

**COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO COM A  
FINALIDADE DE INVESTIGAR A ATUAÇÃO DE  
ORGANIZAÇÕES CRIMINOSAS ATUANTES NO TRÁFICO  
DE ÓRGÃOS HUMANOS**

# **RELATÓRIO**

Relator: Deputado PASTOR PEDRO RIBEIRO

*“A miséria oferece e a sociedade compra”.*

*(Victor Hugo – Os Miseráveis)*

**NOVEMBRO/2004**

## MEUS AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, mas ainda genuflexo, agradeço também, ao senhor deputado federal, João Paulo Cunha, ilustre Presidente da Câmara dos Deputados pela aprovação da instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos, tão bem conduzida pelo ilustre deputado Neucimar Fraga, que a presidiu, coadjuvado por nada menos que 38 deputadas e deputados, representando 11 partidos e 20 estados da federação.

Agradeço, sensibilizado, pela confiança que o senhor presidente da C.P.I. depositou em mim, noviço na Casa e no metiê de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, para desempenhar tão difícil tarefa de Relator. Relatoria esta, que não alcançaria o seu objetivo sem a ajuda do Senhor Secretário, Manoel Alvim e sua equipe, e, especialmente dos consultores legislativos, Marcia Maria Bianchi Prates e Fábio de Barros Correia Gomes, aos quais agradeço profundamente reconhecido. Não posso deixar de agradecer também, a contribuição inestimável dos colegas deputadas e deputados que contribuíram com as suas presenças e que se debruçaram sobre cada caso dos muitos que investigamos, doando seu precioso tempo, ouvindo, inquirindo, debatendo, e elucidando os fatos em pauta.

E, como alcançaríamos o êxito, se não tivéssemos contado com a assessoria pessoal daqueles que fizeram contatos, recepcionaram, orientaram e assistiram os convidados e os convocados, além de amearhar documentos e peças de cada caso sistematizando-os e passando às nossas mãos?

Sei que vou concluir estes agradecimentos cometendo algumas injustiças, mas para minimizá-las, agradeço a assessoria de imprensa da Casa e os organismos de comunicação, falada, escrita e por imagens.

Obrigado a todos. Deus vos abençoe.

## SUMÁRIO

MEUS AGRADECIMENTOS.....	2
SUMÁRIO .....	3
I – INTRODUÇÃO.....	5
II - ATO DE CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA CPI.....	10
III - LISTA DE DEPOENTES.....	15
IV - CONTEXTO HISTÓRICO E TÉCNICO.....	19
4.1) Principais procedimentos relacionados aos transplantes.....	21
4.2) Princípios internacionais relacionados à realização de transplantes.....	22
4.3) Transplantes no mundo.....	24
4.3.1 - Estados Unidos.....	26
4.3.2 - África do Sul.....	26
4.3.3 - Israel.....	27
4.3.4 - Índia.....	27
4.3.5 - América Latina.....	28
4.4) Transplantes no Brasil.....	28
4.5) Legislação sobre Transplantes no Brasil.....	32
4.5.1 - Leis e Decretos sobre transplante de órgãos.....	32
4.5.2 - Normas sobre uso de cadáver para fins científicos e sobre a realização de necrópsia.....	41
4.5.3 - Normas do Ministério da Saúde e instituições relacionadas.....	43
4.5.4 - Normas do Conselho Federal de Medicina.....	45
4.6) Organização do Sistema de Transplantes no Brasil.....	50
4.6.1 - Sistema Nacional de Transplantes.....	50
4.6.2 - Sistema de Lista Única para os transplantes em geral.....	51
4.7) Conceito de morte encefálica.....	52
4.8) Contexto internacional do diagnóstico da morte encefálica.....	55
4.9) Diagnóstico da morte encefálica no Brasil.....	60
4.10) Problemas relacionados ao diagnóstico da morte encefálica.....	61
4.11) Diagnóstico da morte encefálica e hipotermia.....	64
4.12) Diagnóstico da morte encefálica e o teste de apnéia.....	65
4.14) Diagnóstico da morte encefálica e o uso de depressores do sistema nervoso central.....	67
V - DESCRIÇÃO DE CASOS INVESTIGADOS.....	69
5.1) Caso Pernambuco.....	69
5.2) Caso Paulo Pavesi.....	77
5.3) Caso Marcos Henrique Cardoso.....	131
5.4) Caso Taubaté.....	147
5.5) Caso Franco da Rocha.....	160
5.6) Caso Atháide Patreze.....	166
5.7) Caso da Importação de Córneas.....	168
VI - CONCLUSÕES.....	171
6.1) Recomendações e Propostas Legislativas.....	178
I – Sugestões para o Legislativo.....	178
II – Recomendações para o Executivo.....	188
III – Sugestões para o gestor estadual do SUS de Minas Gerais.....	192
IV – Sugestões para o CFM.....	192

V – Sugestões para a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde.....	194
VI – Encaminhamento à Polícia Federal.....	194
VII – Encaminhamento ao Ministério Público de São Paulo.....	195
VIII - Encaminhamento de cópia deste Relatório aos seguintes órgãos:.....	195
IX - INDICIAMENTOS.....	196
X – Projetos de Lei.....	198
Anexo I.	
Aspectos relevantes do Decreto no 879, de 22 de julho de 1993, revogado:.....	208
Anexo II.	
Aspectos relevantes do Decreto no 2.268, de 30 de junho de 1997, em vigor:.	211
Anexo III.	
Aspectos relevantes da Resolução da Anvisa RDC nº 1, de 06 de dezembro de 2002, que aprova o regulamento técnico para fins de vigilância sanitária de mercadorias importadas, incluindo tecidos humanos:.....	214
Anexo IV.	
Protocolos para realização do teste de apnéia.....	216
Anexo V.	
Informações relacionadas ao uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central no diagnóstico da morte encefálica.....	218
ANEXO VI.	
INFORMAÇÕES SOBRE IMPORTAÇÃO DE CÓRNEAS DOCS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	219
ANEXO VII	
MINISTÉRIO DA SAÚDE	
DEPARTAMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO	
RELATÓRIO N.º 33 100	
RELATÓRIO DE AUDITORIA	
TRANSPLANTES POÇOS DE CALDAS/MG	
DEZEMBRO DE 2000.....	220
Leito.....	222
Participação do hospital no total.....	224

## I - INTRODUÇÃO

O tráfico de órgãos humanos no país, que até algum tempo atrás era taxado de “lenda urbana”, deixou as manchetes sensacionalistas e as chacotas para trás, porque se impôs como dura realidade de nossa nação. Uma realidade chocante e mórbida, em cujo cerne está a “coisificação” do corpo humano. Longe de ser considerado sagrado, o corpo humano visto como mercadoria permeia a cultura do mundo. Sejam as propagandas que exploram as formas do corpo feminino, sejam as drogas que prometem dar aos homens maior massa muscular sem esforços, essa cultura de mais valia da aparência e desvalorização do corpo como receptáculo sagrado da vida é dominante. E mais: é um fenômeno cultural que vem prometendo atingir patamares insustentáveis, se a sociedade não agir no sentido de modificar esses rumos.

Vivemos em um país que considera, em sua Constituição Federal, que a vida é o bem maior, e que a preservação da liberdade é garantida. Mas trata-se do mesmo país onde uma indústria de venda de rins por pobres e famélicos habitantes da periferia de uma grande cidade prosperava como se fora uma indústria qualquer, revelando os macabros mecanismos de um mercado de carne humana.

Historicamente, muitos povos fizeram de outros seus escravos, e entre nós a escravidão foi extinta somente no século XIX, mas pensávamos que para sempre. Porém, que diferença há entre aqueles cujos corpos eram vendidos como mercadoria, inteiros, e estes que hoje – por absoluta miséria – vendem seus corpos aos pedaços?

Cabe a toda sociedade brasileira esta reflexão profunda: qual o valor da vida? Como edificar uma sociedade em que uma proposta hedionda como esta de venda de partes de corpos humanos não tenha nenhum atrativo? Se não houver fome, se não houver. Porém, se as atuais condições de grande parcela da população brasileira continuarem, o mercado de venda de órgãos crescerá, bem como outras violências igualmente repugnantes (como o trabalho escravo ou o a exploração sexual de crianças e adolescentes).

Coube à Câmara dos Deputados, em seu papel fiscalizador, analisar esse fenômeno e os que lhe são diretamente conexos, pesquisando, inquirindo e avaliando suas origens, modalidades e conseqüências. Este foi o papel desempenhado por esta CPI, continuando um trabalho iniciado pelo subgrupo da Comissão de Segurança Pública, que investigou algumas denúncias

de tráfico de órgãos humanos, durante nove meses, envolvendo o desrespeito à fila de espera para transplantes, acusações contra médicos que estariam acelerando a morte de alguns pacientes para retirar órgãos, além da venda de órgãos por pessoas interessadas no dinheiro. Os dados colhidos por esse subgrupo subsidiaram o trabalho desta CPI.

Segundo Volnei Garrafa, Professor-titular da Universidade de Brasília (UnB) e Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética, o tráfico de órgãos se caracteriza pela existência de benefício para alguém com perda, abuso ou sofrimento para o outro, e, também, quando existem trocas monetárias envolvidas.

Esse tema tem despertado o interesse e a manifestação de variados setores da atividade humana.

No campo da literatura, a ocorrência de mercantilização de partes do corpo foi bem ilustrada, já no século XVIII, por meio da obra “*Os Miseráveis*”, de Victor Hugo, segundo o qual “a miséria oferece e a sociedade compra”. Nessa estória a heroína e mãe solteira, Fantine, vende seus cabelos para sustentar a filha Cosette. Na seqüência vende os seus incisivos centrais, para a confecção de próteses, e, finalmente, se prostitui.

Na filosofia ainda é predominante a visão de que o corpo humano não deve ser “coisificado” por meio do comércio. O filósofo Immanuel Kant expressou em seu livro, “*Lições sobre Ética*”, escrito entre 1778 e 1780, que o homem não é propriedade de si mesmo, visto que isso seria contraditório, pois se “fosse uma propriedade de si mesmo, ele seria uma coisa, e é impossível uma pessoa ser pessoa e coisa ao mesmo tempo”.

Nas mais variadas religiões o comércio de órgãos contraria os mais elementares princípios, principalmente para os que acreditam na sacralidade da vida humana, que Deus deu a vida e somente Ele a pode tirar. Por exemplo, para os cristãos o corpo possui importante significado, o que se observa no seguinte trecho da carta que o apóstolo Paulo escreveu aos de Corinto:

*“Ou não sabeis que o vosso corpo é o templo do Espírito Santo, que habita em vós, proveniente de Deus, e que não sois de vós mesmos? Porque fostes comprados por bom preço; glorificai, pois, a Deus no vosso corpo, e no vosso espírito, os quais pertencem a Deus (I Coríntios 6:19-20).”*

Apesar da predominante rejeição ao comércio de órgãos, infelizmente, observa-se, conforme alertado pelo Dr. Volnei Garrafa, que está surgindo no mundo, o encaminhamento de certas situações visando a legalização e a aceitação moral da mercantilização de órgãos, em função de uma alegação de que as pessoas são autônomas.

Foi citada como exemplo a existência da seguinte classificação para aquisição de órgãos, proposta em 1992 pelo Sr. A. S. Daar, membro da Comissão de Ética da Transplantation Society, a Associação Internacional de Transplantes: doações entre parentes vivos; doações de pessoas emocionalmente relacionadas com o receptor; doações altruísticas; doações com incentivos para o doador (“rewarded donors”); as doações recompensadas (“rewarded gifting”); comércio desmedido (como no caso de Recife, descrito neste relatório); e a doação por coerção criminosa .

As quatro últimas categorias são mercantilistas, e nenhuma delas é aceita em nosso País, pois entre nós há um consenso majoritário no sentido da rejeição da venda de parte do corpo, mesmo em situação de extrema necessidade terapêutica de transplante.

Apenas para exemplificar a doação por coerção criminosa, faremos referência às denúncias da missionária brasileira Maria Elilda dos Santos, que mora em Nampula, Moçambique, segundo a qual uma “máfia” foi responsável pelo desaparecimento de cerca de 50 crianças africanas, desde o início da década de 90 até 2003. Os jovens teriam sido assassinados e tiveram os órgãos vendidos no mercado negro do tráfico.

