoio do Professor **Alan Shewmon**, que é professor do **Departamento do Neuropediatria** da Universidade da Califórnia, em Los Angeles. Finalmente, destaco o apoio do **Dr. Paul Byrne**, que foi Presidente da Associação Médica Católica Norte-Americana, no biênio 97/98.

Ressalto também três cartas que, no final do ano passado, foram consecutivamente publicadas na edição de papel do ***British Medical Journal*** - Revista Médica Britânica -, uma das revistas mais antigas e mais conceituadas em nível internacional.

O médico **David Evans** publicou uma carta que foi aceita pelo editor da revista e que se chama ***Morte encefálica é uma invenção recente.*** E, na carta, ele diz: ***Graças, particularmente, ao trabalho de Coimbra, se encontra agora claro que o teste da apnéia pode exacerbar o dano ao cérebro e mesmo provar ser letal. Sendo assim, tendo-se em mente que o teste não tem nenhum objetivo terapêutico benéfico para o paciente que é submetido a ele, o seu uso é claramente antiético.*** Isso foi publicado no ***British Medical Journal***, na edição em papel, e se encontra disponível no número do dia **14 de setembro de 2002**. Nessa mesma edição, outra carta foi publicada por **Michael Potts**, do Departamento de Filosofia e Religião da Fayetteville, na Carolina do Norte, nos Estados Unidos. Essa carta tinha o título de ***O medo tem base na razão***, criticando a idéia de que os médicos que estão condenando a morte encefálica estão tentando incutir medo na população. Ele diz naquela carta o seguinte: ***Coimbra identifica os riscos de um teste-chave, utilizado no diagnóstico de morte encefálica, que é o teste da apnéia.*** No mês seguinte, em outubro, a mesma revista publicou, também na edição em papel, a carta do

anestesista David Hill, da Inglaterra, sob o título *Honestidade é a melhor política*, mencionando o fato de que *os potenciais doadores de órgãos não sabem dessas discussões. Ele faz a seguinte pergunta: Eles têm bem entendido que o teste da apnéia, por si mesmo, pode causar mais acentuado dano cerebral, ou mesmo a própria morte, como tem sido claramente mostrado por Coimbra?*

Existem já dois livros publicados, contendo **essencialmente** críticas relativas aos aspectos éticos e **técnicos** da morte encefálica, que são utilizados internacionalmente, **inclusive ao teste da apnéia**. Existe um livro, que foi publicado em **2002**, que é chamado de *Duas vezes morto*, por **Margareth Loock** - aqui temos o código do livro (...); e há um **segundo livro**, que foi publicado **dois anos antes** - essa aqui é a editora e esse aqui o código do livro -, sob o título, *Além da morte encefálica*.

Finalmente, gostaria de dizer aos Senhores o motivo que me levou a vir aqui e apresentar esse trabalho para um público **heterogêneo**, não **apenas médico**, um **público constituído de juristas**, de pessoas ligadas à questão ética, à bioética: temos, ao longo desses seis anos, procurado fomentar a **discussão** não só no ambiente nacional, mas também internacional, de todas as formas possíveis, através de participações em congressos e de publicações, como as que acabei de mostrar aos Senhores. **Eu só consegui, ao longo desses seis anos, infelizmente, debater o tema em público, para uma platéia médica, numa única ocasião, com representantes do Conselho Federal e Regional de Medicina de São Paulo**. Isso ocorreu no **XXIII Congresso Brasileiro de Neurocirurgia**, numa mesa redonda chamada de *Trauma craniano, morte encefálica e transplante em humanos*. Naquela ocasião, pela primeira vez, consegui endereçar à **antecessora do nosso colega Dr. Solimar Pinheiro da Silva**, que era a **Presidente da Câmara Técnica de Morte Encefálica**, da gestão anterior, **perguntas técnicas relativas à morte encefálica**. Saliento que a platéia era **composta de neurocirurgiões de todo o País: quatro neurocirurgiões faziam parte da mesa, professores universitários da USP e de outras universidades nacionais**. Mas a única resposta que obtive, por duas vezes, mesmo repetindo a pergunta foi a seguinte: *"É uma pena que não tenhamos aqui outros neurocirurgiões para estarem discutindo, tecnicamente, os questionamentos. A mesa foi composta por poucos neurocirurgiões"*.

Diante disso, as **conclusões** que posso oferecer aos Senhores são as de que o **teste da apnéia** provoca **hipotensão severa em até 39% dos pacientes**. **Inclusive morte, por parada cardíaca, durante o teste da apnéia, já se encontra relatada na literatura médica e publicada**. Além de outros efeitos danosos, é capaz de provocar ou acelerar a morte encefálica, havendo sido já relatados na literatura casos de parada cardíaca

irreversível, durante a sua execução.

o teste da apnéia **não tem como objetivo qualquer benefício ao próprio paciente.** Saliendo disso: **é um teste diagnóstico de características únicas, porque é induzido num paciente e não tem como objetivo o benefício desse paciente.** E a principal **razão** para a sua **sustentação** - e chamo a atenção dos Senhores porque **afirmo** e **comprovo** logo a seguir - é a de que, **sem esse teste, uma fração indeterminada de doadores pode vir a respirar durante a cirurgia da retirada de órgãos e, se isso acontecer, ele terá demonstrado estar vivo até aquele momento, acarretando a responsabilidade da morte ao cirurgião que retira os órgãos vitais desse paciente.**

Em discussões ocorridas em listas **médicas** a respeito desse assunto, o **chefe de Neurologia do Lincoln Hospital, do Bronx,** em Nova Iorque, em dezembro de **2000,** referiu-se assim, para defender a continuidade da execução do teste da apnéia: ***“Não existe substituto para o teste da apnéia, para o diagnóstico de morte encefálica. Se um doador começar a respirar na sala de operação, quando os órgãos estiverem sendo retirados, isso será um desastre”.***

Portanto, a **terceira conclusão** é a de que, **sem o teste da apnéia, não há diagnóstico de morte encefálica, porque os médicos não podem se arriscar a que o paciente respire no bloco cirúrgico.** E, se não há diagnóstico de morte encefálica, não há doação de órgãos vitais únicos. **Não existe mais consenso quanto à validade científica e ética da prática do diagnóstico de morte encefálica, todas as publicações mostram isso.** Não preciso dizer que eu não detenho a verdade. Apenas demonstro que o que o digo e o que várias outras pessoas dizem, criticando os aspectos éticos da morte encefálica, **que estão fundamentados cientificamente.** Isso faz com que essas nossas manifestações não possam ser classificadas como sendo sem conteúdo ou com a intenção apenas de provocar polêmica ou coisas do gênero.

Finalmente, deixo aos Senhores o meu *e-mail* (coimbracg.nexp@epm.br) e retiro-me, colocando-me à disposição para discussões que se façam necessárias.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Muito obrigado, Dr. Cícero Galli Coimbra, que falou aqui sobre morte encefálica.

Preciso dizer a este conceituado e privilegiado plenário que esse é um dos tantos debates sobre a bioética que esta Comissão está fazendo. Estamos discutindo,

além da doação de órgãos, a morte encefálica.

Já discutimos fundamentos e origens da bioética, já abordamos transgenia e vamos, em seguida, fazer um seminário sobre clonagem humana. Trataremos aqui de temas polêmicos que não temos medo de debater com aqueles que pensam um pouco diferente da mídia ou com aqueles que divergem sobre fatos que o dia-a-dia tem nos apresentado. Não temos medo disso, por isso criamos essa Comissão.

Vamos discutir de coração aberto, sem medo de errar. Agradecemos aos nossos palestrantes pela qualidade do tema apresentado, nos esclarecendo, tecnicamente e politicamente, a questão da morte encefálica.

Dentro do tema morte encefálica, convidamos para proferir sua palestra o Dr. Solimar Pinheiro da Silva, neurologista e coordenador da Câmara Técnica de Morte Encefálica do Conselho Federal de Medicina, a quem recebemos carinhosamente.

Agradecemos a presença da **Dra. Miriam Balestro**, representante do Ministério Público Estadual.

O SR. SOLIMAR PINHEIRO DA SILVA - Inicialmente, **em nome do Conselho Federal de Medicina**, agradeço ao Presidente da Comissão Especial para

Tratar da Bioética, Deputado Giovani Cherini, o convite para participarmos deste Seminário e parabeno esta Casa por ser a **primeira, no País, a criar uma comissão** para debater esse assunto.

A posição do Conselho Federal de Medicina difere um tanto da do nosso palestrante anterior, cuja visão, por vezes tão açodada, faz com que se esqueça de dizer qual é a finalidade do teste de apnéia. Na palestra anterior, não se referiu a isso. Para que serve esse teste de apnéia? Para matar o paciente, para fazer com que pare de respirar no bloco cirúrgico? É interessante conversarmos sobre isso à medida que as coisas forem andando.

O tema que vou apresentar é o mesmo de uma palestra que proferi no XX Congresso Brasileiro de Neurologia, em Florianópolis, exatamente sobre a determinação da morte encefálica. Aqui serei muito mais breve, mesmo porque grande parte da platéia é da área médica e conhece isso de maneira bem mais aprofundada do que se possa imaginar.

(Procede-se à apresentação de eslaides.)

Viver é uma coisa perigosa - já deu para notar -; morrer, também.

A perda definitiva e irreversível por causa conhecida e comprovada das funções do encéfalo e do tronco cerebral pode ser comprovada quando se faz o diagnóstico cerebral.

o diagnóstico de morte encefálica tem de ser um diagnóstico de certeza absoluta. É impossível ter-se um falso diagnóstico de morte encefálica. Seria realmente uma tragédia se começasse a aparecer na mídia ou em qualquer outro lugar, por exemplo, que Fulano recebeu um diagnóstico de morte encefálica e, na realidade, não estava morto. **Isso eu consideraria realmente a tragédia das tragédias.**

Se houver qualquer dúvida durante o protocolo de realização da morte encefálica, a atividade tem de ser interrompida obrigatoriamente. Se surgir qualquer dúvida, até mesmo no exame complementar, o diagnóstico não pode ser confirmado.

Em 1997, o Conselho Federal de Medicina regulamentou, por meio da **Resolução nº 1.480/97**, a legislação em que se apóiam todos os neurologistas e médicos deste País que trabalham com a morte encefálica. A legislação se baseia na

Lei nº 9.434, de fevereiro de 1997. Logo depois veio o Decreto, que é de junho de 1997, e a Resolução do Conselho é de agosto desse mesmo ano. Vejam bem que tudo aconteceu em 1997.

Também há uma Resolução muito importante e que representa um grande avanço no diagnóstico de morte encefálica, que é a Resolução do Paraná, Estado que está realmente muito adiantado em termos de legislação relacionada à morte encefálica.

Penso que todos conhecem o artigo que dá ao Conselho Federal de Medicina o direito de regulamentar a legislação que embasa o diagnóstico de morte encefálica.

Os prontuários contendo os resultados terão de ser arquivados por um período mínimo de cinco anos.

Em relação ao que o Dr. Cícero falou, ou seja, que se faz o teste, **que se realiza o protocolo de morte encefálica sem o conhecimento da família, eu diria que isso é muito grave**, porque, por lei, é admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica. Trata-se de uma lei do País, não do Conselho Federal de Medicina. E se o cidadão não tem um médico particular, o SUS manda um médico para ele, e esse cidadão, então, não terá de ser submetido a um procedimento de morte encefálica sem o conhecimento da família. A família conhece, a família está sabendo, a família tem de estar acompanhando.

Esse Decreto diz que o diagnóstico de morte encefálica será confirmado segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução.

Aqui há um ponto interessante, que é o problema do especialista em neurologia reconhecido no País. É um equívoco, pois tanto um neurologista como um neurocirurgião ou um neurologista infantil tem o direito de assinar uma declaração de morte encefálica.

O Decreto nº 2.268 refere o seguinte: (...) *a retirada de tecidos, órgãos ou partes poderá ser efetuada se estes não tiverem relação com a 'causa mortis', circunstância a ser mencionada no respectivo relatório, com cópia que acompanhará o corpo à instituição responsável pelo procedimento médico-legal.* Aqui há o aspecto médico-legal, dizendo que a necropsia é obrigatória nesses casos.

Todos os estabelecimentos de saúde deverão comunicar à Central de Captação e Doação de Órgãos do respectivo Estado a verificação, em suas

dependências, de morte encefálica. Disso todo mundo sabe.

Toda resolução tem os considerandos, e, no último considerando da Resolução, lê-se que ***ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de sete dias.***

Coloquei ali a questão dos **anencefálicos** por ser também extremamente **difícil** e **controversa**, embora já se esteja colocando em prática a **doutrina** de que o anencefálico, ao nascer, tem o diagnóstico de morte encefálica praticamente firmado e, com certeza absoluta, estará morto dentro da primeira semana, segundo a literatura que se tem.

Esse era um ponto extremamente controverso, porque o diagnóstico de morte encefálica é feito pela morte do tronco encefálico, e o que o anencéfalo tem vivo é exatamente o tronco. Então, fica realmente difícil, mas a tendência, hoje, é a de seguir a **doutrina** que referi há pouco.

As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo - e foi o que fez o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná -, que deverão ser aprovados pelos CRMs da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer dos itens da Resolução nº 1.480/97.

Os parâmetros clínicos a ser observados para a constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia. Novamente a apnéia vai voltar à baila, com certeza.

Em dezembro de 1999, foi publicado um artigo no *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* sobre as implicações da penumbra isquêmica, assunto sobre o qual o Dr. Cícero Coimbra acabou de falar.

Fiz questão de referir essa questão, inclusive lá no Congresso, **porque acredito que não podemos, em absoluto, simplesmente desconhecer o que o Dr. Cícero apresentou aqui. Temos, sim, de valorizar o que nos tem a dizer, mesmo porque, do ponto de vista científico, é reconhecido como livre docente de renome internacional, professor de uma das universidades mais importantes deste País. Não se pode dizer que tudo o que o Dr. Cícero falou não vale nada. O Conselho Federal de Medicina não pensa assim. Temos de sentar, conversar e ver o que pode ser feito, o que está realmente acontecendo.**

Foi logo que entrei no Conselho Federal de Medicina que isso foi publicado, e realmente ficamos um tanto abalados.

Se o Conselho Federal de Medicina não tem *experts* em neurologia nem professores livre-docentes, o que pode fazer? Consultar quem tem esse conhecimento.

Então, o Conselho enviou uma correspondência à Academia Brasileira de Neurologia, à qual o Dr. Cícero pertence, com certeza absoluta - não? mas deveria! -, que respondeu: *Apoiamos e adotamos os critérios de morte encefálica constantes da Resolução nº 1.480/97.*

Também pensamos que seria importante saber o que dizem os neurocirurgiões que trabalham com trauma cranioencefálico, e fizemos uma consulta à Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, que nos respondeu, por escrito: *Os critérios do diagnóstico de morte encefálica constantes da Resolução do CFM nº 1.480/97 são seguros e respeitam o conhecimento científico atual.*

Com o respaldo da Academia Brasileira de Neurologia, da qual faz parte a maioria dos neurologistas brasileiros, e da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, decidimos que deveríamos manter a nossa Resolução, mesmo porque é o parâmetro, a lei utilizada para se fazer o diagnóstico de morte encefálica. A comunidade que trabalha com neurologia e neurocirurgia neste País adota a Resolução nº 1.480/97 do Federal.

A nível mundial, esse diagnóstico é feito da mesma maneira. Que eu tenha notícia, não existe nenhum lugar onde se faça o diagnóstico de morte encefálica de maneira diferente, a não ser nos Estados Unidos - o Professor deve saber disto melhor do que eu -, onde não se faz o exame complementar, só o diagnóstico clínico. E como se faz esse diagnóstico clínico? Primeiramente, com a anamnese.

Costumo dizer que, para se chegar ao diagnóstico de morte encefálica, tem que se de passar por três passos.

o primeiro é a anamnese. Como foi que esse paciente sofreu essa lesão cerebral que o levou a estar nesse coma perceptivo? O que aconteceu com ele? A causa tem de ser conhecida, e é nessa oportunidade que se tem de retirar os pacientes que tomaram drogas depressoras do sistema nervoso central, os que estão em hipertermia e os que não preenchem as condições para entrar no protocolo de morte encefálica.

O passo seguinte é o exame neurológico, que inclui o exame dos reflexos encefálicos, que são o reflexo fotomotor - que o Doutor explicou muito bem aqui -, o vestibulo calórico, o reflexo oculocefalógeno e o reflexo comeopalpebral. Esses são os

quatro reflexos que se pesquisam no olho. Além disso, pesquisam-se os reflexos da tosse. Se o paciente tossiu, não há por que se encaminhar um protocolo de morte encefálica.

E há o teste da apnéia, sobre o qual vou falar sem criar polêmica, mesmo porque não estamos refutando a teoria. O teste é feito primeiramente com o paciente preparado para isso. É contra-indicada a sua realização em paciente com problema de hipotensão, com pressão abaixo de nove. Não se faz isso - é proibido. O paciente deve estar com pressão acima de nove, seja com droga vasopressora ou não.

Deve ser feita a gasometria antes e depois do teste. O tempo em que se deixa o paciente fora do ventilador é de oito minutos, e a quantidade de oxigênio que se coloca no cateter é de seis litros por minuto.

A finalidade do teste - ainda não foi dito aqui para que ele serve - é verificarmos se o paciente tem movimentos respiratórios, que são um dos reflexos do tronco encefálico. Se o tronco encefálico ainda apresenta esse reflexo, o paciente não está morto. Agora, se ele não respira depois do teste da apnéia, qualquer médico que proceder ao protocolo terá muita tranquilidade em assinar a declaração de morte encefálica porque terá certeza absoluta de que não se trata de um diagnóstico errado. O objetivo do teste da apnéia então é este: afirmar que esse reflexo está abolido.

Em junho de 2002, a Câmara Técnica de Morte Encefálica, do Conselho Federal de Medicina, a qual coordeno, reuniu-se em São Paulo com representantes da Academia Brasileira de Neurologia, da Sociedade Brasileira de Neuropediatria, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Hospital Beneficência Portuguesa.

Durante o evento, surgiram propostas de modificação da Resolução no sentido de que o exame neurológico do paciente, com a abolição dos reflexos do tronco encefálico, seja feito no ventilador, sem teste da apnéia. Se o paciente está sem reflexos do tronco encefálico e está no ventilador - quer dizer, não está respirando -, então vamos examiná-lo, colocá-lo no protocolo de morte encefálica e não vamos realizar o teste da apnéia. Vamos dar um intervalo, conforme determina a Resolução, que é de seis horas para pessoas acima de dois anos de idade. Abaixo dessa idade há outros intervalos.

Nesse intervalo, nada impede que se faça o exame complementar. Se já fiz exame no paciente, sem teste de apnéia, vou fazer o exame complementar de acordo com o permitido pela Resolução, pois há uma gama muito grande de exames complementares. **Depois de seis horas, realize o exame neurológico, agora, sim, com**

o teste da apnéia. É impossível se dar um diagnóstico de morte encefálica sem teste de apnéia.

As considerações finais daquele encontro foram as de que neurologistas, neurocirurgiões e pediatras com área de atuação em neurologia com registro no CRM estão aptos a realizar determinação de morte encefálica, que é algo falho na lei, e que o teste da apnéia é essencial e obrigatório para que se possa confirmar a morte encefálica.

A minha intenção não é criar polêmica - em absoluto -, **apenas trazer a posição do Conselho Federal de Medicina e dizer que se respeita o conhecimento técnico do Dr. Coimbra.**

Uma última palavra sobre a hipotermia: o Conselho Federal de Medicina não tem absolutamente nada contra a hipotermia - pelo contrário. Se for uma terapia tão promissora, que seja adotada nos hospitais brasileiros com a máxima urgência. Só que não conheço hospitais - nem no Brasil, nem no exterior - onde seja realizada hipotermia de rotina num paciente com trauma encefálico. Agora, não temos nada contra a hipotermia; pelo contrário, pensamos que é uma arma terapêutica e que deve ser utilizada.

Desculpem-me se a minha explanação foi cansativa. Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Agradecemos ao Dr. Solimar Pinheiro da Silva pela sua manifestação.

Registramos a presença, que honra esta Comissão, do Deputado Osmar Severo, tradicionalista desta Casa.

É preciso dizer que terça-feira é o dia mais movimentado desta Casa. Mas, em função da agenda dos palestrantes, tivemos que realizar este debate no dia de hoje. Muitos Parlamentares irão passar por aqui, porque hoje há reunião da Comissão de Constituição e Justiça e Sessão Plenária, quando será votado um projeto referente ao Fundopem. Já participei de duas reuniões antes de dar início a esta. Estou dando essa justificativa, mas estamos acompanhando este trabalho justamente para repassá-lo aos demais Deputados.

Os presentes receberão um certificado, a ser enviado pelo correio a partir de amanhã. Então, peço a todos que forneçam os seus endereços na entrada deste

recinto.

Quero lembrá-los de que esta Comissão foi criada para debater sobre os seguintes temas: Origens, características e fundamentos da Bioética; doação de órgãos e tecidos; regulamentação da clonagem no Brasil; clones - aspectos biológicos e éticos; Bioética e reprodução humana; diagnóstico pré-natal; transgenia, produção de alimentos e nutrição; eutanásia; filiações de homossexuais, filiação natural e adoção; recursos genéticos e biopirataria. Logicamente, também deve haver a promoção de amplos debates com cientistas, pesquisadores, médicos, sociólogos, eticistas, biólogos, juristas, filósofos, religiosos, entidades e instituições a respeito da Bioética e das legislações estadual e federal que tratam de transgênicos e clonagem humana.

Precisamos desses debates porque vivemos numa sociedade onde nem todos pensam de forma igual. No Parlamento essa discussão é muito rica porque faz com que se possa repensar a respeito das legislações, que, neste País, na minha avaliação, demoram muito tempo para serem mudadas. As circunstâncias mudam rapidamente, mas a criação e aplicação de uma legislação, muitas vezes, tardam a tal ponto que ela fica inadequada, fora do tempo.

Por isso a relevância de este Parlamento debater sobre as diferenças que existem, especialmente a respeito de temas tão importantes como o que estamos discutindo hoje, sobre a morte encefálica.

A pergunta que faço sempre diz respeito à certeza que se possa ter quanto ao paciente estar morto ou vivo. Vamos ver se encontramos essas respostas, pois o cidadão, ao entrar num hospital, deve ter a segurança de que não vai haver falta de ética em relação à sua vida. É isso o que temos de buscar em conjunto aqui.

Será que o ator Gerson Brenner, se fosse um mendigo - que é um cidadão, um ser vivo, um ser humano e deve ser respeitado como qualquer outro da Rede Globo -, estaria vivo? Osmar Santos estaria vivo? Precisamos responder a essas perguntas sem medo de errar. Se conseguirmos salvar uma vida, já fizemos uma grande obra, tanto de um lado - do que doa um órgão - quanto de outro - daquele que o recebe.

Em seguida passaremos a ouvir a respeito dos aspectos jurídicos da morte encefálica. Depois, abriremos espaço para debates. As manifestações poderão ser feitas por escrito ou pelo microfone. Todos poderão expressar livremente o seu pensamento, e não haverá preconceito ou julgamento. Na verdade, as conclusões só

serão tiradas no final, quando lançaremos um livro sobre Bioética.

Aqui está a representação do **Ministério Público**, onde também é realizado um trabalho na área do Biodireito.

Passo a palavra ao Dr. Celso Galli Coimbra, Advogado com qualificado e profundo trabalho há vários anos na área do Biodireito, com ênfase na questão da morte encefálica. -

O SR. CELSO GALLI COIMBRA - Bom-dia a todos os presentes.

Quero agradecer ao Sr. Presidente, Deputado Giovani Cherini, pela oportunidade que está sendo criada de se trazer, pela primeira vez, ao debate público esse assunto.