De acordo com a publicação “O Mercado Humano — Um Estudo Bioético da Compra e Venda de Partes do Corpo”, de autoria do Dr. Volnei Garrafa e do Senador italiano Giovanni Berlinguer, são quatro os elementos relacionados ao abuso do corpo humano:

- 1) socioeconômicos, como a fragilidade econômico-social das pessoas que são obrigadas a vender, sendo um caso típico na literatura internacional, o que aconteceu na Inglaterra, com o Dr. Raymond Crockett, que realizou transplantes renais utilizando órgãos de quatro cidadãos turcos;
- 2) socioculturais, que facilitam ou dificultam a utilização de órgãos doados de maneira altruísta, por exemplo, há culturas e religiões cujos indivíduos não aceitam a doação de órgãos;

- 3) estruturais, que podem facilitar a mercantilização, como no caso de legislação inadequada, de programas de transplante com deficiências na captação de órgãos e no controle de listas únicas de pacientes;
- 4) indefinição de limites entre a ciência e a ética.

Os mesmos autores apresentaram classificações para o mercado humano de acordo com as seguintes características:

- condições do corpo (vivo ou morto);
- capacidade de regeneração da parte do corpo (regenerável – ex.: sangue, fígado, medula óssea -, não regenerável, mas dupla – ex.: rins -, e as partes únicas e essenciais – ex.: coração e pâncreas).

A mencionada publicação também destacou os seguintes tipos de abusos do corpo humano: a escravidão, a servidão; as adoções pagas; a venda de uso (por exemplo: a prostituição, a exploração do trabalho assalariado, os aluguéis de útero); as cobaias humanas remuneradas para pesquisa; a compra e venda de partes separadas (sangue e medula, esperma, óvulos e órgãos reprodutivos, placenta, embriões e fetos) para os mais variados usos, até mesmo para a produção de cosméticos, com no caso da placenta.

É interessante a observação de que no passado as pessoas eram vendidas inteiras, como escravos, e que no presente, o avanço tecnológico ampliou as possibilidades de abuso envolvendo partes separadas do corpo. Cabe a nós legisladores aquilatar se essa atividade vem ocorrendo em nosso país, e como pode ou deve ser coibida.

Esta breve introdução somente esboça o objeto de nossa investigação, que é de altíssima complexidade envolvendo questões éticas, a avaliação de atividades de profissionais da medicina e até mesmo órgãos de classe, bem como de órgãos governamentais e de diversos operadores do Direito (advogados, Ministério Público, Juízes), e ainda a ação do Ministério da Saúde e toda a rede do Sistema Único de Saúde.

Nossa missão, neste Relatório consubstanciada, é levar ao cidadão brasileiro as mais fidedignas notícias acerca desses acontecimentos, bem como toda a conjuntura em que ocorreram e ocorrem. Por essa óptica da investigação legislativa é que chegaremos a propor mudanças na legislação ou



sugerir providências a órgãos públicos diversos. Passemos, pois, ao relato do desenrolar de nossas atividades.

## II - ATO DE CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA CPI

Esta CPI teve origem no seguinte Requerimento do Deputado Neucimar Fraga:

### REQUERIMENTO Nº 22/2003 (Do Sr. NEUCIMAR FRAGA)

Requer a criação de **Comissão Parlamentar de Inquérito**, com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no **tráfico de órgãos humanos** (documentos em anexo). No Brasil, em diversas regiões, encontramos fatos comprovados do tráfico ilegal de órgão, como por exemplo, na cidade de **Poços de Caldas/MG**, ocorrido em Abril de 2000, que resultou na morte de uma criança **chamada Paulo Veronese Pavesi**. Na cidade de **Taubaté/SP**, encontramos denúncias efetivadas por um médico, **o Sr. Roosevelt Kalume**, denunciando o tráfico realizado por **seus colegas de profissão** no Hospital Universitário, em **Franco da Rocha/SP** vários corpos foram exumados por ordem do Delegado arco Antonio Dano, que constatou a retirada ilegal dos órgãos. São dezenas de denúncias, com envolvimento de políticos, de médicos e de instituições.

Senhor Presidente:

Requeiro a V. Exa., nos termo do § 3º do art. 58 da Constituição Federal e na forma do art. 3 do Regimento Interno, a instituição de Comissão Parlamentar de Inquérito para apurar investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no **tráfico de órgãos humanos**

A comissão será constituída por 10 (dez) membros e igual número de suplentes, com prazo de 120 (cento e vinte) dias, prorrogável até à metade, para a conclusão dos seus trabalhos.

### JUSTIFICACÃO

Temos acompanhado através dos órgãos de comunicação de nosso país e do mundo que o comércio clandestino de órgãos humanos é um fato.

No mundo todo, a demanda legal por órgãos é superior à oferta transformando o tráfico **de órgãos** em uma das mais lucrativas atividades ilícitas exploradas pela criminalidade organizada. Esse é um mercado próspero, pois pessoas milionárias que necessitam de transplante sabem que podem morrer no aguardo da vez nas filas das listas oficiais. A alternativa é apelar para o mercado clandestino, operado pelo crime organizado transnacional, sem fronteiras.

As máfias, segundo relato da imprensa, vendem no mercado clandestino um coração por R\$ 150.000,00 uma córnea por R\$ 20.000,00, o rim por R\$ 10.000,00 e um fígado que pode regenerar um doente custa até R\$ 30.000,00, um mercado que rende de US\$ 7 bilhões a US\$ 13 bilhões por ano.

No Brasil o Ministério Público de vários estados investigam o desaparecimento de crianças, que deixaram o país sob o pretexto de adoção internacional. Existem levantamentos oficiais onde o governo brasileiro juntamente com a Interpol apresentam um mapa da rota do tráfico de órgãos. Ainda no Brasil, em diversas regiões, encontramos fatos comprovados do tráfico ilegal de órgãos.

Registramos casos comprovados ocorridos no Brasil, como por exemplo, na cidade de **Poços de Caldas/MG**, ocorrido em Abril de 2000, com uma criança **chamada Paulo Veronese Pavesi**. Na cidade de **Taubaté/SP**, encontramos denúncias efetivadas por um médico, **denunciando o** tráfico realizado por seus colegas de profissão, em **Franco da Rocha/SP** vários corpos foram exumados e constatado a retirada ilegal de seus órgãos. São dezenas de denúncias, com envolvimento de políticos, de médicos e de instituições.

Nossa principal função é denunciar as atividades do crime organizado e esclarecer a sociedade sobre suas formas de atuação, por isso, a Câmara dos Deputados não pode ficar omissa em investigar esse gravíssimo problema. Para que possamos tomar providências legais em benefício dos cidadãos brasileiros e de suas famílias solicito a instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito que objetivará analisar os fatos existentes e a

responsabilidade penal das pessoas e organizações envolvidas no comércio de órgãos humanos e saber em qual figura típica se enquadra seus agentes.

Impõe-se, por conseguinte, uma completa investigação, justificando-se plenamente a criação da COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO, respaldada pelas assinaturas que acompanham a proposta.

Sala das Sessões, em            de            de 2004.

Deputado NEUCIMAR FRAGA  
(PL-ES)

#### **ATO DA PRESIDÊNCIA**

Satisfeitos os requisitos do art. 35, *caput* e § 4º do Regimento Interno, para o Requerimento de Instituição de CPI nº 22, de 2003, do Sr. Neucimar Fraga e outros, esta Presidência dá conhecimento ao Plenário da criação da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada **a investigar a** atuação e organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos.

A Comissão será composta de 23 (vinte e três) membros titulares e de igual número de suplentes, mais um titular e um suplente, atendendo ao rodízio entre as bancadas não contempladas, designados de acordo com os §§ 1º e 2º do art. 33, combinado com o § 5º do art. 35, todos do Regimento Interno.

Brasília, 03 de setembro de 2003.

**JOÃO PAULO CUNHA**  
Presidente da Câmara dos Deputados

Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos. – CPIORGAO.

Presidente: [Neucimar Fraga](#) (PL)  
 1º Vice-Presidente: [Pastor Frankemergen](#) (PTB)  
 2º Vice-Presidente: [Zico Bronzeado](#) (PT)  
 3º Vice-Presidente: [Dr. Pinotti](#) (PFL)  
 Relator: [Pastor Pedro Ribeiro](#) (PMDB)

TITULARES	SUPLENTES
<b>PT</b>	
Ivo José MG (Gab. 573-III)	Nelson Pellegrino BA (Gab. 671-III)
Paulo Rubem Santiago PE (Gab. 229-IV)	3 vagas
Rubinelli SP (Gab. 344-IV)	
Zico Bronzeado AC (Gab. 760-IV)	
<b>PFL</b>	
André de Paula PE (Gab. 423-IV)	3 vagas
Dr. Pinotti SP (Gab. 525-IV)	
Laura Carneiro RJ (Gab. 516-IV)	
<b>PMDB</b>	
<b>Benjamin Maranhão</b> PB (Gab. 380-III) - <b>vaga do PV</b>	<b>Adelor Vieira</b> SC (Gab. 441-IV)
Jefferson Campos SP (Gab. 341-IV)	Jorge Alberto SE (Gab. 723-IV)
José Ivo Sartori RS (Gab. 927-IV)	1 vaga
Pastor Pedro Ribeiro CE (Gab. 548-IV)	
<b>PSDB</b>	
João Campos GO (Gab. 315-IV)	Eduardo Barbosa MG (Gab. 540-IV)
Rafael Guerra MG (Gab. 239-IV)	Thelma de Oliveira MT (Gab. 524-IV)
Walter Feldman SP (Gab. 585-III)	1 vaga
<b>PP</b>	
Antonio Joaquim MA (Gab. 536-IV)	Carlos Souza AM (Gab. 569-III) - <b>vaga do PL</b>
Dr. Benedito Dias AP (Gab. 926-IV)	José Linhares CE (Gab. 860-IV)
	Nilton Baiano ES (Gab. 618-IV)

<b>PTB</b>	
Marcus Vicente ES (Gab. 362-IV)	Dr. Francisco Gonçalves MG (Gab. 302-IV)
Pastor Frankembergen RR (Gab. 577-III)	Marcondes Gadelha PB (Gab. 214-IV)
<b>PL</b>	
Carlos Mota MG (Gab. 578-III)	João Tota AC (Gab. 656-IV)
Neucimar Fraga ES (Gab. 901-IV)	<b>(Deputado do PP ocupa a vaga)</b>
<b>PSB</b>	
Dr. Ribamar Alves MA (Gab. 729-IV)	Jurandir Boia AL (Gab. 941-IV)
<b>PPS</b>	
Geraldo Resende MS (Gab. 905-IV)	Geraldo Thadeu MG (Gab. 248-IV)
<b>PDT</b>	
Manato ES (Gab. 217-IV)	Dr. Rodolfo Pereira RR (Gab. 546-IV)
<b>PC do B</b>	
Perpétua Almeida AC (Gab. 625-IV)	1 vaga
<b>PV</b>	
<b>(Deputado do PMDB ocupa a vaga)</b>	

### III - LISTA DE DEPOENTES (POR ORDEM CRONOLÓGICA DE OITIVA)

- PAULO AIRTON PAVESI, pai de doador de órgãos;
- LILIANA ELIAS CARDOSO, mãe de doador de órgãos;
- WILSON SALLES DAMAZIO, Superintendente da Polícia Federal em Pernambuco;
- CONCEIÇÃO DE MARIA JANSEN DE OLIVEIRA, Advogada em Pernambuco
- VOLNEI GARRAFA, Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética da Universidade de Brasília – UnB
- RAIMUNDO PIMENTEL - Deputado Estadual de Pernambuco
- JOÃO COUTINHO - Deputado Estadual de Pernambuco
- SEBASTIÃO RUFINO - Deputado Estadual de Pernambuco
- JOSÉ SILVIO BOUDOUX SILVA- Coronel reformado da Polícia Militar do Estado de Pernambuco.
- HÉLCIO LUIZ MIZIARA, médico, Chefe do Núcleo de Anatomia Patológica do Hospital de Base de Brasília/DF;
- ALUÍSIO TOSCANO FRANCA, médico, ex-Diretor do Hospital de Base de Brasília/DF;
- SÉRGIO RAIMUNDINI CAVECHIA, médico, ex-Coordenador da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos do DF - Hospital de Base de Brasília e atual Clínico Médico do HRAN - Hospital Regional da Asa Norte.