Desejo também deixar registrado um fato histórico: o debate sobre morte encefálica e transplantes teve o seu **primeiro** acesso à mídia por intermédio do Jornalista Mendes Ribeiro, em junho de 1997, em três entrevistas que ele realizou e em várias crônicas que publicou no jornal **Correio do Povo**. Daí para a frente, o que antes não ganhava espaço na mídia passou a ter um espaço conquistado com muita dificuldade.

Por que com muita dificuldade? Existe um artigo chamado **Mass Media and Organ Donation**, escrito pelo transplantador **Valter Garcia**, que já foi Presidente da **Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**, publicado em revista internacional, que salienta a importância do **controle da mídia** para a **captação de órgãos**. Diz ele que não se deve **admitir críticas ao transplante** ou à **análise de situações delicadas** relacionadas a transplantes **se não forem feitas pelos próprios transplantadores**.

Esse artigo vai ser entregue ao Presidente da Comissão, bem como todos os documentos relacionados ao que será tratado nesta reunião.

Existe uma **restrição histórica na mídia desde que surgiu a declaração de morte encefálica**, que foi apresentada como uma receita de bolo em 1968. Por que estou dizendo isso? Não estou entrando no mérito médico porque não sou médico, sou um profissional do Direito e, dessa forma, coletei provas. Essa declaração de morte surgiu como uma receita de bolo, **porque** a única bibliografia invocada pela comissão **ad hoc** da **Harvard Medical School** foi um discurso de 1957 de Pio XII, pronunciando-se em congresso de anesthesiologistas, caber ao médico dizer **quando** o paciente estava morto. Não havia qualquer outra referência bibliográfica ou uma análise de grupos de estudos. Nos trabalhos do Comitê da Harvard em 68. Essa declaração de morte surgiu de uma forma oportunista. Por que oportunista? Porque na África do Sul, no dia 3 de dezembro de 1967, foi realizado o primeiro transplante cardíaco no mundo, **quando o único conceito de morte admitido era a parada cardiorrespiratória irreversível**.

Portanto, Christian Barnard e sua equipe praticaram homicídio ao retirarem

um coração pulsando do peito de uma jovem negra de 21 anos de idade na África do Sul. Por que na África do Sul? Porque lá a legislação penal é frouxa. Não poderia começar em outro país.

A partir daí o que acontece? Há uma corrida contra o tempo para formalizar esse diagnóstico e eximir parte da medicina da prática de homicídio, como o que Christian Barnard cometeu, porque naquela época, quando ele retirou aquele coração, não existia morte encefálica. Morte encefálica foi concebida às pressas nos primeiros seis meses de 1968 pela comissão *ad hoc* da Harvard Medical School a que já me referi.

Há uma evolução histórica à qual faço questão de fazer algumas alusões com relação ao seu surgimento. Em 18 de dezembro de 1967, a Revista **News week** publicou uma reportagem cobrindo o feito de **Christian Barnard** e sua equipe com o título: **Você está morto quando seu médico diz que você está. Newsweek, 18 de dezembro de 1967, página 87.** Está no título da matéria a conclusão da revista sobre a cobertura jornalística das declarações feitas pelo Médico **Mário Barnard**, irmão de **Christian Barnard**, e **outros membros** do grupo quando realizaram o **primeiro transplante cardíaco internacional, admitindo que não tentaram socorrer a "doadora" antes do procedimento transplantista.**

Não casualmente, um mês depois, começaram os trabalhos do Comitê *Ad Hoc* da Harvard Medical School, empresa privada dos Estados Unidos, que oportuna e publicamente redefiniu morte de parada cardiorrespiratória irreversível para morte encefálica, tendo como única referência, como já disse, aquele discurso de Pio XII.

Assim surgiu o conceito de morte encefálica para atender a demanda de uma emergente tecnologia transplantista, eliminando-lhe os obstáculos legais protetores da vida e que necessitava de corpos com atividade cardiovascular preservada. Atividade cardiovascular preservada é fundamental para o transplante, porque um órgão tirado de alguém que teve morte cardiorrespiratória, especialmente um órgão vital, é inútil para transplante, porque o sangue está coagulado no seu interior.

Na época, a revista indagou ao Dr. **Marius Barnard** sobre a questão do atendimento prestado, e ele disse: **Nossa responsabilidade era com o paciente no qual iríamos fazer o transplante, não com essa garota - a doadora. Os cirurgiões negaram-se a dizer se desligaram o respirador antes da parada cardíaca. Outro médico da equipe considerou a questão de estar ou não o coração parado, expressando-se: "Esta é uma questão impertinente".**

Marius Barnard explicou o conflito **assim**: "**Eu acho que deveríamos retirar o coração nas melhores condições possíveis**". Essa expressão "**nas melhores condições possíveis**" ainda é hoje a **palavra de comando da atividade transplantadora na retirada de órgãos, o que significa encurtar o tempo de atendimento, não esgotar os recursos de atendimento ao traumatizado encefálico severo para privilegiar terapêuticas de alto custo e complexidade.**

Agora, gostaria de perguntar ao **Dr. Solimar**, Presidente da Câmara Técnica da Morte Encefálica e **representante oficial do CFM, quanto tempo dura o teste da apnéia?**

O SR. SOLIMAR PINHEIRO DA SILVA - O teste da apnéia realizado tem **um tempo determinado de oito minutos**, é o que acabei de falar na minha exposição.

O SR. CELSO GALLI COIMBRA - e onde está determinado que **são oito minutos?**

O SR. SOLIMAR PINHEIRO DA SILVA - Está escrito na legislação, varia entre 8 ou 10 minutos, **consta na Resolução.**

O SR. CELSO GALLI COIMBRA - Muito obrigado pela sua colaboração.

A seguir, gostaria de reproduzir esta fita de vídeo que gravou um debate entre neurologistas na TV Cultura de São Paulo, antes prestando os seguintes esclarecimentos: o Dr. **Célio Levyman** é bastante conhecido no meio neurológico nacional, foi **Vice-Presidente da Comissão Técnica da Morte Encefálica que elaborou a Resolução CFM nº 1480**, onde, de acordo com o que o Dr. Solimar disse, estariam previstos 8 ou 10 minutos para o teste da apnéia. Esse Senhor é um neurologista especial, **porque participou da realização do próprio protocolo de morte encefálica em uso no Brasil para declarar a morte de pessoas que terão seus órgãos retirados.**

Nesta gravação vamos presenciar um debate com o **Dr. Célio Levyman**, ocorrido dia 18 de janeiro, na TV Cultura, em São Paulo, em 1998.

(Ouve-se gravação.)

(Trecho da gravação transcrito por solicitação do palestrante)

(...)

A Sra. ENTREVISTADORA - Mas, Dr. Coimbra, esta questão não se coloca também diante do ato de desligar os aparelhos de uma pessoa que sofreu um acidente e teve a coluna destruída?

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Perfeitamente, então, dentro disso, eu gostaria até de fazer uma observação ao que o colega disse lá, porque se disse que esse caso que foi relatado no Congresso Americano de Neurologia **não preenchia todos os critérios de morte encefálica**. Então vamos ver porque que não preenchia todos os critérios. **Um dos critérios que ele não preenchia é o fato de que você tem que desligar o respirador - veja só - por 10 minutos para verificar se a pessoa volta a respirar.**

Eu lhe pergunto assim: se eu lhe impedisse de respirar por 10 minutos, **você que é uma pessoa sadia**, você acha que sobreviveria a isso?

O SR. ENTREVISTADOR - Como é que se explica isso, Dr. Levyman?

O SR. CÉLIO LEVYMAN - Veja bem...

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Aí se pode..., desculpe, aí se pode fazer qualquer outro teste depois porque, com 10 minutos de apnéia, realmente é muito difícil sobreviver.

O SR. CÉLIO LEVYMAN - O teste da apnéia não é feito com 10 minutos. **Realmente, se deixar alguém 10 minutos sem respirar, naturalmente que o desastre será total. O teste de apnéia é feito por um tempo muito menor. Certo, Professor?**

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Qual o tempo?

O SR. CÉLIO LEVYMAN - **O tempo definido é de dois a três minutos, certo?** E associado aos demais testes. Não é um teste único. E só, voltando ao que você havia colocado, na realidade existem esses trabalhos. Não há dúvida. É uma linha de pensamento. Agora, a linha predominante que nesses anos todos ocorreu eu até concordo que naquele momento, quando houve o transplante da África do Sul, aquela reunião do comitê da Harvard poderia ter sido ter sido feito no momento inadequado -, mas, no mundo inteiro foi-se avançando e a literatura internacional é ampla, pesada e consensual, que em países conflitantes na época da guerra fria, instituições conflitantes, em "n" situações, **por que justamente aí teria que haver um consenso? Onde, na Medicina as coisas são muitas vezes tão díspares, tão criticadas, por que nessa área não se discute isso?**

A SRA. ENTREVISTADORA - Dr. Coimbra, o senhor está questionando o critério de diagnóstico de morte encefálica?

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Sim. Deixa eu só fazer uma afirmação. **O meu colega está mal informado. Realmente é 10 minutos. Isso está na literatura médica internacional que ele está mencionando.**

Por favor, pode repetir a sua pergunta?

A SRA. ENTREVISTADORA - Se o senhor não concorda com os critérios adotados mundialmente para se diagnosticar a morte encefálica?

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Discordo porque, veja só, os critérios visam essencialmente o quê? Determinar que o cérebro não está funcionando. Então veja só, veja só: você determina. Faz o exame e diz assim: o cérebro não está funcionando aqui. Deixa passar seis horas e diz assim: Olha, o cérebro não está funcionando aqui. Aí você diz o quê? Eu faço uma projeção. Se nessas seis horas não houve modificação eu vou dizer que não vai haver modificação mais. O que que é isso? Isso não é diagnóstico. Isso é prognóstico! Isso é prognóstico. Quando você avalia uma mesma variável em tempos diferentes para inferir qual vai ser o comportamento dessa variável no tempo futuro, você está prognosticando e não diagnosticando. Em todas as línguas conhecidas

diagnóstico e prognóstico são coisas diferentes.

(...)

(Prosegue gravação.)

O SR. CELSO GALLI COIMBRA - Temos aqui um documento onde está **claro** que a **própria Comissão Técnica da Morte Encefálica** não tem **consenso** a respeito do **teste da apnéia e seus efeitos**. Já o Dr. Solimar Pinheiro da Silva, atual Presidente da Comissão Técnica da Morte Encefálica, que elaborou a Resolução nº 1480/97, hoje nos disse, mas não corretamente, que esse teste é Lei, pode ser lei para os médicos, **mas não é lei para os pacientes**. O teste **não é obrigatório**, e o paciente ou seus familiares **têm liberdade de recusar a elaboração desse teste**.

A **Lei dos Transplantes**, quando delegou competência federal para o CFM redigir um protocolo de morte, **não lhe delegou competência para colocar em uma Resolução sua um procedimento homicida, "catastrófico para a vida do paciente" como é o teste da apnéia, conforme as palavras do médico neurologista Vice-Presidente da Comissão Técnica que elaborou a própria Resolução nº 1480/97 do CFM, Dr. Célio Levyman.**

Estamos **comprovando** que a falta de **entendimento** a respeito do **teste da apnéia não está nem no exterior, está aqui dentro**, mas está sendo sufocada de forma terrorista pelo art. 133 do Código de Ética Médica, com um preceito inconstitucional, **que proíbe o médico de veicular conhecimento científico fora dos meios competentes**. Obviamente por meios competentes o Conselho Federal de Medicina vai entender seu próprio meio e **não a sociedade, como hoje aqui que está se criando uma exceção sem precedentes**.

Esse Art. **133** do **Código de Ética Médico** entra em **conflito** com o Art. 5º, **inciso IX**, da **Constituição Federal**, que **garante total liberdade para a veiculação do conhecimento científico**. E nesse sentido, hoje, é necessário que os médicos possam se livrarem desse terrorismo regulamentatório que desrespeita a Legislação do País - desrespeitando a Legislação do País, desrespeitam a sociedade, a saúde, a vida e os pacientes -, para que seus compromissos profissionais possam ser com a sociedade, com a vida e saúde de seus pacientes, sem receios de perderem os seus CRMs, que é o que está implícito em qualquer descumprimento do Código de Ética Médica.

Faço um apelo para que aqueles representantes de entidades ou autoridades que tenham competência para ingressar com ação direta de inconstitucionalidade para que suscitem a **inconstitucionalidade desse artigo**, que é uma grande barreira para a seriedade do meio médico no que tange ao respeito com o médico que trabalha para não ser subordinado de forma terrorista, persecutória pelos órgãos gestores da medicina, como vem ocorrendo.

Para poder trazer essas informações para os Senhores há conseqüências decorrentes desse artigo inconstitucional. É claro que existem pessoas aqui que sabem muito bem que a hierarquia entre as leis é um princípio de direito intransigível. Uma **Resolução** não tem como estar acima de uma **Constituição Federal**; lei federal não está acima de uma Constituição Federal, e esse artigo precisa ser revogado do Código de Ética Médica, porque enquanto ele constar neste Código não será um Código de Ética para médicos, mas para os interesses **outros** que ingressaram dentro da medicina para controlar os médicos no exercício da sua profissão, onde eles devem satisfação primeiro ao seu paciente e à sociedade.

Quanto à questão do debate técnico, como profissional do Direito estou registrando aqui que o Conselho está legitimando esse debate. Realmente elogio a presença do Dr. Solimar neste evento, mas lhe pediria encarecidamente, no que diz respeito à **questão técnica neurológica** suscitada na **primeira palestra**, que ela fosse enfrentada tecnicamente também, porque como profissional do Direito não escutei **sequer um argumento técnico** que arranhasse a argumentação **neurológica** sustentada na primeira palestra.

Há pontos técnicos importantes que, passando por cima da censura que existe no meio médico contra os médicos, precisam ser enfrentados com argumentos técnicos no interesse da vida, da saúde, da sociedade, dos **direitos fundamentais** previstos na Constituição Federal.

Quero deixar **registrado** que não houve, **mais uma vez**, o **enfrentamento da questão técnico-neurológica por parte do CFM**.

Solicito que seja preparada a segunda fita. No 23º Congresso Nacional de Neurologia aconteceu o mesmo: o assunto não foi enfrentado, **mesmo sendo um fórum competente**, segundo o Conselho Federal de Medicina e o Art. 133 do Código de Ética Médico.

(Procede-se projeção da fita.)

A médica que assistimos neste vídeo sustentar não existir **neurologistas** para **debater** o teste da apnéia no **mais importante** Congresso **Nacional** de Neurologia, é a neurologista **Dra. Irene Abramovich**, que era a **Presidente**, quando o Dr. **Célio Levyman** era o **Vice-Presidente**, da **Câmara Técnica Brasileira da Morte Encefálica**, quando foi elaborada a **Resolução nº 1.480 do CFM**.

As atas das últimas reuniões da Câmara Técnica Brasileira da Morte Encefálica foram obtidas em São Paulo por meio de processo judicial. Nelas se encontram declarações graves que são desconhecidas da maior parte da sociedade, porque existe um bloqueio na transmissão de informações. Esse bloqueio tem a ver com interesses em tomo da realização do teste homicida da apnéia. **Assumo em meu nome a acusação de que o teste da apnéia é homicida e está provocando um genocídio na Medicina.**

o **Dr. Wilson Luiz Sanvito**, segundo as atas da Comissão referida, manifestou-se da seguinte maneira quanto à questão da **unanimidade** para sustentar essa declaração de morte **fictícia**: **"Gostaria de retomar a palavra até porque se não houver uma unanimidade, e sei que toda a unanimidade é burra, vamos caminhar para uma situação absurda. Teremos de fazer uma moratória, teremos de parar todos os transplantes, pelo menos os de doador-cadáver, porque não temos um diagnóstico de morte encefálica."** Esta declaração é documento judicial.

Existem outras declarações muito sérias nessas atas. **Dr. Fernando Menezes Braga**, integrante da Comissão, segundo consta na p. **911** do processo na Justiça Federal paulista: **"A gente faz exame complementar porque precisa mostrar figurinha principalmente para os outros colegas, enfermeiros e, principalmente, para o público que desconhece isso, senão realmente não iriam acreditar. Você precisa sempre mostrar figurinha não para nós, que quanto a isso não temos dúvida nenhuma."** **Dr. Luiz Alcides Manreza**: **"O conceito de morte encefálica realmente é prognóstico ou diagnóstico? O que é importante para o nosso conceito é a impossibilidade de retomo a uma qualidade de vida."** Isso não é declaração de morte. Ele está falando aqui na impossibilidade de retomo "a uma qualidade de vida", o que também é discutível, mas não está falando de morte.

Dr. Alberto Alann Gabbai: **"Além disso, é fundamental entender também que infelizmente, no mundo atual, 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."** Ação Declaratória nº 980039872/4, p. 972, ajuizada na 19ª Vara Federal de São Paulo contra o Conselho de Medicina do Estado de São Paulo.

Dr. Wilson Luiz Sanvito: "Eu acho que mais importante que o diagnóstico é o prognóstico. Qual a diferença? Mais importante que o diagnóstico é o prognóstico nesse processo."

Com essas declarações, já temos uma idéia do que **pensam** os gestores da Medicina e como **pensavam** os integrantes da Câmara Técnica da Morte Encefálica que redigiram a Resolução nº 1.480/97, que obriga o médico a aplicar o protocolo de morte. Ao **contrário** do que foi dito aqui pelo **Dr. Solimar**, não trata-se de "**um direito concedido por lei federal**" ao CFM determinar teste neurológico, **quando esse teste mata o paciente**. A lei federal não concedeu o direito de matar aos gestores da Medicina, mas delegou a competência para ser realizado um procedimento declaratório mais próximo possível do avanço do conhecimento médico vigente no interesse do paciente a ser socorrido, e não de outro paciente que está esperando pelos seus órgãos.

O caso de Gerson Brenner: foi dito pelo representante do CFM aqui presente, Dr. Solimar, que não se sabia de pessoas que foram atendidas com hipotermia. **Gerson Brenner** foi, pública e notoriamente, atendido com hipotermia moderada.

E por que não se usa hipotermia e o coma induzido no socorro ao traumatizado **encefálico severo**? Por causa da Resolução nº 1.480/97. Se forem utilizados esses dois procedimentos, não será possível fazer a declaração de morte encefálica, diminuindo assim a oferta de órgãos. **O uso da hipotermia é nesta Resolução causa impeditiva da declaração de morte.**

Desde 1997, vêm sendo ajuizadas sucessivas interpelações judiciais contra o Conselho Regional de Medicina, a União e o Conselho Federal de Medicina.

A quarta e última foi interposta em **junho de 2000**, reunindo um grupo expressivo de pessoas de todo o Brasil, juízes, auditores do Estado, advogados, psicólogos, pessoas de todos os contextos sociais, para suscitar um **questionamento técnico-neurológico** quanto ao fato aqui repetido hoje de não ter sido enfrentado em nenhum momento a questão técnica neurológica do procedimento declaratório de morte pelos gestores médicos. Fazer postulados e impor dogmatismos para criar "consensos", não é enfrentar a questão técnica neurológica manifestamente divergente entre os próprios gestores. Dessa forma, o conhecimento não avança, retrocede.

Solicito ao Presidente da Comissão de Bioética que encaminhe o teor da interpelação ao Conselho Federal de Medicina, para que nos responda e nos dê um prazo para réplica. Entendemos que temos o **direito** de saber **por que** se faz algum diagnóstico e **como** ele é feito. Temos o direito de obter essas respostas apesar de sermos leigos, como é pretextado.

Do ponto de vista jurídico, interessa que a aplicação de um procedimento

declaratório de morte, de fim de vida - e não estou adentrando em questão médica, porque não tenho essa autoridade -, **não seja controverso**. A existente controvérsia desse procedimento declaratório que está sendo posto em prática no Brasil já é fato consumado, pelo menos desde 1999, quando a **Brazilian Journal of Medical and Biological Research** publicou o artigo mencionado na primeira palestra, que passo às mãos do Deputado junto de muitos outros. A partir daí a comunidade científica neurológica internacional passou a considerar esse conceito **validamente questionado**, o que foi reconhecido em diversas cartas traduzidas por tradutor público juramentado e enviadas ao Brasil por expoentes da neurologia internacional reconhecendo que é necessário revisar a declaração de morte encefálica.

No momento em que, sob o ponto de vista jurídico, temos **comprovada controvérsia** para declarar não uma gripe, mas a **morte**, o fim da vida de uma pessoa, com o **agravante** de beneficiar, de **transferir recursos** de vida para **outro paciente**, temos um problema que está essencialmente no âmbito do Direito.

É preciso que esse assunto seja urgentemente revisado e receba a devida atenção sem a fuga ao seu debate. Para isso, é preciso retirar dos médicos a censura feita pelo art. 133, do Código de Ética Médica, porque somente eles podem nos subsidiar com informações para trabalharmos, inclusive no Direito. De outra forma, nos bastidores vão acontecer ameaças e a consumação da retirada das suas condições profissionais pelos seus órgãos de classe. Historicamente tal aconteceu no mundo inteiro **quando os médicos começaram a questionar a declaração de morte, em 1968**. Para nós, do meio jurídico, interessa o **fato** de ser uma **questão controversa e não estar havendo consenso**. Se está certo *a* ou *b*, não interessa preliminarmente. Por isso foi dito por um dos membros da Câmara Técnica da Morte Encefálica que é necessário um **consenso**, uma unanimidade.

Um outro ponto muito importante e que passa despercebido até hoje é o fato de que nessas reuniões da Câmara Técnica da Morte Encefálica realizadas em janeiro e fevereiro de 1998, em São Paulo, cujos membros até então eram anônimos e deixaram de ser no momento em que foram obtidas as atas por meio de processo judicial, foram votados os critérios para morte encefálica. A Presidência colocou esse assunto em votação e disse que houve unanimidade, mas houve um voto vencido, que foi o do primeiro palestrante de hoje, e consta na ata. Essa é uma questão técnica que interessa ao Direito.

O Direito trabalha com fatos, com tudo o que for possível obter através de prova lícita. Está documentado em processo judicial que não houve unanimidade nas reuniões da Câmara Técnica da Morte Encefálica. Poderá o Conselho Federal de

Medicina alegar que quem votou contra os critérios declaratórios não fazia parte da Câmara Técnica da Morte Encefálica. No entanto, os que faziam parte pediram-lhe o voto, depois de darem o comando para que houvesse unanimidade. Esse voto foi em desacordo com o procedimento adotado, e consta nas atas da Comissão Técnica da Morte Encefálica. Não houve **unanimidade** até dentro dessa Comissão. Estamos praticamente chegando próximos a uma situação subordinada ao **Direito Penal**. A responsabilidade envolvida aqui é enorme, assim como os interesses econômicos que estão por trás de terapias da mais alta complexidade pelas quais o SUS chega a pagar **50 mil reais ou mais, deixando** de pagar outros procedimentos de baixo custo e de caráter preventivo.

Esses documentos ficarão com o Presidente da Comissão.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Agradeço a participação do Dr. Celso Galli Coimbra, que abordou os aspectos jurídicos da morte encefálica.

Registro a presença do Dr. Eliseu Santos, médico e Deputado Estadual, que foi Presidente da Comissão de Saúde e Meio Ambiente desta Casa por vários anos. Como disse há pouco, terça-feira é um dia de muitas reuniões, de sessão plenária e, em seguida, haverá reunião de Mesa para discutir os projetos que serão votados, por isso os Deputados não podem estar presentes. Sabemos que o Deputado Eliseu Santos estará presente, mesmo não estando fisicamente, ao debate que também envolve seu interesse profissional como médico.

Agora, abriremos espaço para o debate. Anunciamos a presença do nosso palestrante, Dr. Volnei Garrafa, que falará sobre doação de órgãos e tecidos. Trata-se de um profissional conhecido em todo o Brasil e no mundo, gaúcho de Três de Maio, que honra o Rio Grande por este mundo afora.

Abrimos agora, portanto, espaço para o debate. Solicito aos que quiserem fazer questionamentos serem breves para que as perguntas não se transformem em palestras. Isso é importante inclusive para que os nossos palestrantes possam fazer réplica e tréplica, até porque aqui houve algumas diferenças de posições, e precisamos dar oportunidade para que os palestrantes possam debater, com mais profundidade, essas diferenças.

o microfone está à disposição.