- LEILA REGINA PAIVA DE SOUZA, Coordenadora do Programa de Tráfico de Seres Humanos do Ministério da Justiça.
- MARIA ELILDA DOS SANTOS, Missionária em Nampula – Moçambique
- Dr. FRANCISCO NETO DE ASSIS, Presidente da Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos / ADOT
- JOSÉ OSMAR MEDINA PESTANA, médico, Ex-Presidente da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos / ABTO.
- ROBERTO SOARES SCHLINDWEIN, Médico, Coordenador do Sistema Nacional de Transplantes
- ATHAYDE PATREZE , radialista;
- LILIANE SIMÃO CARDOSO
- JOSÉ CAMARGO ORTIZ FILHO
- MARCO ANTONIO DARIO
- ANTÔNIO AURÉLIO DE CARVALHO MONTEIRO, médico
- RENATO VISCARD, médico
- NEIDE BARRIGUELLI - Presidente da Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil.
- LUCIO LUCAS PEREIRA – médico Cirurgião
- ROLAND MONTENEGRO COSTA - Cirurgião de Transplante Hepático
- CELSO GALLI COIMBRA - Advogado e estudioso do método de Apnéia;
- CÍCERO GALLI COIMBRA – médico neurologista
- LUÍS ALCIDES MANREZA – médico neurologista.
- SÉRGIO POLI GASPAR, médico anesthesiologista;



- CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI, médico urologista
- JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI, médico radiologista
- JOSÉ LUIZ GOMES DA SILVA, médico neurocirurgião
- JACINTO DOS SANTOS, Delegado de Polícia Federal;
- ROOSEVELT KALUME, Médico
- SEBASTIÃO RAIMUNDO COUTINHO
- MARCELO NEGRINI, Promotor da 2ª Vara Criminal de Taubaté.
- PEDRO HENRIQUE M. TORRECILLAS, médico nefrologista
- RUI NORONHA SACRAMENTO, médico urologista
- MARIANO FIORE JÚNIOR, médico neurocirurgião.
- RITA MARIA PEREIRA, técnica de enfermagem
- BELMIRA ÂNGELA BITTENCOURT, enfermeira chefe
- ROBERTO DE BARROS, Delegado de Polícia
- JOÃO CARLOS OLIVEIRA ARAÚJO
- ÁLVARO IANHEZ, médico nefrologista
- ELIAS DAVID NETO, médico
- LENITA MACHADO DE MELO BUENO BASSI, médica
- CARLOS MAGNO MARCONDES
- NIVALDO PEREIRA
- CIRO JOÃO BERTOLI, médico
- HERNANI GOMES DA SILVA
- ELDÊNIA DE SOUZA CAVALCANTI
- JOSÉ CARLOS DA CONCEIÇÃO SILVA
- MÁRCIO CÉZAR DO NASCIMENTO
- IVAN BONIFÁCIO DA SILVA

- GEDALYA TAUBER
- FERNANDA GABRIELA MARTINS CALADO
- TERESINHA MEDEIROS DE SOUZA
- LEANDRO SILVINO GOMES
- LEONARDO SÍLVIO GOMES
- JOÃO CAVALCANTE
- GERSON RIBEIRO
- ELIEZER RAMON

## IV - CONTEXTO HISTÓRICO E TÉCNICO

O transplante é um procedimento cirúrgico que substitui um órgão ou tecido de um paciente por outro órgão ou tecido normal proveniente de um doador, vivo ou morto.

Essa prática médica é aprovada internacionalmente e possui vital importância para milhares de pessoas em todo o mundo, uma vez que se tornou tratamento de escolha para ampla variedade de doenças, resultando em elevados níveis de demanda por serviços de transplante, particularmente nos países com níveis de renda médio e alto.

Provavelmente, o progresso da imunologia, da biologia molecular e da ciência dos bio-materiais proporcionarão, num futuro próximo, novas oportunidades para reduzir a já extensa lista de espera para a realização de transplantes, por meio, por exemplo, da utilização de órgãos artificiais e de tecidos produzidos por animais e da ampliação do uso das células –tronco.

É preciso, entretanto, ter em mente que o transplante é uma das opções terapêuticas disponíveis para a prática médica, e nem sempre representa a melhor opção para determinado paciente.

Por exemplo, nos Estados Unidos existem 200 mil pessoas em diálise, e, destas, 60 mil estão na fila de transplante renal, sugerindo que 140 mil pessoas vivem melhor naquele país com a diálise do que com o transplante.

O transplante de órgãos é um procedimento relativamente recente, apesar de os médicos chineses terem pensado a esse respeito centenas de anos antes de Cristo.

O desenvolvimento do transplante só ocorreu a partir do início do século 20.

Merecem destaque as pesquisas de laboratório do cirurgião austríaco Ulmann, que permitiram a realização de transplante renal em animais, e o trabalho de Alexis Carrel, ganhador do prêmio Nobel, que aperfeiçoou técnicas de sutura vascular que conduziram à aplicação do transplante renal no homem.

O primeiro transplante renal no homem foi realizado pelo russo Voronoy em 1933. A técnica foi aperfeiçoada nas décadas seguintes, de

modo que os primeiros transplantes renais feitos com sucesso foram realizados em Paris e Boston, em 1951, por Kuss, Servelle, Dubost e Hume.

O sucesso dos transplantes era limitado pelas reações de rejeição - reações imunológicas que o organismo normalmente utiliza para destruir tecidos “estranhos” -, pois, na época, medicamentos imunossupressores eficazes não eram disponíveis.

Assim, o sucesso dos transplantes renais dependia da compatibilidade genética entre doador e receptor.

A partir da década de 60, com o progresso na área da imunologia, alavancou-se o desenvolvimento do transplante renal, inicialmente entre doador e receptor aparentados, e, posteriormente entre os não-aparentados, em função do desenvolvimento de drogas mais eficazes e mais seletivas que permitem que o órgão transplantado seja aceito pelo organismo do receptor.

Apesar da importância das drogas imunossupressoras, deve-se salientar que a sobrevivência de rins transplantados em pacientes geneticamente compatíveis é 25% superior à de não compatíveis.

A imunossupressão com o auxílio da ciclosporina, introduzida a partir dos anos 80, marca o início de diferentes programas de transplante não-renal (ex.: fígado, coração, pâncreas, córneas) em todo o mundo.

Todo esse impressionante progresso aumentou a realização de transplantes como também o número de pacientes nas listas de espera para os vários tipos de órgãos.

Por se relacionar com técnicas e procedimentos pioneiros, e, particularmente por lidar com decisões que envolvem vida e morte, o transplante de órgãos freqüentemente se encontra no centro de discussões éticas.

Para que os programas de transplante se desenvolvessem nos diversos países, tornaram-se necessárias a existência de legislação que permitisse a realização do procedimento e de métodos adequados para a retirada de órgãos, além da sensibilização das famílias dos doadores.

Em 1986, a Bélgica tornou-se o primeiro país a aprovar lei relacionada à retirada e ao transplante de órgãos, sendo, aquela norma,

baseada no consentimento presumido, em que o cidadão poderia se opor à doação de órgãos durante sua vida, e caso não o fizesse seria presumido que o mesmo era um doador.

Posteriormente, vários outros países introduziram mecanismos legais relacionados ao transplante.

Destacamos, a seguir, os procedimentos que estão relacionados à realização de transplante de órgãos em qualquer país do mundo.

#### **4.1) Principais procedimentos relacionados aos transplantes**

A retirada de um órgão humano que seja indispensável à vida só pode ser realizada após a morte do doador.

Enquanto alguns órgãos podem ser aproveitados para transplante quando retirados algum tempo após a parada cardíaca do doador, existem órgãos que são viáveis para transplante apenas se forem retirados com o coração do doador ainda em funcionamento, o que torna necessária a constatação, neste, de um quadro irreversível denominado de morte encefálica.

O diagnóstico de morte encefálica faz-se segundo critérios estabelecidos mundialmente, mas com considerável variação de técnica pelos países, que buscam comprovar a ausência de reflexos que só se efetivam na existência de atividade encefálica (relacionadas ao cérebro e a estruturas adjacentes do sistema nervoso central).

Uma vez diagnosticada a morte encefálica por profissionais capacitados, a retirada de órgãos pode ser realizada, de acordo com as normas de cada país.

Os órgãos retirados, após serem resfriados e lavados, são adequadamente embalados e colocados em caixa resfriada para conservá-los a uma temperatura em torno de 4°C.

O aperfeiçoamento das técnicas de retirada e, particularmente, das soluções de conservação dos órgãos prolongou o tempo durante o qual o órgão continua viável no exterior do organismo.

Segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO, as córneas podem ser retiradas até seis horas após a parada cardíaca do doador, sendo preservadas por até 7 dias.

Os rins podem ser retirados até 30 minutos após a parada cardíaca do doador e podem ser conservados por até 48 horas.

O coração e o fígado precisam ser retirados antes da parada cardíaca do doador, podendo ser preservados por até 6 horas, no caso do coração, e por até 24 horas, no caso do fígado.

É comum que as cirurgias de retirada e de transplante ocorram de maneira concomitante, para favorecer a viabilidade dos órgãos.

O êxito de um programa de transplante depende de um eficiente mecanismo de comunicação, para que um vez identificado um doador num serviço de saúde e obtida autorização para o transplante, a central de transplante seja comunicada para selecionar o receptor, de acordo com critérios de lista de espera, convocá-lo para a cirurgia, avisar a unidade transplantadora, e transportar o órgão para o local do transplante.

Além do trabalho dos profissionais médicos enfermeiros e auxiliares é preciso contar com serviços de laboratório, e de banco de sangue.

Como se observa, a retirada de órgãos e a realização de transplantes não são tarefas triviais, exigindo pessoal e equipamentos diferenciados para cada tipo de transplante.

#### **4.2) Princípios internacionais relacionados à realização de transplantes**

Os princípios humanitários que balizam o funcionamento dos programas de transplantes de órgãos são defendidos por várias entidades internacionais.

Com relação à comunidade europeia, seu protocolo sobre transplante de órgãos prevê a necessidade de garantir equidade no acesso aos serviços de transplante, e transparência na alocação de órgãos, baseada em critérios eminentemente médicos.

Na área da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu três resoluções – em 1987, 1989 e 1991 – relacionadas ao transplante de órgãos.

Em 1987, a 40ª Assembléia Mundial da Saúde requereu ao Diretor Geral da OMS a providência de estudar, em colaboração com outras

organizações envolvidas, a possibilidade do desenvolvimento de princípios relacionados aos transplantes de órgãos humanos.

Em 1989, a Resolução WHA42.5, adotada pela 42ª Assembléia Mundial da Saúde, abordou a prevenção da compra e venda de órgãos humanos.

Em 1991, a Resolução WHA44.25, de 1991, aprovou um conjunto de princípios que enfatizam, dentre outros, a doação voluntária, a não comercialização de órgãos, a preferência pela doação de cadáveres à doação por pessoas vivas, e a preferência pela doação de geneticamente aparentado à doação por não-aparentados.

O princípio de nº 9 dessa resolução indica, baseado nos princípios da justiça e da equidade, que os órgãos doados devem ser disponibilizados aos pacientes de acordo com necessidade médica e, não, de acordo com necessidades financeiras ou outras considerações.

Em 2004, o “Executive Board” da Assembléia Mundial da Saúde aprovou um documento (EB113.R5) que recomenda a revisão desses princípios e a adoção de várias medidas de cooperação para, entre outros fins, proteger os grupos mais pobres e vulneráveis de práticas como o “turismo para transplante” e a venda de tecidos e órgãos.

Na área dos direitos humanos, em dezembro de 2000, 148 países reuniram-se em Palermo, na Itália, a respeito da convenção das Nações Unidas contra o crime organizado transnacional.

O Protocolo de Palermo, ratificado pelo Brasil, aborda questões, que segundo a Sra. Leila Regina Paiva de Souza, coordenadora do Programa de Tráfico de Seres Humanos do Ministério da Justiça, ainda não estão plenamente abordadas pela legislação brasileira, tais como: o tráfico de pessoas para fins de casamento forçado, de transplante de órgão, de trabalho forçado, e outras.

Além disso, o protocolo visa coibir a ação, não apenas do traficante, mas também do agenciador e do comprador.

Cabe aos países que ratificaram o protocolo adaptarem suas legislações para recepcionar os importantes avanços que a norma internacional representa para o combate das mais variadas formas de tráfico envolvendo seres humanos.

No contexto internacional observa-se que embora existam princípios e convenções abordando a questão dos transplantes o tema ainda é fonte de numerosos problemas, os quais serão destacados no próximo item.

### **4.3) Transplantes no mundo**

Apesar do sucesso que os programas de transplantes vêm alcançando em vários países, é esperado que quanto melhor for o sistema de saúde de um país, maior será a fila de transplantes, porque maior será a longevidade da população e, conseqüentemente, a chance de uma pessoa necessitar de um transplante. Por outro lado, menor será a possibilidade de uma pessoa morrer em condições de ser doadora.

De fato, tem-se observado a existência de enorme demanda por órgãos nos países de maior desenvolvimento econômico, por parte de pacientes que, em geral, se encontram em situação crítica de saúde.

Esse fato, aliado à desigual vulnerabilidade de cidadãos em situação econômica desfavorável, que geralmente vivem em países de menor desenvolvimento econômico, criam o risco de exploração da situação por indivíduos inescrupulosos, por meio do comércio de órgãos para transplante.