O SR. MARCO ANTÔNIO AZEVEDO - Sou médico e professor de Filosofia. Posuo doutorado em Filosofia e sou coordenador do Programa de

Bioética do Hospital de Pronto Socorro e da Câmara Técnica de Ética e Bioética do Conselho Regional de Medicina.

Eu gostaria de fazer uma pergunta ao Dr. Cícero Galli Coimbra, mas primeiramente farei um rápido comentário. **Do ponto de vista lógico, seu argumento é consistente.** Eu precisaria analisá-lo melhor porque cheguei um pouco atrasado à sua palestra, **mas me parece consistente porque apresenta uma ordem lógica em que, se as premissas são verdadeiras, a conclusão também o é.**

Eu não tenho condições, pelo menos neste momento, de entrar no mérito da verdade das premissas, **mas elas me pareceram fortes.** Creio que **o Dr. Solimar Pinheiro da Silva não entrou nessa discussão do mérito, mas basicamente fez uma apresentação que eu chamaria de dogmática da verdade das convicções atuais do Conselho Federal, o que me pareceu problemático. Isso significa que devemos levar mais a sério as afirmações do Dr. Cícero.**

Minha dúvida é sobre aquele debate que foi apresentado pelo Dr. Celso, realizado na televisão entre o Senhor e um neurologista de São Paulo.

Não sou especialista na área, já que a minha especialidade na Medicina é Pediatria. Portanto, nunca me envolvi com diagnóstico de morte encefálica, mas lembro que eram utilizados protocolos, inclusive na minha instituição, que não estipulam 10 minutos, mas um intervalo de três minutos. Até tentei consultar um colega que atua na área para esclarecer isso.

Minha dúvida, portanto, é saber se em geral o que se utiliza realmente é o protocolo que prevê 10 minutos de suspensão do teste de apnéia ou se é utilizado, talvez por alguma liberalidade ou por qualquer outro critério técnico, um tempo menor, no caso de três minutos.

Se todas aquelas afirmações são feitas com respeito ao teste realizado com 10 minutos, elas valeriam ou poderiam ser estendidas para um teste de três minutos. O pressuposto que poderia ser utilizado por quem aplica o teste de três minutos é que ele não é definitivo e, portanto, precisa ser comprovado por meio de diagnósticos posteriores, como a cintilografia e teste de perfusão. O Senhor apresentou também argumentos que indicam as dificuldades para aceitar esses testes como definitivos.

Pergunto, portanto, que tipos de procedimentos vêm sendo empregados em

outros países e no nosso meio. Se isso é apenas uma controvérsia, um mal-entendido, ou se efetivamente o que se utiliza é um tempo menor. E, em caso de se utilizar um tempo menor, se esse não seria um teste diferente do de 10 minutos e se não implicaria a necessidade de comprovação diagnóstica posterior.

Faço agora apenas um comentário final. Toda a discussão está na dependência da idéia de que tem de se comprovar em definitivo a morte, ou seja, o conceito de morte está implicado. Alguém aqui poderia apresentar um obstáculo a essa argumentação dizendo que, na verdade, o que se trata aqui não é efetivamente elaborar um diagnóstico definitivo de morte, mas, sim, da sua irreversibilidade e empregar um argumento estatístico. De longe, as probabilidades de que o teste seja incorreto são muito pequenas. Nesse sentido, um argumento que, na tradição da Filosofia, é empregado em termos **utilitaristas** se tomaria, do ponto de vista inclusive da utilidade social e dos direitos das pessoas envolvidas, aceitável.

Assim, se o diagnóstico que tem de ser afirmado realmente é um diagnóstico em termos definitivos, que não admite sequer nenhuma probabilidade infinitesimal ou pequena de falha, então é evidente que seus argumentos têm de ser levados a sério. Aí, nesse caso, as pessoas da área - neurologistas e neurocirurgiões - deveriam realmente entrar num consenso sobre o assunto.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Antes de o Dr. Cícero responder, quero agradecer a presença de vários professores do Rio Grande neste debate, especialmente do Coordenador Regional da 25a Coordenadoria da Educação da minha terra, Soledade, Paulo Cataneo.

Concedo a palavra ao Dr. Cícero Galli Coimbra.

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - A Resolução nº 1.470 diz **textualmente** que o teste é de até **10 minutos** de duração. Aparentemente se aceita também que a constatação de uma pressão parcial de gás carbônico elevada - acima de 60 milímetros de mercúrio - possa interromper o teste antes dos 10 minutos de duração, mas não obriga a que se meça a pressão parcial de CO₂.

Portanto, se não há recursos para se medir a pressão parcial de CO₂, o profissional pode estender o teste em até 10 minutos de duração.

Toda a mecânica do diagnóstico de morte encefálica mostra que, na realidade, não se trata de um diagnóstico, mas, sim, de um **prognóstico**. Quando se analisa uma variável que, no momento, está no nível A e, após um intervalo de tempo, ela continua na mesma posição, se conclui que, ao longo de todo o período de observação, ela não sairá mais do nível A. Isso, **portanto, não** é um **diagnóstico**, mas um **prognóstico**.

Não sei se respondi adequadamente à pergunta.

(Participante se pronuncia fora do microfone - inaudível.)

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - A minha questão é relativa ao teste de apnéia. No momento em que se faz o teste de apnéia, **sequer** se fez qualquer medida do fluxo sanguíneo cerebral. Assim, o fato de o teste de apnéia justamente poder induzir potencialmente à morte que deveria apenas diagnosticar foge a qualquer lógica, **mesmo a da mecânica de prognósticos**.

(Participante se pronuncia fora do microfone - inaudível.)

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Não discuto o conceito de morte encefálica. Cabe à sociedade e às pessoas que estudam ética discutir se uma pessoa que se encontra com lesão definitivamente irreversível do tecido nervoso possa ser chamada de morta. Esse não é e nunca foi o meu questionamento. Cabe à sociedade civil afirmar se é ou não.

O problema é que nossos achados mais recentes **demonstram** que aquelas pessoas que estavam sendo classificadas como mortas, através de uma mecânica mal-formulada de **prognóstico**, muitas delas - **talvez até 50% dos casos - podem estar de fato vivas, mas isso apenas até o momento em que é feito o teste de apnéia, já que esse teste toma o quadro irreversível**.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Anunciamos a presença do Professor Paulo Cataneo, da Professora Rachei, da Mariazinha, da Helena Jussara,

da Secretária da Educação do Município de Itapuca e da Secretária da Educação do Município de Arroio do Tigre, minha amiga Vera Lúcia.

Concedo a palavra ao Dr. Solimar Pinheiro da Silva.

O SR. SOLIMAR PINHEIRO DA SILVA - Eu gostaria de dizer ao Professor que o Conselho Federal de Medicina é eleito, e seus componentes não detêm conhecimento técnico. Quando necessitamos de conhecimentos técnicos, consultamos a Sociedade Brasileira de Neurologia e a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, que foi o que fizemos.

Especificamente sobre o tema, a coisa parece que ficou meio no ar, ou seja, se é um minuto, dois, oito ou dez. Na realidade, o que interessa é a pressão parcial de gás carbônico. É consenso que, se atingir 55 milímetros de mercúrio, o paciente não respirando, jamais vai respirar.

No entanto, se, durante o teste de apnéia, o paciente apresentar uma complicação... A **complicação que o Dr. Cícero referiu realmente existe**. Pode ocorrer num pneumotórax, **durante um processo de apnéia, numa parada cardíaca, enfim**. Não há como se fazer um diagnóstico de morte encefálica sem gasometria.

Portanto, se é feita a coleta de gasometria, e se esta estiver acima de 55 milímetros de mercúrio e o paciente não estiver respirando, ninguém terá dúvida de assinar o atestado. O tempo que consta na resolução é de oito a dez minutos, mas isso não é o principal. O principal é a pressão parcial de gás carbônico.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Está presente também a nossa querida Deputada Maria Helena Sartori, membro desta Comissão, a quem concedo a palavra.

A SRA. MARIA HELENA SARTORI - Bom-dia a todos. Eu gostaria de justificar meu atraso. Eu estava participando da reunião da Comissão de Educação, da qual faço parte, e, anteriormente, me encontrava no Palácio para o lançamento do programa Alfabetiza Rio Grande.

A partir de agora, passaremos a acompanhar os trabalhos desta Comissão.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - A palavra continua à disposição do plenário.

O SR. ANTÔNIO MESQUITA GALVÃO - Represento a ESTEF Escola Superior de Teologia e Espiritualidade Franciscana -, aqui de Porto Alegre, sou teólogo e possuo doutorado em Teologia Moral.

A Teologia Moral, hoje, também quer fazer parte desta mesa de debates acerca da bioética.

Minha pergunta é dirigida ao Dr. Celso, e creio até que se trata de uma questão genérica. Pergunto se o Dr. Celso tem conhecimento - e poderia até, quem sabe, nos relatar alguma coisa - sobre o caso Paulo Pavesi, de Poços de Caldas, Minas Gerais.

O SR. CELSO GALLI COIMBRA - O caso Paulo Pavesi não é um caso de erro declaratório, **mas um caso de tráfico de órgãos.**

Aqui, estamos discutindo um procedimento declaratório equivocado, que provoca a morte do paciente quando pretende diagnosticar a morte.

Não sei se estou-lhe respondendo.

O SR. ANTÔNIO MESQUITA GALVÃO - Sim, mas, então, eu gostaria de transferir a pergunta para o Conselho Federal de Medicina.

O SR. SOLIMAR PINHEIRO DA SILVA - Pessoalmente, eu desconheço o caso.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Também aqui presente o Relator da nossa Comissão de Bioética, o médico e Deputado Pedro Westphalen.

Devolvo a palavra ao Dr. Celso.

O SR. CELSO GALLI COIMBRA - O caso do menino Pavesi está pendente de esclarecimentos com a seguinte situação técnico-jurídica: a equipe de transplantadores de Poços de Caldas foi denunciada pelo Ministério Público Federal por homicídio doloso qualificado para a retirada de órgãos.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Vejam bem a qualificação deste plenário! Este plenário tem muito valor. Queremos multiplicar isso cada vez mais, porque o que está acontecendo aqui é uma lição de ética, de amor à vida, de liberdade, de coragem, de ousadia, de democracia e de respeito à vida.

A palavra continua à disposição.

O SR. LUÍS GELCI BESSON - Bom-dia. Sou enfermeiro, **trabalho numa UTI**. Sou também **assessor parlamentar** para a área da saúde da Deputada Floriza dos Santos.

Quero agradecer a oportunidade de estar aqui e cumprimentar os componentes da mesa e a Comissão por esta iniciativa, de tanta importância para nós.

A minha pergunta é dirigida ao Dr. Cícero. Na verdade, é mais uma confirmação do que propriamente uma pergunta. O Senhor, quando proferiu sua palestra, mencionou que a angiografia cerebral em alguns momentos não mostra uma imagem vascular, mas que existe fluxo sanguíneo cerebral por atividade secretora do hipotálamo. É isso?

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - O que acontece é que se você, como médico, ou qualquer pessoa abrir o **primeiro** capítulo de um livro de **angiografia**, vai verificar que um dos **avisos** aos aplicadores da técnica é que as artérias cerebrais podem não se opacificar, não se encherem de contraste ou não se encherem de contraste suficiente para provocar a formação da imagem na chapa de raios X se o fluxo sanguíneo estiver reduzido.

A situação que leva o indivíduo à morte encefálica é uma redução progressiva do fluxo sanguíneo cerebral. Então, quando se faz angiografia, já se sabe que o indivíduo está com o fluxo sanguíneo cerebral reduzido. O que não se sabe é se ele está em zero. E a angiografia **pode apenas** mostrar ausência de imagem quando **não houve aumento da concentração suficiente do contraste dentro da artéria para provocar essa formação de imagem**. Mas ela não diagnostica com certeza, **assim como qualquer outro teste que se faça, a ausência de fluxo sanguíneo cerebral**. Não sei se respondi a sua pergunta.

O SR. LUÍS GELCI BESSON - Sim, respondeu.

E também o tecido nervoso pode, se revascularizado num tempo hábil, voltar a ter um fluxo circulatório num período de 48 horas, porque, por aquela imagem que o Senhor passou, se temos uma artéria comprometida, a circulação periférica e o tecido periférico não necessariamente entram em infarto. É isso?

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Sim. Você tem uma situação em que o tecido nervoso consegue suportar esse fluxo sanguíneo apenas parcialmente reduzido sem evoluir para a morte do tecido nervoso. **O tecido nervoso consegue sustentar essa situação por até 48 horas**, segundo medidas feitas em laboratório.

Nesse período, você poderia induzir hipotermia, reduzindo assim o edema cerebral, aliviando a pressão intracraniana e fazendo retomar o fluxo sanguíneo ao valor normal **antes que terminassem as 48 horas**.

O SR. LUÍS GELCI BESSON - Certamente. Corrige a PIC e melhora a pressão de perfusão. Seria mais ou menos isso.

No procedimento da apnéia, o Senhor coloca que não só o aumento de

CO₂, mas, sim, o aumento de CO₂ poderia trazer complicações, porque é feita a hiperoxigenação. Aumenta-se o oxigênio para esse paciente, e, com isso, ele estaria recebendo uma dosagem de oxigênio satisfatória, mas tem que levar em consideração também que, pelo aumento do CO₂, poderíamos ter comprometimento.

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Eliminamos ácido através da respiração sob a forma de gás carbônico. Quando você pára o respirador, se acumulam esses ácidos. A acidez súbita que ocorre no sangue nessa situação prejudica a atividade cardíaca. A força de contração do coração pode provocar parada cardíaca naquele momento, como foi relatado na literatura internacional, e induzir hipotensão, prejudicando ainda mais a circulação cerebral.

Quero aproveitar para **salientar isso, porque o Dr. Solimar, quando abordou esse assunto, mencionou que não se faz teste de apnéia no paciente que se encontra hipotenso. É verdade, mas não era a isso que estava me referindo. Estava aludindo ao fato de que o próprio teste induz hipotensão. Na realidade, é uma má interpretação do que eu de fato falei. O teste da apnéia induz hipotensão severa durante a sua realização, mesmo em pacientes que antes do teste se encontravam com pressão normal, em até 40% dos indivíduos.**

O SR. LUÍS GELCI BESSON - O que levaria fisiologicamente à cetoacidose metabólica pelo aumento do CO₂. Seria isso?

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - O que faria com que ocorresse definitivamente a parada da circulação cerebral se ela estivesse, até aquele momento, apenas reduzida.

O SR. LUÍS GELCI BESSON - Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Estamos debatendo morte encefálica, aspectos médicos e jurídicos.

A palavra continua à disposição.

A SRA. MARTHA BERNADETTE ALVES - Sou médica, trabalho no atendimento à dor crônica.

Na verdade, a questão que está sendo colocada aqui é de mudança. A medicina tem um conhecimento que evoluiu, e a primeira pergunta é como o paciente gostaria de ser tratado com o conhecimento que se tem hoje.

Temos hoje recursos para prevenir, que são muito menos onerosos do que os usados para curar. Não temos poder sobre a vida e a morte, e a questão que está sendo colocada pelo Dr. Cícero é exatamente esta: humanizem-se. Vocês não têm esse poder, Drs. Médicos. Vocês são humanos, e humanos falham. Suas leis não são leis, são resoluções que tentam, mas ainda não são eficientes, não são poderosas, porque o homem não tem esse poder - principalmente o médico, que se o atribui sobre a vida e a morte.

Somos instrumentos, prestamos um serviço para qualificar a vida dos seres humanos, e não para nossa projeção pessoal. A discussão do Dr. Cícero não é pessoal, é humana. Eu gostaria de passar por um processo de hipotermia sendo público, do SUS. O médico do SUS não é o meu médico de confiança. Eu, usuário do SUS, não disponho de um médico de confiança, porque infelizmente faltam pernas para o SUS atender de fato o ser humano com dignidade.

No juramento que nós médicos fazemos, que é o Juramento de Hipócrates, não há, em absoluto, uma palavra sequer que fale da condição econômica ou da nossa função em termos da filosofia econômica. O Dr. Celso, referindo-se à colocação de um dos membros da Comissão, citou a questão **custo-benefício**. Isso não existe no juramento que cada um de nós médicos faz no início da nossa profissão.

Para onde foi aquele amor, como o Deputado disse, que havia no início da nossa busca por essa profissão? A medicina é o exercício da qualidade de vida, é prestar um serviço para melhorar a situação de dor e sofrimento do nosso paciente. É isso que está no nosso juramento como médicos, e é isso que eu vejo como ética médica. Onde está esse nosso juramento? Obrigada.

A SRA. BETUSA KRAMER - Sou médica pediatra e represento o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

Fica difícil falar depois dessa manifestação. Estou emocionada. **Quero dizer que me sinto muito confortável depois do que foi dito para abordar esse tipo de situação, já que na formação médica existe muito prurido de abordar realmente esse assunto.**

Como se abriu este espaço, **que é histórico, temos de continuar falando a esse respeito. Não podemos deixar que esta seja a primeira e última ocasião em que se abre essa discussão a público. Acho que ela incomoda muita gente, gente de dentro e de fora do meio médico, e é por isso que demorou tanto a acontecer.**

Venho fazer perguntas, inclusive técnicas, para a mesa, mas não gostaria que a platéia ficasse "viajando" - entre aspas - nas questões médicas

Pergunto se, assim como foi feito esse estudo e se chegou a todos esses critérios clínicos mencionados na primeira palestra, existem outros estudos sendo realizados no mundo sobre alternativas para o teste de apnéia?

Sei que em animais é possível se fazerem esses estudos. Mas, se chegaram a todas essas comprovações que foram apresentadas, existem outras alternativas? Por que não se debate isso nas revistas, nos livros, como alternativa? Não acredito que a medicina, ampla e rápida como é, ainda não tenha encontrado uma alternativa. A cada dia se consegue uma nova forma de fazer o diagnóstico da mesma doença, fala-se em formas mais baratas, mais eficientes, menos invasivas, sempre visando o melhor para o paciente.

Existem outras formas de se avaliar isso? Tenho certeza de que alguém no mundo está estudando isso. A informação não deve estar chegando até nós, porque leio bastante, **e essa discussão sobre morte encefálica é antiga.** Mas gostaria de saber se existe isso no Brasil.

Quero cumprimentar a todos e dizer que tenho **esperança de que o Conselho Federal de Medicina se fazendo presente consiga ampliar um pouco essa visão da mudança da nossa sociedade brasileira, ampliar inclusive a visão do que é o médico hoje no Brasil, onde 80% dos 240 mil médicos trabalham pelo SUS e não fazem parte desse clero, estão longe da nossa realidade, nós que trabalhamos na ponta, na emergência, e atendemos esses pacientes.**

Fica muito longe para mim saber desse valor de 20 mil reais, 50 mil reais por um transplante, quando preciso atender a criança lá na ponta, preciso falar sobre

prevenção de acidentes lá na ponta.

Creio que deveríamos conversar mais sobre esses hospitais que investem tanto em transplantes, em megaestruturas, e onde cada vez se fecham mais ambulatorios, cada vez se tem mais dificuldade de chegar não no pediatra, mas na especialidade que é de direito do cidadão para prevenir uma hipertensão de uma criança, uma infecção urinária para que ela não evolua para um transplante renal.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - A Senhora é pediatra, e estou curioso para ouvir a palestra da tarde sobre doação de órgãos, especialmente no que se refere às crianças. Fala-se tanto nisso, mas não se faz muita coisa, não é, Dr. Volnei Garrafa?

o SR. VOLNEI GARRAFA - Sou professor titular da Universidade de Brasília.

Acho extremamente salutar um evento como este, e gostaria de parabenizar, já que é a minha primeira intervenção, a Assembléia Legislativa e o Deputado Giovanni Cherini por esta iniciativa democrática.

A bioética realmente não veio para discutir legalismos, mas para discutir legitimidades e moralidades. Sua base de sustentação fundamental é a filosofia, não a medicina. E nós tivemos aqui um debate médico.

Oportunidades como essas são muito ricas. Este é um tema realmente muito polêmico, muito complexo, de ponta, de fronteiras, e eu só sinto que, numa mesa como esta, não tenhamos tido um equilíbrio de forças. Tivemos duas pessoas defendendo uma posição, e uma defendendo a outra. O sobrenome dos dois debatedores são iguais, são parentes?

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Somos irmãos.

O SR. VOLNEI GARRAFA - São irmãos os dois debatedores. Não temos ninguém aqui, por exemplo, da Sociedade Brasileira de Cirurgia, e, para discutirmos moralidades e temas polêmicos dos limites e dos confins da ética, a base de sustentação

teórica, conceitual e prática, biológica, dessas coisas é indispensável, não tem jeito.

Vou fazer uma pergunta, mas antes quero fazer uma reflexão: esse tema da morte encefálica - e biologicamente quero polemizar essa discussão - é internacional. O Presidente da Associação Mundial de Morte Encefálica hoje é um cubano, meu amigo, Calixto Machado. O próximo congresso mundial sobre morte encefálica será realizado em Cuba, Havana, no ano que vem. O congresso passado também foi realizado em Cuba, e contou com a presença de mais de 200 médicos norte-americanos.

Então, é surpreendente que um tema tão polêmico como esse tenha sido colocado aqui da forma como foi, e unilateralmente, pois ouvi manifestações muito emocionadas de duas pessoas.

Temos o conceito de morte encefálica na China Comunista, na Coréia, nos Estados Unidos, este país malvado, que tem este Presidente maluco, George Bush. Como sou um homem considerado de esquerda, tenho de fazer esse depoimento. Sou sindicalista até hoje, desde o começo da minha vida, e havia jurado que não iria para os Estados Unidos até os 40 anos de idade, fui depois dos 40 anos, e agora tive uma recaída irreversível, nunca mais vou colocar os pés lá. Estive no México dias atrás com o Goldin, mandaram-me um voo por Miami, mas fui direto ao México, a Cancun, não vou mais aos Estados Unidos. É inaceitável o que fizeram com o Iraque - não é com o Saddam Hussein.

Mas o que me surpreende é que o tema da morte encefálica é aceito num país como os Estados Unidos, que têm essa visão mercantilista, mercadológica, e em Cuba, que é a antítese, que está ali perto, morrendo de medo o tempo inteiro.

Os Estados Unidos são o berço da bioética, uma bioética extremamente principalista e que dá uma hegemonia ao princípio da autonomia dos indivíduos, e essa autonomia inclina-se muito para a individualidade, para o individualismo anglo-saxônico protestante e cai um pouco no egoísmo. No conflito individual e coletivo, a bioética norte-americana é muito hegemonicamente individualista e, por essa razão, protestante. A pergunta que faço a qualquer um dos dois, Drs. Galli Coimbra, é a seguinte: num país como esse, que tem definido o conceito de morte encefálica, onde o direito entra em todas as minúcias defendendo o cidadão e a autonomia do cidadão, se esses argumentos dos Senhores são tão fortes - e entendo que são fortes, eu os escutei com a maior atenção -, como anda a questão de processos judiciais contra médicos e contra o Estado? É um país tão poderoso, que tem milhares de médicos, como sabemos.

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Quando os critérios para o diagnóstico de morte encefálica foram propostos em 1968, os médicos foram **chamados aos Tribunais dos Estados Unidos - existem vários processos** -, e a eles foi endereçada a **seguinte pergunta**, quase em todas as situações: **Qual a possibilidade de esse indivíduo, diagnosticado dessa forma, venha agora ou no futuro, com o surgimento de novas tecnologias, vir a recuperar-se? E a resposta foi sistematicamente esta: None, whatsoever. Ou seja, isso seria impossível.**

Assim, **por esse fato** e porque ao longo de **anos e anos esses critérios foram** empregados, se agora for feita uma modificação fundamental nesses critérios, **os médicos de novo vão ser chamados às Cortes, aos Tribunais, não só nos Estados Unidos, mas em qualquer lugar do mundo, e lhes será feita a mesma pergunta: Qual será a possibilidade de agora, como estes novos critérios, venha esse indivíduo a recuperar-se no futuro? E, quando responderem de novo none, whatsoever, o sistema judicial vai perguntar-Ihes: Mas você já não disse isso antes?**

No momento em que você torna os critérios para o diagnóstico de morte encefálica **voláteis**, a situação fica **absolutamente insustentável. Quem hoje é morto, amanhã pode não ser morto.** Então, o critério para o diagnóstico de morte passa a ser absolutamente volátil, o que transforma o sistema judiciário num pandemônio.