Infelizmente, observa-se a emergência de correntes de pensamento internacionais, entre pacientes, profissionais da saúde e filósofos, defendendo algum tipo de comercialização de órgãos, o que ameaça o humanitário princípio da “doação” de órgãos, e tem potencial para aumentar as desigualdades entre os povos e prejudicar a saúde dos indivíduos de menor poder aquisitivo.

A OMS elaborou documento a respeito dos transplantes no mundo (2003) em que foram destacados os problemas que apresentamos a seguir.

Existe carência de dados e informações sobre os transplantes realizados pelos países, o que prejudica a obtenção de uma visão mais apurada da situação. A falta de documentação está dificultando a realização de estimativas sobre a ocorrência de práticas eticamente inaceitáveis, e sobre a eficácia e segurança do transplante para o tratamento de várias condições e nos variados contextos.



A OMS considera que há suprimento insuficiente de órgãos provenientes de doador cadáver, que pode ser explicada por deficiência na estrutura dos sistemas de saúde, além de resistência à doação após a morte em função de questões legais, religiosas e culturais.

Essa instituição destaca problemas relacionados à segurança e à ética nas doações de órgãos provenientes de doador vivo. Esse tipo de doação tem crescido no mundo, pois metade dos rins são obtidos dessa maneira. Nos países mais desenvolvidos, quase todos os rins são provenientes de doadores vivos. Os riscos desse tipo de doação são menores nos locais com mais recursos, embora não possam ser negligenciados, pois há risco cirúrgico para o doador no curto prazo, além de risco de longo termo, ainda não devidamente conhecido, de falha renal no rim que permanece no doador.

Apesar de a doação entre aparentados possuir maiores chances de representar doação altruísta, não impede a existência de coerção e de utilização de incentivos financeiros.

A OMS aponta para importante “evidência de remuneração direta e indireta para doador não-aparentado”, mencionando que os pacientes de países que têm longas filas de espera ou onde os órgãos de doador cadáver não são disponíveis viajam para outros países para realizar o transplante, realizando o chamado “turismo para transplante” (transplant tourism), em que, geralmente, os pacientes viajam para países de rendas média e baixa. Os doadores pertenceriam às camadas mais pobres e vulneráveis da população.

Segundo a renomada instituição, a circulação internacional de tecidos, células e órgãos não está bem documentada e não há padrões mínimos para promoção da segurança, qualidade e eficácia de sua utilização.

Destacou, também, que a confiança do público nos programas de transplante pode ser abalada se existirem casos em que empresas obtenham lucro a partir de tecido humano doado.

Foi observado que os transplantes podem reduzir o custo do tratamento de determinadas doenças, mesmo nos países menos desenvolvidos, e que, portanto, é necessário compartilhar as experiências de sucesso que estão ocorrendo nos países.

Finalmente, foi salientada a recomendação de que o comércio de órgãos deva continuar a ser considerado ilegal e antiético, embora alguns países já não punam essas práticas.

Como exposto, a situação dos transplantes no mundo é fonte de importantes preocupações.

Para exemplificar alguns dos pontos mencionados apresentamos, a seguir, algumas informações sobre países e regiões selecionadas, particularmente relevantes para os trabalhos desta Comissão, e, posteriormente, dados sobre transplante de órgãos em nosso País.

#### **4.3.1 - Estados Unidos**

O artigo de Brian Handwerk, publicado pela National Geographic Explorer em 16 de janeiro de 2004, indica que, em 2002, médicos americanos realizaram 24.900 transplantes de órgãos, e que a lista de espera conta com mais de 80.000 pessoas.

Em 2002, mais de 6.000 americanos morreram esperando por transplantes.

Segundo esse artigo, a legislação americana proíbe qualquer comercialização relacionada com a doação de órgãos.

#### **4.3.2 - África do Sul**

O Parlamento da África do Sul discutiu em 2003 a sua Lei Nacional de Saúde. Um dos capítulos dessa lei é dedicado ao controle do uso de sangue e seus derivados, de tecidos e de gametas humanos.

A análise da legislação desse país é relevante para o Brasil, uma vez que, em 2003, comprovou-se que brasileiros viajaram para a África do Sul para vender órgãos para transplantes, conforme será detalhado na descrição do Caso Pernambuco, no item 5.1.

Dentre outros aspectos, o texto da lei sul africana estabelece: a necessidade de autorização para que os serviços de saúde e médicos realizem transplantes; a necessidade de que o doador vivo assine um consentimento escrito; que o médico que remove tecidos de doador não pode participar do transplante; que é crime um doador receber recompensa pela doação; que também é crime comprar ou vender tecidos, com “exceção das

situações” previstas no capítulo; que serviços autorizados podem receber pagamento relacionado à “importação”, “aquisição” ou “fornecimento” de tecidos; que a pena de prisão pelos crimes mencionados “não” pode ser superior a cinco anos; que as doações de tecidos podem ser feitas para pessoas ou instituições específicas; e que é preciso autorização escrita do Ministro da Saúde para que se faça um transplante em indivíduo que não seja cidadão ou residente permanente da África do Sul.

Comentários a respeito dessa lei, divulgados por profissionais da Universidade do Cabo (África do Sul) demonstram preocupação com a falta de definição da figura do “importador” de tecidos, e com o poder conferido ao Ministério da Saúde.

#### **4.3.3 - Israel**

Segundo o artigo de Michael Friedlaender, publicado na revista Lancet, em 2002, o comércio de órgãos é ilegal em Israel.

O Ministério da Saúde de Israel estipula regulamentos sobre a remoção de órgãos, que incluem a exigência de consentimento escrito de doadores vivos.

O mesmo artigo informa que há relatos de pacientes árabes que viajaram para a Índia e para o Iraque a fim de realizarem transplante de rim, pagando pela doação; e que uma equipe médica de Israel realizava transplantes no exterior – Estônia, Bulgária, Turquia, Geórgia, Rússia e Romênia -, para contornar a legislação local.

O autor menciona que pacientes de Israel chegavam a pagar 200 mil dólares por um transplante de rim; que o Ministério da Defesa de Israel cobre parte dos custos de veteranos com transplantes realizados no exterior; e que seguradoras de saúde de Israel cobrem custos de transplantes realizados no exterior (cerca de 40 mil dólares).

#### **4.3.4 - Índia**

Na Índia praticamente não é realizado transplante de rim com doador cadáver.

Recentemente, a National Geographic Explorer divulgou informações sobre a viagem de Lisa Ling à Índia para investigar relatos de comércio ilegal de órgãos de pessoas pobres daquele país.

Ling visitou uma vizinhança pobre conhecida como “vila do rim”, onde muitos de seus moradores teriam vendido um de seus rins ilegalmente.

Segundo o relato, os doadores teriam recebido US\$ 800 por rim.

Segundo o Dr. Volnei Garrafa, a Índia foi um mercado florescente de rins nos anos 80 e 90. Pacotes turísticos eram vendidos por 18 mil dólares na Itália e incluíam a viagem para a Índia, o transplante, o medicamento, e mil dólares para o doador. Nos anos 80 e 90, essa prática era corriqueira. Entretanto, o Congresso Nacional da Índia estabeleceu uma imposição contrária, e isso hoje está sendo coibido.

#### **4.3.5 - América Latina**

A América Latina tem realizado transplantes renais há aproximadamente 45 anos. A Argentina transplantou seu primeiro paciente em 1957, o México em 1963, e o Brasil em 1964.

Atualmente, os transplantes renais correspondem a 12% dos transplantes realizados no mundo, e quase metade destes transplantes ocorrem no Brasil.

Em documento (NR0222E1) da Organização Mundial de Aduanas, de 29 de janeiro de 2002, representante do Peru informou que em seu país não existiam leis regulando o comércio de órgãos para transplantes. Informou, ainda, que o Peru realizava importação de retina e de sêmen humano, e exportação de placenta para a produção de cosméticos.

#### **4.4) Transplantes no Brasil**

Atualmente o Brasil tem o maior sistema público de transplantes do mundo. Cerca de 90% dos procedimentos realizados no país são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e praticamente todos os transplantados, independentemente da classe social, se beneficiam da medicação fornecida pelo SUS.

Em números absolutos, só os Estados Unidos realizam mais transplantes que o Brasil, de modo que esse programa de saúde é um dos mais bem sucedidos de nossa nação, e motivo de orgulho para os brasileiros.

O programa brasileiro de transplantes encontra-se em progressiva evolução e amadurecimento.

Em 1996, antes da criação da SNT, foram realizados 3.979 transplantes. No ano de 2003, este número chegou a 9.305 transplantes pagos pelo SUS. O valor gasto em transplantes passou de R\$ 75 milhões em 1996, para R\$ 334 milhões em 2003, e para 2004, o orçamento previsto do SNT é de R\$ 400 milhões.

O número de transplantes de rim cresceu 72%, de 1998 a 2003; o de fígado, 310%; o de pulmão, 520%; o de coração, 198%; o de pâncreas, 800%; o de córnea, 77%; e o de medula óssea, 161%.

Segundo dados do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), no primeiro bimestre de 2004, o País aumentou em 44% o número de transplantes registrados no mesmo período do ano anterior.

De janeiro a maio de 2004, foi registrado o equivalente a mais da metade dos transplantes de coração, fígado, rim e medula óssea realizados em todo o ano de 2003.

Os transplantes de córnea foram responsáveis por mais da metade dos transplantes realizados no Brasil nos cinco primeiros meses de 2004.

Atualmente, o Brasil possui 658 centros transplantadores, sendo que São Paulo, Minas Gerais, e Rio de Janeiro detêm mais da metade dos centros autorizados para realizar transplantes no País, demonstrando elevada desigualdade na distribuição dos centros entre as regiões da nação.

É digno de nota que os centros transplantadores de córnea representam 46% dos centros transplantadores do País, e os de rim representam 22%.

A respeito dos transplantes renais, dados de 2001 indicam que o Brasil é o quarto país do mundo em número de transplantes – mais de 3 mil por ano. Os Estados Unidos, os primeiros do mundo realizam cerca de 14 mil transplantes.

O Brasil faz o mesmo percentual de transplantes com doador vivo e doador cadáver que os Estados Unidos, aproximadamente 50%.

Entretanto as variações dessa proporção entre os estados é grande e existem aqueles em que os transplantes renais utilizando doador vivo representam a maioria das ocorrências, como na Bahia (85%), Paraná (69%), Rio de Janeiro (57%) e outros.

Nos últimos cinco anos realizaram-se aproximadamente 13 mil transplantes renais no Brasil, segundo a ABTO, e desses, 990 foram transplantes com doador não aparentado.

Do total de 3.126 transplantes de rins realizados em 2003, 239 utilizaram doadores vivos não-aparentados. Desses 239 casos, em 153 o doador foi o cônjuge, que obviamente apresenta forte ligação emocional com o receptor.

As demais 86 doações são presumidamente altruístas e indicam que é relativamente pequeno o número de casos a serem monitorados a fim de evitar a venda de órgãos.

Também é relevante destacar que a taxa de doação de órgãos provenientes de cadáver no Brasil vem aumentando gradativamente.

A captação de órgão no País começou de modo pouco estruturado. Apenas na década de 1980, nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, surgiram as primeiras organizações para notificação e alocação de órgãos. Até então a procura por doadores era realizada pelos próprios centros transplantadores nas unidades de tratamento de pacientes graves.

Em 1998, a taxa de doação do Brasil era igual a 2,8 doadores por milhão de habitantes por ano, e em 2001 igual a 4,4. O aumento foi significativo, mas a taxa está bem inferior a de alguns países como a Espanha e os EUA, que, em 1998, apresentavam valores iguais a 31,5 por milhão, e 21,2, respectivamente.

Atualmente, entre 60% a 70% das famílias brasileiras abordadas pelo SNT autorizam a doação.

Considerando-se que é estimada a ocorrência de 50 a 60 doadores em situação de morte encefálica para cada milhão de habitantes por ano, ao compararmos o número de doações provenientes de cadáver estimadas

no Brasil em 2003 (10.500), com o número de notificações de morte encefálica – representando doadores em potencial - (4.700), com as que efetivamente ocorreram (1.184), observamos que a falta de órgãos para transplante no País poderia ser minimizada se o sistema de captação fosse mais eficiente.

Menos de 50% das possíveis situações de morte encefálica chegam ao conhecimento das centrais de transplante, e menos da metade desses potenciais doadores tornam-se doadores efetivos.

Dentre as justificativas para essa situação citamos: falta de estrutura do hospital para comprovar o diagnóstico de morte encefálica e para manter um potencial doador; conhecimento inadequado pelos médicos a respeito do protocolo de declaração de morte encefálica e da legislação pertinente aos transplantes; atraso na notificação de morte encefálica; descumprimento da notificação compulsória e insuficiente aplicação das penalidades previstas; falta de estrutura para transportar o órgão para locais distantes e outras.

Existem quase 60 mil pessoas esperando por órgãos no Brasil - proporcionalmente é a maior lista de espera do mundo: uma pessoa para cada 3.600 habitantes.

Além disso, ainda ocorrem irregularidades no sistema, como as detectadas por Comissão da Câmara dos Deputados, em 2004, na fila do transplante de medula óssea gerenciada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Conforme salientado pelo Dr. Volnei Garrafa durante depoimento nessa CPI, as modificações introduzidas pela Lei dos Transplantes em 1997, que permitiam a doação entre vivos não-aparentados, criaram a possibilidade de pessoas com poder de compra (geralmente movidas por situações clínicas desesperadoras) oferecerem dinheiro por órgãos de pessoas mais pobres e economicamente necessitadas, de modo que a nova lei vulnerabilizou ainda mais a situação de cidadãos já socialmente vulneráveis.

Felizmente, novas alterações realizadas inicialmente por meio de medida provisória, a partir de outubro de 2000, e, finalmente pela Lei nº 10.211, de 2001, tornou necessária a autorização judicial para esses casos. Entretanto, Dr. Volnei Garrafa sugere, com base em pesquisa<sup>1</sup> que orientou, que

---

<sup>1</sup> “Estudo Bioético dos Transplantes Renais com Doadores Vivos Não-Parentes no Brasil”. Lúcia Eugênia Velloso Passarinho e Maura Pedroso Gonçalves; Revista da Associação Médica Brasileira, nº 49 (4), de 2003.

esse elemento impeditivo é frágil, principalmente no que se refere a venda de rins a partir do doador vivo não-parente.

Foram entrevistadas 100 pessoas no final de 2001: sendo 20 promotores públicos, 20 juízes de Direito, 20 pessoas da população em geral — transeuntes da rodoviária —, 20 pacientes renais crônicos em lista de espera para transplante renal e 20 profissionais da equipe técnica de transplante renal da Universidade de Brasília.

Um dos achados mais relevantes da pesquisa foi que todos os grupos entrevistados, incluindo os operadores do Direito — juízes e promotores públicos —, foram enfáticos no sentido de que a exigência de autorização judicial para a realização de transplante com doador vivo não-parente do receptor não representa óbice à comercialização de órgãos.

Apesar de os dados apresentados na CPI pelo Dr. Volnei Garrafa indicarem que de 1995 a 1997, os doadores vivos representavam 51% do total de transplantes de rins, e que em 1998, após a mudança na lei, passaram a ser 57%, sugerindo portanto preocupante tendência de elevação na proporção de doadores vivos, dados mais recentes fornecidos pelo Ministério da Saúde, indicam que pelo menos no nível nacional essa proporção se mantém em torno de 50%, embora existam estados com proporções superiores conforme indicamos anteriormente.

Apesar dos avanços anteriormente relatados, fica claro que o sistema de transplantes do Brasil necessita ser aperfeiçoado, o que é reconhecido pelos responsáveis pelo setor, que atualmente estão promovendo revisão do funcionamento do sistema visando esse objetivo.

Para melhor compreender o complexo sistema de transplante de órgãos do Brasil, apresentam-se a seguir as normas que lhe dão sustentação legal.

#### **4.5) Legislação sobre Transplantes no Brasil**

##### **4.5.1 - Leis e Decretos sobre transplante de órgãos**

É relativamente recente a existência de leis sobre transplantes no Brasil.



A análise dessas normas é relevante para observarmos a evolução de conceitos associados como, por exemplo, o consentimento para a doação de órgãos “post mortem”, os critérios para comprovação da morte, os critérios para doação entre vivos, o controle das atividades de centros transplantadores e das equipes de transplante, os critérios para a destinação dos órgãos, a gratuidade da doação, o ressarcimento pelo setor público das despesas relacionadas, a punição às infrações, a realização de necropsia e outros.

Além disso, a revisão das normas é necessária aos trabalhos da CPI, uma vez que alguns fatos investigados ocorreram em períodos em que a legislação atual não vigorava.

A primeira lei relacionada aos transplantes no Brasil foi a de nº 4.280, de 6 de novembro de 1963, revogada, que dispunha sobre a extirpação de órgãos ou tecidos de pessoa falecida para fins de transplante, a qual previa a retirada de órgão de cadáver se o doador tivesse deixado “autorização por escrito” ou se não houvesse “oposição por parte cônjuge ou dos parentes até segundo grau, ou de corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos”.

Curiosamente essa Lei considerava a vontade expressa em vida pelo doador e o consentimento presumido, ainda que regulado pela vontade de outras pessoas e instituições, o que foi revogado posteriormente, mas novamente utilizado décadas mais tarde, como voltaremos a observar.

Não foram mencionados critérios específicos para a comprovação da morte, pois exigia-se apenas que a morte estivesse “provada de maneira cabal” e “atestada pelo diretor do hospital onde se deu o óbito ou por seus substitutos legais”.

A retirada de órgãos era restrita aos Institutos Universitários e aos hospitais reconhecidos pelo Ministério da Saúde ou pelos governos estaduais.

Os diretores dessas instituições eram obrigados a relatar as atividades cirúrgicas anualmente ao Departamento Nacional de Saúde Pública.

A doação do órgão era feita para pessoa determinada ou para instituição aprovada e reconhecida pelo nível estadual, ficando os diretores

das instituições responsáveis pelo envio semanal de informações detalhadas sobre doadores e receptores ao Diretor da Saúde Pública.

A retirada dos órgãos deveria ser efetuada de preferência “pelo encarregado do transplante e quando possível na presença dos médicos que atestaram o óbito”.

Só era permitida uma extirpação em cada cadáver, recomendando-se evitar as mutilações desnecessárias, e era obrigatória a devida recomposição do corpo.

Nessa época extirpavam-se córneas, artérias e ossos.

As despesas com a retirada ou transplante do órgão eram custeadas pelo “interessado ou pelo Ministério da Saúde”, quando o receptor fosse “reconhecidamente pobre”.

Nessa lei não havia referência expressa à gratuidade da doação, à doação entre vivos, à necessidade de necropsia e à punição de infrações.

A Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968, revogada, dispunha “sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica”.

É interessante observar que a Lei também passou a abordar a utilização do cadáver para finalidade científica, além do transplante.

Essa norma explicitou que a doação de partes do corpo “post mortem” deveria ser “gratuita” e permitiu a doação entre vivos, para fins humanitários e terapêuticos.

Entretanto, no caso doação entre vivos não mencionou a questão da gratuidade ou fez qualquer exigência quanto a parentesco ou autorização judicial, exigindo autorização do doador sobre o objeto da retirada e limitando a retirada a órgãos duplos ou tecidos que não viessem a prejudicar o doador, além de requerer a comprovada necessidade terapêutica para o receptor.

Não foram mencionados critérios específicos para a comprovação da morte, exigindo-se apenas a “prova incontestável da morte”.

O consentimento para aproveitamento dos órgãos admitia: a “manifestação expressa da vontade” do doador, sendo exigido instrumento

público no caso de doadores incapazes e analfabetos; a “autorização escrita do cônjuge, não separado, e sucessivamente, de descendentes, ascendentes e colaterais, ou das corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos”; na falta de responsáveis, autorização do diretor da instituição onde ocorreu o óbito, “sendo ainda necessária esta autorização nas condições dos itens anteriores”.

Observa-se que a Lei não mencionou o consentimento presumido.

Os requisitos relacionados aos médicos que realizavam transplantes eram pouco específicos, exigindo-se “capacidade técnica comprovada”.

Quanto às instituições “públicas ou particulares” responsáveis pela retirada e pelo transplante exigia-se a idoneidade e registro pelos “órgãos públicos competentes”.

O transplante só era permitido se não houvesse possibilidade alguma de melhorar por outro tratamento médico ou cirúrgico.

Foram mantidas: a preocupação com a recomposição do cadáver (inclusive por meio de referência ao Código Penal); a obrigação de os diretores dos Institutos Universitários e dos hospitais enviarem informações detalhadas sobre doadores e receptores ao Diretor da Saúde Pública, sem especificar periodicidade; e a obrigação desses diretores enviarem anualmente ao Departamento Nacional de Saúde Pública os relatórios cirúrgicos.

A norma admitia a destinação do órgão “a determinada pessoa”, e, no caso de incompatibilidade, a destinação a outro receptor, a “critério do médico chefe da instituição, e mediante prévia disposição ou autorização de quem de direito”.

Com relação à necropsia, a Lei estabelecia que era necessária a autorização de médico legista para retirar partes de cadáver sujeito à necropsia por força de lei ou para verificação da causa do óbito.

A Lei impedia a retirada de órgãos se havia suspeita de crime.

Foram previstas punições às infrações com pena de detenção de um a três anos.

O tema do ressarcimento das despesas foi remetido à regulamentação da Lei.

Essa Lei nunca foi regulamentada pelo Poder Executivo apesar da determinação legal do prazo de 60 dias, o que não favoreceu o desenvolvimento do sistema de transplantes no País.

É importante destacar que a Constituição Federal de 1988, no artigo 199, parágrafo 4º, remeteu à lei o papel de dispor “sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante”, vedando “todo o tipo de comercialização”.

A norma que regulamentou esse dispositivo constitucional foi a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, revogada, que dispunha sobre “a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos”.

Essa Lei substituiu na ementa a utilização da expressão “cadáver” por “corpo humano”, destacando, assim, que também regulava a doação entre vivos, apesar de a Lei anterior também regular esse tipo de doação.

Foi mantida a indicação de que a doação de partes do corpo “post mortem” deveria ser “gratuita”.

Seguindo a determinação constitucional, essa Lei também tornou explícita a questão da gratuidade da doação entre vivos para fins humanitários e terapêuticos; limitando a doação a avós, netos, pais, filhos, irmãos, tios, sobrinhos, primos até segundo grau inclusive, cunhados e cônjuges; exigindo autorização judicial para doação a pessoas não relacionadas; além de manter a autorização do doador sobre o objeto da retirada, a limitação da retirada a órgãos duplos ou tecidos que não viessem a prejudicar o doador, e a comprovação da necessidade terapêutica para o receptor.

Sobre o consentimento para aproveitamento dos órgãos a norma admitia: “o desejo expresso do disponente manifestado em vida, através de documento pessoal ou oficial”; e na ausência do documento referido, a retirada de órgãos seria procedida se não houvesse “manifestação em contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente”.

Desse modo, considerava a vontade expressa em vida pelo doador e o consentimento presumido regulado pela vontade de familiares, o qual,

como observamos anteriormente, estava presente na Lei nº 4.280, de 1963, e foi abolido em 1968.

Foram mantidas: as disposições e punição relacionadas à recomposição do cadáver; os requisitos pouco específicos relacionados aos médicos; as disposições sobre retirada de parte de cadáver sujeito à necropsia; e a menção de que o ressarcimento das despesas seria objeto de regulamentação.

A norma exigia das instituições transplantadoras “públicas ou privadas” a idoneidade e o cadastro no Ministério da Saúde.

Os prontuários médicos detalhando os atos cirúrgicos deveriam ser mantidos nos arquivos das instituições, e um relatório anual, contendo os nomes dos pacientes receptores, deveria ser enviado ao Ministério da Saúde.

Também foram previstas punições às infrações com pena de detenção de um a três anos.

Foi incluída a obrigatoriedade para hospitais públicos e privados notificarem, em caráter de emergência, todos os casos de morte encefálica comprovada. Entretanto, não foi realizada menção, por mais genérica que fosse, sobre os critérios para a comprovação da morte.

Também não houve referência aos critérios para destinação dos órgãos retirados de cadáver, e foi retirada a restrição à retirada de órgãos no caso de suspeita de crime.

O Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993, revogado, regulamentou, por meio de seus 33 artigos, a Lei nº 8.489, de 1992, preenchendo várias lacunas conceituais não abordadas por essa Lei, conforme se observa no **anexo I**.

A Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, em vigor, dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

Observa-se que a ementa excluiu a utilização de tecidos para fins científicos, valendo ressaltar que no final de 1992 foi promulgada lei abordando a utilização de cadáver para fins científicos, ainda em vigor, que será comentada após a apresentação da Lei nº 9.434, de 1997.

A “Lei dos Transplantes”, foi explícita ao permitir a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou “post mortem,” para fins de transplante e tratamento.