Por exemplo, se eu lhe dissesse: **Tal pessoa pode ter sido morta não pela agressão que sofreu e que levou um determinado indivíduo à câmara de gás - nos Estados Unidos.** Anos depois, poderá ser dito: **Não, o que matou esse indivíduo, na realidade, foi o teste de apnéia.** O que vai ocorrer em termos, por exemplo, de indenização da família do indivíduo que foi levado à câmara de morte não por agressão grave, mas, sim, por homicídio?

Isso irá gerar um monte de problemas insustentáveis, **que certamente nos ajudam a dimensionar o grau de resistência que pode surgir no momento em que se tenta discutir essas questões.** Imagine um cidadão que, na posição de catedrático da Medicina, depois de 30 anos aplicando o teste de apnéia, e ensinando residentes médicos a aplicarem o teste de apnéia, ouve uma palestra como esta e conclui assim: **Opa, eu posso ter errado ao longo de 30 anos. O que isso significa para a auto-imagem dele, para a própria imagem pública e para o nível de capacitação profissional a que lhe foi atribuída ao longo de todos esses anos?**

É fácil entender não só que os problemas estão afeitos ao aspecto

econômico mas que existem diversos interesses altamente sólidos que envolvem a questão de modificar fundamentalmente os critérios para o diagnóstico de morte encefálica.

Mas volto a salientar um **ponto fundamental**: O teste de apnéia - **e isto foi publicado por pelo menos dois grupos internacionais - provoca hipotensão severa; o teste de apnéia provoca parada cardíaca, que muitas vezes é irreversível, o indivíduo já está com o fluxo orgânico severamente comprometido, e assim mesmo é feito. Então, por que é feito? E saliento - este é o cerne da questão: Ele continua a ser feito, e não existe garantia alguma de que o indivíduo diagnosticado como tendo morte encefálica não vá respirar durante o procedimento de retirada de órgãos.**

A capacidade de respirar está profundamente enraizada no conceito de vida em todas as culturas do mundo. Se o indivíduo respirar durante o procedimento de retirada, ele estava vivo, e foi morto pelo procedimento de retirada. Essa é a questão fundamental que leva à resistência, a se repetir muitas e muitas vezes: Não existe substituto para o teste de apnéia; se não houver teste de apnéia, não tem transplante de órgãos vitais únicos.

O SR. VOLNEI GARRAFA - A minha pergunta é a seguinte - o Senhor não me respondeu, desculpe: Nos Estados Unidos, que é um país esperto, onde 100% do milho é transgênico...

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - **É também um país que tem um interesse econômico muito grande em termos de transplante de órgãos...**

O SR. VOLNEI GARRAFA - A minha pergunta é esta: O Senhor conhece que o número de processos judiciais contra médicos e contra entidades médicas é grande, é relevante num país como os Estados Unidos, ou não?

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - É justamente o que lhe estou respondendo. No momento em que houver uma aceitação da questão da necessidade de mudar critérios ou de se declarar que morte encefálica não pode ser diagnosticada, imagine o que isso vai levantar em termos de processos contra médicos, justamente nos Estados Unidos? Daí a resistência.

Se é esta a sua pergunta, devo dizer que não conheço nenhum processo que

tenha sido feito contra uma entidade norte-americana por ter adotado os critérios para o diagnóstico de morte encefálica incluindo o teste de apnéia. Se era isso que você queria que eu respondesse, a resposta é esta.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - O Dr. Volnei Garrafa colocava que **teríamos privilegiado uma idéia. Quero dizer-lhe que convidamos o Dr. José Sperb Sanseverino, da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, que mais realiza transplantes no Rio Grande do Sul, e ele não pôde estar presente. Convidamos o Dr. Ivo Nesralla, Diretor-Presidente do Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, que também não pôde estar presente. Convidamos o Dr. Marco Antônio Becker, Presidente de Conselho Regional de Medicina do Rio Grande Sul, que também não pôde estar presente.**

Passo a palavra à Sra. Blunair Mainieri.

A SRA. BLUNAIR MAINIERI - Bom-dia a todos!

Tenho em torno de 12 anos como operadora no Direito, como advogada, e estou há 15 anos no Movimento Espírita.

A quem vou dirigir a pergunta, permita-me, por favor, a informalidade.

Dr. Cícero e Dr. Solimar, **zona de penumbra**, é importante, é vital? Se positiva a resposta, está passando despercebida? Os médicos submetem eles próprios os seus entes queridos a esse teste de apnéia com tranqüilidade e com freqüência?

Dr. Celso, vício de consentimento como argumento se pode discorrer a respeito nas medidas individuais que patronamos. Indenização por erro médico, consultando a vasta jurisprudência, é difícil o reconhecimento. Algumas medidas cabem contra a **propaganda enganosa veiculada na mídia**? Obrigada pela atenção.

O SR. SOLIMAR PINHEIRO DA SILVA - O que **defendemos é que o teste de apnéia é dogmático**. E realmente o é. **Se não tiver teste de apnéia não há como se fazer diagnóstico de morte encefálica**. Se um parente meu tivesse como diagnóstico morte encefálica sem o teste de apnéia, eu questionaria, com certeza.

O Dr. Volnei foi essencial na sua questão: o teste de apnéia que se faz no Brasil é feito na França, nos Estados Unidos, na Inglaterra, no mundo inteiro. O questionamento está surgindo do Dr. Cícero, e já manifestei que temos aceito o questionamento, estamos discutindo. Mas considerar o teste de apnéia homicida é considerá-lo homicida não no Brasil, mas no mundo. E o Dr. Cícero acabou de dizer que nos Estados Unidos não existe nenhum processo contra nenhuma entidade, contra nenhum médico por esse procedimento.

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - Respondendo à parte que me cabe, **afirmo** que **nenhum parente meu que estiver sob a minha responsabilidade será submetido ao teste de apnéia.**

Quanto à **afirmação de que sou uma pessoa isolada ao dirigir críticas ao teste de apnéia, esclareço que documentei o assunto fartamente nesses eslaides justamente com a intenção de, preliminarmente, acabar com esse argumento. Lamento que continuem insistindo nele. Já falei que existem dois livros e que não sou autor de capítulo algum desses livros publicados nos anos de 2000 e 2002, que estão circulando em nível internacional.**

Fica bem claro para mim, não posso falar por outros médicos, **que meus parentes jamais serão submetidos a esse teste de apnéia.**

A SRA. ANNA MARIA HAGEL LEDUR - Por acaso estou aqui como representante do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

Sou **ex-transplantadora**. Fui transplantadora de rim durante muitos anos e, por incrível que pareça, **nunca consegui transplantar um paciente que não fosse relacionado ou não relacionado**. Nunca fiz um transplante de cadáver. Eu deixei a nefrologia porque esse era um assunto muito obscuro para mim. Depois fiz homeopatia e, atualmente, trabalho como terapeuta psicanalítica de formação.

Esse tema é muito vasto, é um assunto muito palpitante. Ouvi várias manifestações aqui e vou sair em defesa dos transplantadores. Quando estamos diante de um paciente com uma condição de 10, 12, 15 anos de diálise e nos colocamos na situação da pessoa, com as dificuldades que ela enfrenta socialmente e com a morte batendo à sua porta a cada sessão de diálise, onde ele faz hipotensão severas e pode morrer de uma hora para outra, estamos quase numa *Escolha de*

Sofia. É muito difícil podermos avaliar isso adequadamente.

Gostei muito de ouvir o Dr. Celso falando sob o ponto de vista do Direito, e foi brilhante também a apresentação do Dr. Cícero. Mas no Direito há a possibilidade de sentar à mesa durante quatro ou cinco horas ou semanas e discutir um processo. Nós, muitas vezes, enfrentamos situações em que não é possível chamar ninguém. Sou o exemplo vivo disso, quando tomei banhos de sangue de aidéticos porque, ou eu fazia o paciente manter-se vivo, ou deixava-o morrer pensando na minha situação pessoal. Muitas vezes sofri contaminações de pele, mas graças a Deus sou soronegativa. Mas em nenhum momento, em situações da maior gravidade quando não podia chamar nenhum jurista, pude pensar se iria ou não tamponar aquele paciente, colocando em risco a minha vida.

Pensando em muitas situações e sendo uma curiosa no estudo da Teologia, resolvi mudar. Por isso, passei pela homeopatia, que contemplava o mental, o psíquico, o espiritual e o físico e, depois, fiz formação psicanalítica.

Gostaria de deixar este tema em aberto, porque o considero extremamente sério e necessita de grandes revisões morais, éticas e técnicas.

Gostaria de fazer um **pedido** ao **Dr. Solimar Pinheiro da Silva - os argumentos do Dr. Cícero são consideráveis - para que a câmara técnica do Conselho analise a questão com cuidado, sem onipotência, porque os médicos quando estão diante dos seus pacientes graves precisam de suporte técnico, precisam se apegar a algo que lhes permita poder exercer sua profissão com dignidade e respeito.** Se não tivermos as câmaras técnicas - e **nesta discussão pública é bom que outras pessoas também possam opinar, porque elas também estão envolvidas** -, não vamos a lugar nenhum.

Parabenizo o Deputado Giovani Cherini por abordar este tema nesta Casa. Os médicos estão na linha de ponta - faço minhas as palavras da Betusa Kramer - tanto em saúde básica, que é muito importante para a prevenção, como nos hospitais de terceira ou quarta geração de recursos que atendem pessoas que precisam de transplante e necessitam ser atendidas. Agradeço a oportunidade.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Muito obrigado, doutora.

Está com a palavra a Presidente da ONG Via Pró-Doações e Transplantes, Sra. Maria Lúcia Elmer.

A SRA. MARIA LÚCIA ELMER - Sou Presidente da ONG Via Pró-Doações e Transplantes e comecei esse trabalho há quatro anos, quando um dos meus filhos entrou na lista de espera. Como mãe desesperada e impotente, sem saber o que fazer para diminuir a dor de meu filho, fui a vários hospitais de Porto Alegre, à Central de Transplantes. Pude ver como funcionava a estrutura, como as coisas aconteciam lentamente.

Atualmente há 45 mil brasileiros na lista de espera por um transplante. A nossa possibilidade de ser doador é menor do que 1 %; a nossa possibilidade de ser receptor é maior do que 10%. Fazemos, na ONG, um trabalho para informar a população sobre as questões que envolvem a doação e os transplantes e também realizamos um trabalho assistencial aos pacientes que estão em lista de espera e aos pacientes pós-transplante.

É muito oportuno discutir cada vez mais essas questões e informar-se. Sei que este é um assunto polêmico e há questões médicas e éticas que não são da minha área - sou psicóloga e psicanalista. É sempre importante que haja um espaço para se debater. Essas são questões muito graves e não podemos ser inconseqüentes a ponto de levar esta discussão de forma inadequada.

Espero que a Comissão para Tratar da Bioética possa levar este assunto de forma muito ética. Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Muito obrigado. Está com a palavra o Dr. Sandro Schmitz dos Santos.

O SR. SANDRO SCHMITZ DOS SANTOS - Bom-dia a todos. Estou fazendo esta intervenção para responder a uma pergunta do Professor Volnei Garrafa, **quanto à questão dos processos nos Estados Unidos.**

Sou **assessor especial da Cruz Vermelha Belga, onde trabalho na divisão de Direito Penal Comparado.** Nos Estados Unidos, já há alguns anos, **a quantidade de processos contra médicos tem sido medida na contagem de mil processos - algo em torno de 15 a 20 mil processos/ano por responsabilização médica.** Em função disso, a Associação Médica Norte-Americana criou um seguro que está sendo cobrado no momento da consulta, já prevendo as ações indenizatórias. Esse quadro tende a se agravar - esses foram dados informados pelo governo norte-americano.

Em 1997, a Suprema Corte Norte-Americana consolidou que a eutanásia

estaria proibida em solo americano porque não existia uma definição exata de doença terminal. Essa foi uma decisão única da Suprema Corte Norte-Americana, a qual proibiu inclusive que se legislasse nesse sentido, o que poderá gerar - e nesse aspecto concordo plenamente com o Dr. Celso - mais problemas em nível judicial, porque, no momento em que não há um conceito de doença terminal para fins de eutanásia, fica muito complexo falar em morte encefálica ou outro tipo de ocorrência. Estamos esperando a reação em relação a essa jurisprudência da Suprema Corte.

Os processos têm sido muitos e isso tem preocupado a Associação Médica Norte-Americana e outras associações, pelo volume de ações indenizatórias.

O SR. VOLNEI GARRAFA - Claro, ele generalizou. Tenho um trabalho publicado com um anestesista, aluno meu de doutorado: um médico anesthesiologista nos Estados Unidos gasta hoje em média 3 mil e 500 dólares/mês em seguro contra processos judiciais... (houve falha na gravação) de advogados que processam os médicos por qualquer coisa, principalmente por invasão do princípio da autonomia.

Agora, o que me surpreende nas declarações tão fortes aqui feitas e num país tão informado, em que 90% ou mais da produção acadêmica científica e biológica mundial ocorre, é que exista nessa área, proporcionalmente, um número tão pequeno de processos.

O SR. SOLIMAR PINHEIRO DA SILVA - Só para encerrar a minha participação, se por acaso deixei a imagem de que o Conselho Federal de Medicina é radical e dogmatiza a resolução, quero dizer que não é bem assim. O Conselho Federal está aberto para fazer as modificações que forem necessárias, desde que elas sejam cientificamente comprovadas e tenham realmente o apoio da comunidade científica nacional.

Em relação ao teste da apnéia, hoje já orientamos que seja feito depois de um intervalo de seis horas após o exame neurológico de ausência dos reflexos.

Portanto, o Conselho Federal de Medicina está aberto; lá ninguém é radical. Se algo for comprovado, se a comunidade científica chegar à conclusão de que tem que ser mudado, não iremos resistir. Iremos acompanhar o que existe de real no País e no mundo.

O SR. CÍCERO GALLI COIMBRA - A minha palavra final é dirigida aos familiares de receptores de órgãos.

Oitenta por cento dos transplantes de órgãos feitos atualmente no Brasil são transplantes de rins. Desse total, a causa mais freqüente que leva um indivíduo a necessitar de diálise e os médicos a tomar banhos de sangue na diálise, é a hipertensão. A hipertensão é uma doença assintomática e não apresenta níveis de pressão elevada. mas esses níveis de pressão elevada, apesar de não provocarem sintomas, vão progressiva e insidiosamente destruindo os rins.

O que normalmente verificamos hoje aqui no Brasil no tratamento dos pacientes que sofrem de hipertensão é a seguinte seqüência: o paciente tem uma dor de cabeça, e um amigo diz a ele para consultar um médico. Mal sabe esse paciente que ele já está com a pressão elevada há muito tempo e que a ocorrência de dor de cabeça foi apenas o resultado de uma incomodação no serviço ou em casa. Mas ele vai ao médico e verifica que a sua pressão, de fato, está elevada. **O médico prescreve uma medicação e, devido ao atendimento massificado, não gasta saliva para orientá-lo. Ele entrega a receita e diz ao paciente para fazer uso da medicação e marcar nova consulta em três meses.**

Nos dias que se seguem, esse indivíduo já não tem mais dor de cabeça e a pressão volta ao normal. **Aí ele pensa que curou o problema e pára de tomar a medicação depois do término da primeira caixa. O paciente volta a ter pressão elevada - mas como ele não sente nada, nem fica sabendo -, o processo de destruição insidiosa dos rins é retomado e, depois de alguns meses, começa a ter dor de cabeça. Então ele pensa que a pressão deve ter subido. Ele volta à farmácia e verifica que a pressão está elevada, e repete-se o processo.**

Num hospital público, no setor de hemodiálise, **as pessoas ficarão surpresas ao saber que foram levadas a esse processo por causa da pressão elevada, da hipertensão na maioria dos casos - sei que não são todos, diabete é a segunda causa, e outras causas são mais raras. Estamos num meio em que não existe ou quase não existe prevenção, porque prevenção não dá dinheiro. No entanto, existe muito tratamento, e, no momento em que esse indivíduo chega a ter insuficiência renal, surgem inúmeras pessoas apiedadas dessa situação que querem de qualquer forma veicular na mídia a necessidade de nele se fazer transplante de órgãos.**

Finalmente, com relação ao que disse o Dr. Solimar Pinheiro da Silva,

quero **dizer que na realidade não existe um apoio da comunidade ao diagnóstico de morte encefálica. O que existe são documentos que a cúpula dessas associações mencionadas por ele - entregou ao Conselho Regional de Medicina dizendo que apóia a Resolução nº 1.480. Nenhuma discussão foi feita.** Os componentes dessas sociedades e academias não foram consultados uma a uma. **A cúpula forneceu ao Conselho Federal de Medicina esses documentos, com todas as dificuldades de discussão que há até o momento.**

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Muito obrigado ao Dr. Cícero Galli Coimbra.

O SR. CELSO GALLI COIMBRA - Nos Estados Unidos, a Suprema Corte determinou aos tribunais que desprezassem a alegação dos advogados criminalistas ao Júri quando se tratasse de homicídio com a defesa de que a morte foi por desligamento de aparelhos na UTI, desconsiderassem o vício de consentimento. O vício de **consentimento existe** na medida em que o paciente ou **o potencial doador só recebe apelos de doação e não é informado, por exemplo, que vai lhe ser feito um teste de apnéia. Ao contrário do que foi dito aqui, ele não é informado desse fato nunca.** Já viram alguma **campanha pró-doação** dizer que vão desligar o respirador por 10 minutos? Mas já houve médico transplantador dizendo em público que, depois de **cinco minutos** sem oxigenação, não tem mais nada vivo **dentro da cabeça**, e que seria a mesma situação de um tiro na cabeça. Querem 10 minutos de apnéia e, depois, **vão a público dizer que em cinco minutos sem oxigenação é o mesmo que um tiro na cabeça.**

Na história da morte encefálica, a duração inicial do teste de apnéia não era de 10 minutos. Começou em 1968 com dois ou três minutos. Hoje documentou-se, **no mínimo**, que seria "catastrófico para a vida do paciente" se durasse mais do que esses dois minutos. **Não entro no mérito médico, mas fica claro que temos, do ponto de vista jurídico, uma controvérsia que impede o uso desse procedimento. Não se trata de uma questão de unanimidade, mas de simples consenso básico. É preciso consenso para declarar morte com fins de transplante, o que não temos desde dezembro de 1999, quanto à morte encefálica. Nos depoimentos dos próprios membros da Câmara Técnica da Morte Encefálica, vimos que entre eles também não há consenso.**

Quanto à possibilidade haver negativa de realização do teste da apnéia vinda de familiares, foi-me entregue agora uma pergunta escrita a respeito por pessoa da platéia. Deve ser proibido. Se alguém tem um filho que está prestes a ter esse teste realizado, proíba-o preventivamente. **Já orientei pessoas a fazerem isso e seus filhos voltaram para casa .**

O teste da apnéia **pode** ser uma obrigação para o médico realizá-lo, mas não é obrigação para o paciente ou para seu responsável. Sua realização deve ser negada, porque esse é um teste homicida.

O Conselho Federal Medicina continua se subtraindo em esclarecer a questão de fato e a questão técnica sobre o teste da apnéia. Isso novamente aconteceu aqui, porque ela não foi enfrentada como também não foi enfrentada em outros foros, inclusive internos do CFM. O debate, hoje, precisa envolver as pessoas interessadas, aqueles que tanto podem pensar que poderão precisar de um órgão corno poderão ter de doar um órgão.

É informação da Secretaria de Saúde do Estado, com relação ao universo dos doadores no Rio Grande do Sul, em 1998: **nas cidades-dormitórios, localizadas até 50 quilômetros de Porto Alegre, estão concentrados 80% dos doadores de todo o nosso Estado. Isso significa que são pessoas pobres que estão tendo seus órgãos retirados.** Mas a captação de órgãos já está avançando na classe média também, porque esse é um atendimento de alta complexidade e **lucro** que elimina da Medicina a prevenção médica e a promoção da saúde. Presente a questão: qual Medicina queremos? Seria uma Medicina que evite transplantes ao invés de promovê-los? **Porque o transplantado também está sendo enganado na medida em que o transplante poderia ser evitado facilmente na maioria dos casos. Irá sofrer, ficará numa fila de espera, terá que fazer - no caso brasileiro mais comum - hemodiálise, depois esperar um transplante, para ter mera sobrevivência. O transplante não salva vidas, dá sobrevivência,** e isso também não é dito na propaganda transplantadora.

A questão é de seriedade com valores éticos e também com bens jurídicos fundamentais. Direito à vida é direito fundamental e depende do direito à saúde. Deve ser proibido o teste de apnéia por quem tenha dúvidas a respeito. Agora, se houver ainda quem tenha certeza de que o teste de apnéia está correto, com toda a explicação que foi prestada hoje, então concordem. Qual é a propaganda pró-doação que diz que o doador passará por um teste de apnéia e que ele terá a sua morte encefálica declarada com a atividade cardiorrespiratória preservada? Existe vício de consentimento.

O SR. PRESIDENTE GIOVANI CHERINI - Professor Diniz, irei repetir aqui a sua frase: *Hipótese é algo que não é, mas que a gente finge que é, só para ver como seria se fosse.*

Estamos aqui discutindo um conceito sobre hipótese e construindo um caminho para encontrar uma tese, que é a comprovação de uma hipótese. Essa comprovação deve ter uma verdadeira função social.

Queremos que as pessoas recebam órgãos, mas nós, todos, certamente não queremos que ninguém morra antes da hora para doar um órgão. É aí que está o grande impasse. Cabe aos humanos amorosos encontrar o caminho para isso.

Esperamos o comparecimento de todos nas próximas palestras 14 horas, impreterivelmente. Muito obrigado.

Departamento de
Taquiografia

Diretora
Hédi Moema Leal
Bauer

Gerenciamento de
Comissões Nádia Hirtz de
Almeida Galho

Subgerenciamento de
Comissões Rejane Wischral
Barreiro

Elaboração:

Sonografia
Solange Machado
Ribeiro

Equipe de
Transcrição

Ana Maria Rodrigues Dreyer; Denise de Vasconcellos Trindade; Hilda Bottona Pedrollo; Janine Glaeser; Lia Regina Alamino; Liangela Haag Ferreira; Mara Lúcia Duncan Baretta; Miriam Zanrosso Baptista; Silvia Regina Burin; Yara Regina Garagorry de Andrade

Revisão

Ana Maria Rodrigues Dreyer; Denise de Vasconcellos Trindade; Hilda Bottona Pedrollo; Janine Glaeser; Lia Regina Alamino; Liangela Haag Ferreira; Mara Lúcia Duncan Baretta; Miriam Zanrosso Baptista; Silvia Regina Burin; Yara Regina Garagorry de Andrade

POVO SEM PARLAMENTO É POVO ESCRAVO
ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA/RS - DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA

Programação Gráfica
Gerenciamento: Márcia
Marques Eliana Candal Degrazia
Maria Helena Azevedo



513 LEGISLATURA - 2003

MESA DIRETORA

Presidente

Deputado Vilson Covatti

1º - Vice-Presidente

Deputado Ronaldo Zülke

2º - Vice-Presidente

Deputado Márcio Biolchi

*1º - Secretário Deputado
Paulo Azeredo*

*2º - Secretário Deputado
Manoel Maria*



*3º - Secretário Deputado
Paulo Brum*

*4º - Secretário Deputado
César Busatto*