Algumas previsões do Decreto nº 879, de 1993, foram incorporadas na Lei como, por exemplo: não inclusão do sangue, do esperma e do óvulo, entre os tecidos a que se refere a Lei; a admissão da presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica; a permissão para que indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, faça doação nos casos de transplante de medula óssea; e as restrições de doações por gestantes.

Sobre a Lei nº 9.434, de 1997, consideramos relevante para os trabalhos dessa Comissão destacar que:

- os transplantes só podem ser realizados por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do SUS;
- a morte encefálica, deve ser constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM;
- os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias de outros documentos especificados na Lei, inclusive os que detalham os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, devem ser mantidos nos arquivos das instituições responsáveis por no mínimo cinco anos;
- as instituições transplantadoras devem enviar anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do SUS;
- a remoção “*post mortem*” de tecidos de pessoa juridicamente incapaz deverá ser permitida

- expressamente por ambos os pais, ou por seus responsáveis legais;
- é vedada a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas;
  - nas situações nas quais houver indicação de verificação da causa da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplante ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização de patologista, a ser citada no relatório de necropsia;
  - foi mantida a preocupação com a devida recomposição do cadáver;
  - a doação entre vivos só é permitida quando se tratar de órgãos duplos, quando a retirada do tecido não causar dano ao doador, e quando houver necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora;
  - é proibida a divulgação de apelos públicos para doações de órgãos;
  - é obrigatório que os estabelecimentos de saúde notifiquem às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos das unidades federadas sobre os casos de morte encefálica que diagnosticarem;
  - os artigos de 14 a 20 abordam os crimes e as respectivas penas relacionados ao não cumprimento dos dispositivos da Lei, sendo a pena máxima a reclusão, de oito a vinte anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.
  - os artigos de 21 a 23 tratam das sanções administrativas a instituições e profissionais.

Em função da necessidade de aperfeiçoar a Lei dos Transplantes para solucionar problemas relacionados: ao consentimento para a doação de órgãos, à ausência de menção à lista de espera de transplantes, e à ausência de exigências relacionadas a parentesco e autorização judicial para a

doação entre vivos, foram editadas várias Medidas Provisórias entre outubro de 1998 e fevereiro de 2001.

É relevante destacar que ao ser promulgada a Lei nº 9.434, de 1997, seu art. 4º estabelecia que salvo manifestação de vontade em contrário, presumia-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica “post mortem”, e regulamentava o registro da situação de doador ou de não-doador na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação.

Instituiu-se, assim, abruptamente, uma variante do consentimento presumido que não considerava a vontade dos familiares, o que destoava da prática vigente por décadas no País.

Não houve respaldo da sociedade brasileira, e, na prática, nem mesmo da classe médica, pois menos de 2% dos profissionais registraram-se como doadores de órgãos.

De 1998 a outubro de 2000 Medidas Provisórias passaram a indicar que na ausência de manifestação de vontade do potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderia manifestar-se contrariamente à doação, o que seria obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplante e remoção.

A partir de 24 de outubro de 2000 a Medida Provisória nº 1.959-27 tornava obrigatória a consulta à família para autorização da doação e retirada de órgãos – sem mais considerar a manifestação de vontade do potencial doador - e, ainda, estabelecia critérios melhor definidos para a efetivação das doações de órgãos entre vivos.

Exigências relacionadas a parentesco e autorização judicial para a doação entre vivos, já existiam na Lei nº 8.489, de 1992, e certamente não deveriam ter sido abandonadas no texto original da Lei dos Transplantes, de 1997, mas aperfeiçoadas, a fim de reduzir as possibilidades de comércio de órgãos<sup>2</sup>.

Em 21 de dezembro de 2000 a Medida Provisória nº 1.959-29 manteve as alterações já descritas e incluiu a menção à “lista única de espera”.

---

<sup>2</sup> Sobre esse tema, é digno de menção a existência de um projeto de lei do Deputado Federal Aloysio Nunes, de nº 7.398, de 2002, que foi recentemente aprovado na Comissão de Seguridade da Família da Câmara dos Deputados, com objetivo de alterar o art. 9º da Lei nº 9.434, de 1997, estabelecendo procedimentos e documentação para petição de autorização judicial para doação de órgãos ou partes do próprio corpo vivo para terceiros.



Por fim, a Lei dos Transplantes foi alterada pela Lei n.º 10.211, de 23 de março de 2001, acolhendo as alterações relacionadas à autorização da família, doações de órgãos entre vivos e lista de espera.

É importante destacar a radical modificação que adotou o consentimento expresso da família, sem a previsão de acatar a vontade expressa feita em vida pelo disponente, dispositivo este que estava previsto nas Leis de 1963, de 1968, 1992, e 1997.

O Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, em vigor, regulamentou a Lei nº 9.434, de 1997, por meio de seus 35 artigos, destacando-se a criação do Sistema Nacional de Transplante (SNT) e a menção, pela primeira vez, da lista de espera para transplantes, que como observamos foi incorporada à Lei em 2001.

Os numerosos aspectos relevantes desse Decreto são apresentados no anexo II.

Vale ressaltar que alguns artigos desse Decreto tornaram-se incompatíveis com as alterações promovidas na Lei dos Transplantes em 2001.

#### **4.5.2 - Normas sobre uso de cadáver para fins científicos e sobre a realização de necrópsia**

Uma vez que a Lei dos Transplantes não mais abordou o uso de órgãos para fins científicos, apresentamos comentários sobre a Lei nº 8.501, de 30 de novembro de 1992, em vigor, que dispõe sobre a utilização de cadáver não reclamado, para fins de estudos ou pesquisas científicas.

Segundo essa norma, o cadáver não reclamado junto às autoridades públicas, no prazo de trinta dias, poderá ser destinado às escolas de medicina, para fins de ensino e de pesquisa de caráter científico.

Poderão ser considerados para esse fim os cadáveres: sem qualquer documentação; e o identificado, sobre o qual inexistem informações relativas a endereços de parentes ou responsáveis legais (após divulgação da notícia do falecimento em jornais por pelo menos dez dias).

A lei também determina que se a morte resultar de causa não natural, o corpo será, obrigatoriamente, submetido à necropsia; e que a

autoridade ou instituição responsável manterá dados sobre o falecido para fins de reconhecimento.

Uma vez que a Lei dos Transplantes faz menção à necropsia e que muitas das doações de órgãos “post mortem” são provenientes de doadores cuja causa de morte não foi natural, é relevante apresentar as normas relacionadas à necropsia em nosso País.

Inicialmente é preciso destacar que a Lei nº 9.434, de 1997, não exige a realização de necropsia em todas as doações “post mortem”, mas indica que nas situações nas quais houver indicação de verificação da causa da morte – como nos casos de morte sem assistência médica, sem causa definida, e nos casos de morte não natural ou violenta (homicídio, suicídio e acidente) -, a remoção de tecidos somente poderá ser realizada após a autorização de patologista, a ser citada no relatório de necropsia.

É claro que, sendo os acidentes causas freqüentes de morte encefálica, esses casos de morte não natural devem ser submetidos à necrópsia.

A legislação federal sobre a obrigação de realizar necrópsia encontra-se um tanto fragmentada.

Como já mencionado, a Lei nº 8.501, de 30 de novembro de 1992, determina a obrigatoriedade da necrópsia em caso de morte não natural.

O art. 162 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941, o Código de Processo Penal, indica que a “autópsia será feita pelo menos 6 (seis) horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto”.

O parágrafo único desse artigo estabelece que “nos casos de morte violenta, bastará o simples exame externo do cadáver, quando não houver infração penal que apurar, ou quando as lesões externas permitirem precisar a causa da morte e não houver necessidade de exame interno para a verificação de alguma circunstância relevante”.

Chama a atenção que o parágrafo único do art. 162 não indique a boa prática de Medicina Legal, de proceder a abertura das cavidades craniana, torácica e abdominal em todos os casos de morte violenta ou suspeita de violência.

Não observamos a existência de lei federal que regulamente adequadamente a realização da necrópsia.

É digno de destaque a existência de normas estaduais abordando o tema com maior abrangência, com é o caso do Decreto nº 35.566 de 30 de setembro de 1959, do Estado de São Paulo, que regulamenta as atividades do Instituto Médico Legal, e estabelece que é preciso fazer autópsia para a apuração da morte sempre que houver suspeita que a morte seja violenta.

Observamos a existência do Projeto de Lei nº 2.558, de 1992, de autoria do Senado Federal (PLS-66/1991), que dispõe sobre a necrópsia como método de diagnóstico médico e de investigação médico-legal e dá outras providências.

Essa proposição tramita na Câmara dos Deputados sujeita à apreciação do Plenário e em regime de prioridade, entretanto, mesmo após mais de dez anos de tramitação, essa relevante matéria ainda aguarda parecer na CCJC.

#### **4.5.3 - Normas do Ministério da Saúde e instituições relacionadas**

Em relação às normas relacionadas ao transplante de órgãos produzidas pelo Ministério da Saúde (MS), destacamos que a regulamentação técnica do SNT ocorreu em 1998 com a aprovação do regulamento técnico de transplantes (Portaria MS n.º 3.407, de 5 de agosto de 1998), que prevê, entre outros aspectos: a) fluxo e rotinas com vistas à autorização às equipes especializadas e estabelecimentos de saúde para proceder à retirada e transplantes de órgãos, partes e tecidos do corpo humano; b) normas operacionais para a retirada de órgãos, partes e tecidos, para a realização de transplantes ou enxertos; c) exigências técnicas quanto a recursos humanos e materiais para a realização de transplante de cada órgão especificado; d) sistema de lista única; e) constituição dos conjuntos de critérios específicos para a distribuição de cada tipo de órgão ou tecido para os receptores; f) priorização de atendimento por gravidade em cada modalidade de transplante.

A partir de 1998 foram elaboradas numerosas portarias (disponíveis em <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm>) que

visavam operacionalizar os transplantes no SUS, muitas delas tratando da organização do SNT e do custeio das atividades relacionadas aos transplantes.

Destacamos a Portaria nº 91, de 23 de janeiro de 2001, que estabelece mecanismos de relacionamento, critérios de disponibilização de órgãos, o fluxo de informações e as obrigações das Centrais Estaduais/Regionais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos em relação à Central Nacional.

Salientamos, também, a existência da Portaria do MS nº 937, de 22 de julho de 1999, sobre a “importação de córneas”, a qual não faz referência ao tema da não comercialização desse tecido humano, o que seria esperado diante do que prevê o parágrafo 4º do artigo 199 da Constituição Federal.

Segundo essa norma, a importação de córneas será feita, exclusivamente, por paciente inscrito na respectiva lista de espera da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos/CNCDO estadual e vinculado a equipes e centros transplantadores, cadastrados no SNT.

A portaria também determina: que a anuência, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, à importação de córneas será efetuada à vista de parecer conclusivo da respectiva CNCDO estadual; que os custos com a importação de córneas caberão exclusivamente ao paciente; e que a responsabilidade pela avaliação da qualidade da córnea importada a ser transplantada será da equipe médica transplantadora.

Com relação às normas elaboradas pela a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que, por meio da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, recebeu a incumbência de regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, dentre os quais os “órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições”, destacamos:

- A Resolução RDC nº 1, de 06 de dezembro de 2002, que aprova o regulamento técnico para fins de vigilância sanitária de mercadorias importadas, incluindo tecidos humanos (ver tópicos relevantes da resolução no **anexo III**);

- A Resolução RDC nº 33, de 25 de fevereiro de 2003, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde; classificando as “peças anatômicas (tecidos, membros e órgãos) do ser humano, que não tenham mais valor científico ou legal, e/ou quando não houver requisição prévia pelo paciente ou seus familiares” na categoria A3 (relacionada a resíduos com a possível presença de agentes biológicos que podem apresentar risco de infecção); e detalhando a destinação final que deve ser dada a esses tecidos - aterro sanitário, enterramento em covas rasas em cemitério, ou tratamento em equipamento que destrua as suas características morfológicas, licenciado para este fim (como, por exemplo, a incineração).;
- A Resolução RDC nº 347, de 02 de dezembro de 2003, estabelece normas técnicas para o funcionamento de bancos de olhos, indicando que o controle das doações e distribuição das córneas é de responsabilidade da CNCDO.

Observamos que há pouca integração entre órgãos do Ministério da Saúde na prática das normas da vigilância sanitária de importação de tecidos humanos, pois a Comissão dessa Casa que, em 2004, investigou irregularidades na fila de transplante de medula óssea, teve conhecimento de tecido destinado à transplante de medula óssea em paciente da clínica privada que foi importado sem conhecimento do SNT, mas que teria sido “autorizado pela ANVISA”.

#### **4.5.4 - Normas do Conselho Federal de Medicina**

Na esfera de atuação do Conselho Federal de Medicina (CFM) é relevante para os trabalhos da CPI destacar que a Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, que constitui o Código de Ética Médica, indica que é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico de cada paciente.

De grande relevância para a realização dos transplantes, o CFM emitiu a Resolução CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997, que caracteriza

a morte encefálica (ME), por meio da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

A resolução indica que:

- os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no "termo de declaração de morte encefálica";
- a morte encefálica deverá ser conseqüência de processo irreversível e de causa conhecida;
- os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia;
- os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, variando de 6 horas para pacientes acima de 2 anos e 48 horas para pacientes de 7 dias a 2 meses incompletos;
- os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca: a) ausência de atividade elétrica cerebral ou, b) ausência de atividade metabólica cerebral ou, c) ausência de perfusão sangüínea cerebral;
- o termo de declaração de morte encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente;
- constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor-Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação,

Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

No anexo da resolução, o termo de declaração de morte encefálica indica que o protocolo deve ser interrompido em caso de hipotermia e de uso de drogas depressoras do sistema nervoso central (sem indicar período de tempo mínimo necessário para reiniciar o protocolo, ou a necessidade de dosar o nível de medicamento ou seus metabólitos no paciente antes de iniciar o protocolo de ME).

Esse termo também indica que os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.

Além de outros exames complementares, que devem ser especificados pelo médico que os utilizar, são mencionados no termo: angiografia cerebral, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana e tomografia computadorizada com xenônio, tomografia por emissão de foton único, EEG, tomografia por emissão de positrons, e extração cerebral de oxigênio.

Nas observações desse termo são fornecidas breves orientações sobre alguns testes, como o teste da apnéia, sem mencionar contra-indicações.

Vale destacar que a Resolução CFM nº 1.480, de 1997, revogou a Resolução CFM nº 1.346, de 8 de agosto de 1991, que adotava critérios para a caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de 2 anos.

Esses critérios incluíam: o coma aperceptivo com arreatividade inespecífica dolorosa, e vegetativa, de causa definida; a ausência de reflexos corneano, oculoencefálico, oculovestibular e do vômito; positividade do teste de apnéia.

Eram explicitados como fatores de exclusão: os casos de intoxicações metabólicas, intoxicações por drogas ou hipotermia.

Os exames complementares não foram especificados, mas deviam demonstrar “ausência das atividades bioelétrica ou metabólica cerebrais ou da perfusão encefálica”.

O período de observação do estado clínico era de, no mínimo, 6 (seis) horas, sem especificar diferenças por faixas etárias.

Havia a indicação de que a “parada total e irreversível das funções encefálicas será constatada através da observação desses critérios registrados em protocolo devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Instituição Hospitalar”.

Segundo a norma cabia ao médico comunicar imediatamente a parada total e irreversível das funções encefálicas aos seus responsáveis legais, antes de adotar qualquer medida adicional.

Recentemente foi publicada nova resolução do CFM com conseqüências relacionadas aos transplantes.

Trata-se da Resolução CFM Nº 1.752, de 8 de setembro de 2004, que aborda a autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais.

A resolução considera que pela inviabilidade vital em decorrência da ausência de cérebro, são “inaplicáveis e desnecessários os critérios de morte encefálica”, entretanto recorre à Resolução CFM nº 1.480, de 1997, para considerar que “a morte encefálica deverá ser conseqüência de processo irreversível e de causa conhecida, sendo o anencéfalo o resultado de um processo irreversível”.

Essa resolução indica que:

- uma vez autorizado formalmente pelos pais, o médico poderá realizar o transplante de órgãos e/ou tecidos do anencéfalo, após o seu nascimento;
- a vontade dos pais deve ser manifestada formalmente, no mínimo 15 dias antes da data provável do nascimento;
- as disposições em contrário são revogadas.

Em que pese o objetivo humanitário que motivou a resolução, a mesma, em nossa opinião, está em desacordo com as determinações da Lei nº 9.434, de 1997, que é a norma que delegou ao CFM a atribuição de definir critérios clínicos e tecnológicos para a constatação da morte encefálica.



Estando o bulbo encefálico funcionando no momento do nascimento, o que facilmente se observa nos casos de anencefalia pela presença da respiração, inexistente a morte encefálica, que é a única situação admitida na Lei de transplantes para a “retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante”.

No caso de pessoas vivas, a mesma Lei não permite a retirada de órgãos que impeça o organismo do doador de continuar vivendo.

Qualquer alternativa para a retirada de órgãos não relacionada à morte encefálica precisa, portanto, estar prevista em lei, a não ser que se esteja propondo uma “nova” definição de morte encefálica em que seja admitida a viabilidade do bulbo encefálico.

Não há informações de que algum país admita o diagnóstico de morte encefálica nessa situação.

Fica claro que a resolução em questão extrapolou as atribuições admitidas em lei.

É possível que tal vício tenha resultado de inadequada valorização e identificação do papel e do poder dos diversos tipos de normas existentes no País, o que se observa em trecho do Parecer CFM nº 24, de 9 de maio de 2003, que deu suporte à resolução em questão, segundo o qual “a lei é um mero referencial de conduta e instrumento para se chegar à justiça”.

Em artigo publicado na Revista da Associação Médica Brasileira<sup>3</sup> o Sr. Sérgio Ibiapina Costa considerou “temerária a postura adotada pelo CFM em relação à doação de órgãos aos portadores de anencefalia aos seus jurisdicionados, não apenas por violar as suas próprias diretrizes, elaboradas à época com base em amplo debate entre especialistas e extensa consulta feita à literatura nacional e internacional, mas pela possibilidade factível de se utilizar tal recomendação como futuro argumento da ladeira escorregadia, tomando por base situações assemelhadas”.

O autor ainda mencionou que “este é um tema que urge discussão mais aprofundada e deve ser enriquecido com argumentos que não ponham em risco a descrença dos critérios de morte encefálica elaborados e defendidos de forma intransigente pelo próprio CFM em defesa da dignidade da pessoa humana”.

---

<sup>3</sup> Anencefalia e transplante. Sérgio Ibiapina F. Costa; Revista da Associação Médica Brasileira; v.50 n.1, São Paulo, 2004.

Sobre o assunto ainda cabe destacar que a resolução não indicou os métodos comprobatórios para o diagnóstico e que, mais uma vez extrapolou suas atribuições ao “revogar” as disposições contrárias, as quais encontram-se justamente na norma que lhe é hierarquicamente superior, a Lei dos Transplantes.

Havendo necessidade de legislar sobre essa situação especial, que não é de morte encefálica, impõe-se seguir o processo legislativo estabelecido na Constituição Federal.

Em nossa opinião, os anencéfalos são seres vivos e eventuais retiradas de órgãos para transplante só seriam recomendadas após a falência de todo o encéfalo.

#### **4.6) Organização do Sistema de Transplantes no Brasil**

##### **4.6.1 - Sistema Nacional de Transplantes**

A partir da regulamentação dos transplantes no País desenvolvida no final da década de 90, o Ministério da Saúde (MS) se dedicou: a implantar o Sistema Nacional de Transplantes (SNT); a implantar as listas únicas de receptores; a promover a criação das Centrais Estaduais de Transplantes; a normatizar complementarmente a atividade; a cadastrar e autorizar serviços e equipes especializadas; e a estabelecer critérios de financiamento.

Na estrutura do SNT há uma Coordenação Nacional responsável: pela normatização e regulamentação dos procedimentos relativos à captação, alocação e distribuição de órgãos; pelo planejamento estratégico da atividade do sistema e identificação e correção de falhas verificadas no seu funcionamento; pelo credenciamento de centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos e pela autorização aos estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo.

Existem nos estados, sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), também chamadas de Centrais Estaduais de Transplante. Até 2003, foram implantadas 22 CNCDOs (estaduais) e 10 Centrais Regionais.

O trabalho das Centrais Estaduais é articulado pela Central Nacional de Transplante, que provê os meios para as transferências de órgãos entre estados com vistas a contemplar as situações de urgência e evitar os desperdícios de órgãos sem condições de aproveitamento na sua origem.

Também compõem o SNT: Grupo Técnico de Assessoramento (GTA), comissões intra-hospitalares de transplante, bancos de órgãos e tecidos, o Registro Nacional de Doadores (criado em outubro de 2000, para cadastrar pessoas em todo o Brasil que voluntariamente queiram ser doadores de órgãos após a morte), e o Registro de Doadores de Medula Óssea – REDOME.

#### **4.6.2 - Sistema de Lista Única para os transplantes em geral**

A lista única para transplantes está prevista no art. 10º da Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997.

*“Art. 10. O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.” (Redação dada pela Lei nº 10.211, de 23.3.2001).*

Segundo a Portaria MS n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998, o sistema de lista única é constituído por um conjunto de critérios específicos - excludentes e de classificação (explicitados no art. 39) - para a distribuição de cada tipo de órgão ou tecido, selecionando, assim, o receptor adequado.

Os critérios da lista única são contemplados em um sistema informatizado, presente em todas as Centrais Estaduais, que faz o ranqueamento dos receptores automaticamente.

A inscrição dos pacientes nesse sistema ocorre na CNCDO com atuação na área de sua residência, pelo estabelecimento de saúde ou pela equipe responsável pelo seu atendimento. Se o estado não possuir uma CNCDO, o paciente poderá inscrever-se em qualquer Unidade da Federação que possua uma CNCDO e que este estado realize o referido transplante.

O paciente, ao ser inscrito, deve receber o comprovante de sua inscrição expedido pela CNCDO, bem como as explicações específicas sobre os critérios de distribuição de órgão ou tecido ao qual se relaciona como possível receptor.

Segundo o SNT, para a constituição de uma lista única para determinado órgão ou tecido, a CNCDO deverá possuir, no território de sua atuação, estabelecimento de saúde e equipe técnica autorizados pelo SNT para a realização do transplante ou enxerto correspondente.

Na ocorrência das condições clínicas de urgência para a realização de transplantes, a CNCDO estadual deve ser comunicada pela equipe para a indicação de precedência do paciente em relação à lista única, e, caso seja necessário, comunicar à Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, a qual tentará disponibilizar o órgão necessário para o transplante junto às outras CNCDOs estaduais.

De acordo com informações coletadas pela CPI, algumas vezes um órgão que foi descartado por uma equipe de transplante pode ser aceito por outra equipe, pois tal órgão pode ser útil para uma pessoa numa situação muito crítica.

#### **4.7) Conceito de morte encefálica**

Para que se compreenda o conceito de morte encefálica, é importante destacar a diferença entre os termos encéfalo e cérebro, uma vez que há certa confusão no emprego do termo “cérebro”, como, por exemplo, na expressão “morte cerebral”.

O sistema nervoso central divide-se em medula espinhal e encéfalo, sendo o cérebro um dos componentes deste.

A cognição humana depende da integridade do encéfalo.

Conforme esclareceu o neurocientista Cláudio G. dos Santos<sup>4</sup>, a palavra “brain”, que em inglês se refere ao encéfalo, foi há muito tempo traduzida por “cérebro” em português e assim permanece até hoje.

A expressão em inglês “brain death”, é amplamente utilizada na literatura especializada, tendo como correta tradução a expressão morte encefálica.

É relevante, pois, que seja evitada a utilização incorreta desses termos.

---

<sup>4</sup> Disponível em [http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/plasticidade\\_neuronal3.asp](http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/plasticidade_neuronal3.asp).

Segundo Eelco Wijdicks<sup>5</sup>, morte encefálica é uma expressão usada para indicar a perda irreversível da função encefálica, que fica caracterizada quando os reflexos do tronco encefálico, respostas motoras e respiração espontânea estão ausentes em paciente com temperatura normal, sem coma induzido por drogas, com uma causa conhecida de lesão extensa no encéfalo, e sem distúrbios metabólicos.

Esse autor indica que o diagnóstico clínico de morte encefálica foi estabelecido no final da década de 50, coincidindo com a introdução do respirador mecânico e com a habilidade de dar suporte aos pacientes com graves lesões neurológicas.

O Dr. Luís Alcides Manreza esclareceu na CPI que a morte encefálica tem valor de morte clínica, salientando que o conceito de morte relaciona-se ao prognóstico de inviabilidade e de irreversibilidade, dependendo do contexto da capacidade tecnológica da medicina.

Certamente, a relação do desenvolvimento tecnológico da medicina com o diagnóstico da morte encefálica é direta, pois, por definição, um indivíduo em morte encefálica não apresenta respiração espontânea, de modo que, na ausência de recursos avançados de suporte, segue-se rapidamente a parada circulatória.

Apresentam-se nos parágrafos a seguir observações esclarecedoras dos autores Flowers e Patel (2000) a respeito do diagnóstico da morte encefálica.

Segundo esses autores, quando um paciente está em coma profundo, os reflexos do tronco encefálico<sup>6</sup> estão ausentes e tem apnéia, a possibilidade de morte encefálica deve ser considerada. Se a condição é irreversível, o paciente enquadra-se no critério clínico e pode ser declarado morto.

A pronta confirmação é importante para que: recursos valiosos possam ser redirecionados para pacientes vivos, a família do paciente seja aconselhada, e o transplante de órgãos para outros pacientes seja facilitado.

---

<sup>5</sup> Professor de Neurologia e Diretor Médico da Unidade Neurocirúrgica de Tratamento Intensivo do Hospital Saint Mary, da Clínica Mayo (Rochester, Minnesota).

<sup>6</sup> O tronco encefálico está situado entre o cérebro e o topo da medula espinhal, e controla funções físicas como a respiração e a regulação da pressão arterial.

O critério clínico de morte encefálica inclui cessação de função encefálica manifestada por coma profundo, com nível 3 na escala de Glasgow.

Esse é o nível mais baixo dessa escala, o que significa que os olhos não abrem após comando verbal ou estímulo doloroso, que não há resposta motora a comando verbal ou estímulo, e que não há resposta verbal do paciente.

Deve existir cessação de função do tronco encefálico com ausência de reflexos do tronco encefálico. Um teste que demonstre a apnéia deve ser realizado.

Para se declarar a morte encefálica, deve haver irreversibilidade sem possibilidade de recuperação. A causa do coma deve ser conhecida e deve ser suficiente para explicar a perda de função encefálica. A cessação da função encefálica deve persistir por pelo menos 6 horas.

Os autores alertam para o fato de que condições complicadoras, incluindo intoxicação metabólica e por drogas, hipotermia e choque devem ser excluídas e corrigidas.

Precauções especiais devem ser tomadas na infância. Bebês e crianças são freqüentemente mais resistentes às lesões e têm um potencial de recuperação maior que os adultos.

O diagnóstico da morte encefálica é eminentemente clínico, entretanto a confirmação tem sido requerida em vários países por protocolos padronizados ou por exigência de lei. A confirmação também é útil: na suspeita de intoxicação metabólica ou por drogas, se há razão para encurtar o período de observação, e para oferecer evidência adicional para os familiares.

A respeito dos testes confirmatórios, o eletroencefalograma tem importantes limitações, sendo a angiografia cerebral de quatro vasos o padrão dos testes confirmatórios, avaliando o fluxo do cérebro e da fossa posterior.

O estudo é feito pela injeção de contraste iodado no arco aórtico ou por injeção direta nos vasos cerebrais. Normalmente as artérias cerebrais são bem visualizadas, mas na morte encefálica há obstrução do fluxo ("stop") nas artérias carótidas internas e nas artérias vertebrais devido ao aumento da pressão intracraniana.

Os critérios clínicos para o diagnóstico da morte encefálica foram mais amplamente divulgados a partir de 1968, por meio de proposta<sup>7</sup> de comissão de especialistas da escola de Harvard.

Naquela época tais definições se faziam necessárias uma vez que o desenvolvimento de transplantes, como os cardíacos – iniciados em 1967 – exigiam a padronização de procedimentos.

Esses critérios foram revisados nos Estados Unidos (EUA) em 1981<sup>8</sup>.

Com relação aos vários estados americanos e aos demais países, apesar da aceitação generalizada do conceito de morte encefálica, observa-se ampla variação nos procedimentos relacionados ao seu diagnóstico, o que sugere que o mesmo carece de consenso absoluto na comunidade acadêmica internacional.

A existência de pontos conflitantes no diagnóstico de morte encefálica foi exemplificada pelas informações prestadas à CPI pelo Dr. Manreza e pelo Dr. Cícero Galli Coimbra, o qual abordou os efeitos de lesões externas sobre o sistema nervoso central, além de problemas específicos do diagnóstico de morte encefálica. Tais pontos serão apresentados posteriormente no item 4.10. Continuaremos a abordar, no próximo item as diferentes relacionadas ao diagnóstico da morte encefálica, em vários países.

#### **4.8) Contexto internacional do diagnóstico da morte encefálica**

É relevante indicar a existência de uma diferença básica entre os países no que se refere ao conceito de morte encefálica adotado.

A maioria dos países europeus e alguns estados americanos utilizam critérios relacionados com a morte de “todo o encéfalo”, que requer a irreversível cessação de todas as funções de todo o encéfalo, incluindo o tronco encefálico na definição de morte encefálica.

O Brasil, conforme estabelece a Resolução CFM nº 1.480, de 1997, se encaixa nesse grupo de países.

---

<sup>7</sup> “A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death”. JAMA. 1968;205:337-340.

<sup>8</sup> Guidelines for the determination of death: report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. JAMA. 1981;246:2184-2186.

O Reino Unido, muitos dos países de colonização britânica e alguns estados americanos, particularmente Minnesota, utilizam critérios relacionados com a “morte do tronco encefálico”.

É relevante destacar que em muitos países não é exigido o teste confirmatório, apenas o exame clínico. Segundo o Dr. Manreza, o primeiro país a adotar essa prática foi a Inglaterra, seguida pelo Uruguai, sendo que, atualmente, 80% dos estados americanos não realizam exames comprobatórios, e no continente europeu aproximadamente a metade dos países não os realizam.

Um estudo europeu (Haupt e Rudolf, 1999) envolvendo 12 países verificou as diferenças nos critérios de morte encefálica e propôs o desenvolvimento de critérios claros para a União Européia.

Em 2000, Wijdicks estudou os critérios para o diagnóstico de morte encefálica adotados em 80 países (42% dos existentes no mundo).

Os parágrafos seguintes apresentam os resultados dessa relevante pesquisa.

O critério inglês, de morte do tronco encefálico, predominou nos países de colonização britânica, e o critério dos EUA de morte de todo o encéfalo predominou na América do Sul e Central.

Os países que possuíam critérios em geral especificavam: o coma irreversível, a ausência de resposta motora a estímulos dolorosos, a ausência de reflexos encefálicos, e a exclusão de fatores de confusão.

Normas legais para doação de órgãos estavam presentes em 55 de 80 países (69%). Protocolos com critérios sobre morte encefálica estavam presentes em 70 países (88%).

Para realizar o diagnóstico definitivo era exigido um médico em 31 protocolos (44%), dois médicos em 24 protocolos (34%), e mais de dois médicos (até quatro) em 11 protocolos (16%), sendo que 4 protocolos (6%) não especificaram o número de médicos.

Todos os protocolos requeriam a estrita definição de ausência de reflexos do tronco encefálico, mas a presença de apnéia usando um alvo de pCO<sub>2</sub> foi recomendada em apenas 41 protocolos (59%).



A uso de oxigênio a 100% seguida por 10 minutos de desconexão do ventilador, com exame clínico da apnéia foi requerida em 20 dos 71 protocolos (29%).

Testes laboratoriais confirmatórios eram mandatórios na Europa e Ásia. Em alguns países tais testes eram usados para abreviar o período de observação. Muitos países em desenvolvimento não exigiam testes confirmatórios.

O período de observação do paciente variou muito entre os países estudados.

Apresentam-se a seguir as principais diferenças detectadas em regiões geográficas selecionadas na época da realização desse estudo.

Na **América do Norte**, foi observado que o Canadá possuía critérios semelhantes aos dos Estados Unidos. Nos EUA, a Lei de determinação de morte exigia a cessação de todas as funções de todo o cérebro e do tronco encefálico. Isto foi aceito por 44 estados e pelo Distrito de Columbia. Os estatutos dos estados americanos são comparáveis, mas há diferenças notáveis. O estado da Virgínia exigia um especialista em neurociências. A Flórida exigia dois médicos, o que atende, e um dos seguintes, com o devido registro: neurologista, neurocirurgião, internista, pediatra, cirurgião ou anestesista. Em Nova York e Nova Jersey os médicos deveriam honrar solicitações de caráter religioso, como, por exemplo, manter o tratamento apesar da evidência de perda da função encefálica.

Na maioria dos estados o diagnóstico feito por apenas um médico era suficiente.

A Academia Americana de Neurologia publicou critérios em 1995.

Na **América do Sul e Central** muitos países possuíam critérios, mas geralmente havia falta de descrição clara do teste de apnéia. Os testes confirmatórios eram opcionais na maioria dos países pesquisados.

Na **Europa** em geral havia consenso no que se refere à avaliação clínica da morte encefálica, embora com considerável variação no uso de testes fisiológicos adicionais. Em 11 dos 25 protocolos estudados, os testes confirmatórios eram obrigatórios, e nos demais eram “facilitadores” do diagnóstico. Metade dos países exigiam o diagnóstico de mais de um médico.

Na Irlanda dois conjuntos de testes deveriam ser executados pelo médico atendente e por médico com mais de 5 anos de experiência em atendimento de emergência. Vários países tinham períodos de observação maiores quando a causa da morte encefálica era “anóxia”. Por exemplo, na Hungria lesões secundárias do cérebro aumentavam o período de observação para 72 horas.

Em relação ao teste de apnéia, o Reino Unido requeria um aumento de 20 mm Hg a partir da linha de base normal da pCO<sub>2</sub> ou um alvo de pCO<sub>2</sub> de 50 mm Hg.

Na Turquia uma lei exigia que o paciente fosse examinado por um cardiologista, um neurocirurgião, e um anestesista, seguindo-se de teste confirmatório, que freqüentemente exigia combinação de testes laboratoriais.

Na Geórgia exige-se médico com 5 anos de prática em neurologia, mas isso não é especificado na Rússia.

Na **África** quase todos os países africanos não tinham leis sobre transplante de órgãos, e critérios para definição de morte encefálica foram difíceis de se encontrar.

Destacavam-se a Tunísia e a África do Sul, que desenvolveram critérios.

No **Oriente médio** protocolos sobre morte encefálica foram aprovados pelo Conselho Pan-Islâmico em Jurisprudência em 1986 e 1988. Muitos países não elaboraram protocolos. Em Israel o Ministério da Saúde publicou critérios em 1991, revisados em 1996, exigindo dois médicos para o diagnóstico, excluindo o médico atendente.

Na **Ásia, Austrália, e Nova Zelândia** grandes diferenças foram encontradas. Na Índia foi adotada lei sobre transplantes em 1993. Os critérios seguiam o critério britânico de morte do tronco encefálico, mas o diagnóstico envolvia um grupo de médicos incluindo o responsável pelo paciente, o responsável pelo hospital, um especialista independente com especialidade não definida, e um neurologista ou neurocirurgião.

A responsabilidade pela comprovação era do especialista em neurociências, com o outro membro confirmando o diagnóstico.

Em Bangladesh um dos três observadores deveria ser um professor assistente.

Os mais notáveis períodos de observação foram os do Irã - de 12 a 36 horas de observação por três médicos.

Na China Continental não havia critério legal para a determinação da morte encefálica. Hong Kong possuía critérios semelhantes aos britânicos.

O Japão possuía critérios únicos: a tomografia computadorizada deveria detectar lesões irreparáveis; a causa da parada cardíaca deveria ser conhecida quando causou a morte encefálica; o reflexo cílio espinal deveria ser realizado; o teste de apnéia só era realizado após a perda de sete reflexos do tronco encefálico especificados e após EEG isoeletrico; o diagnóstico só era permitido se as membranas timpânicas estivessem presentes, e crianças menores de 6 anos eram excluídas.

Na Indonésia não se observou existência de estatutos legais, mas geralmente eram requeridos três médicos e, em algumas regiões, um advogado como observador.

Na Austrália e Nova Zelândia o primeiro exame formal era realizado por dois médicos após quatro horas; o segundo exame era realizado após o primeiro exame, exceto após lesão hipóxica primária do cérebro, caso em que o primeiro exame deveria ser realizado após 12 horas.

Vale destacar que alguns dados sobre o Brasil apresentados em tabela desse trabalho estão equivocados, pois estariam indicando que apenas um médico seria necessário para realizar o diagnóstico e que o teste confirmatório seria opcional.

O autor resume os principais achados como se segue:

- os critérios de Harvard, publicados em 1968, têm se sustentado por vários anos, entretanto, relevante diversidade no critério clínico desenvolveu-se no mundo;
- há importantes diferenças no número de médicos exigidos, no nível de experiência e situação acadêmica do médico, na preferência por especialidades, e nas recomendações para testes confirmatórios;
- o tempo de observação após a declaração de morte encefálica varia bastante ou não está especificada; a previsão de 24 horas de observação em caso de

“anóxia” é prevalente; o que pode ter origem nas recomendações da Comissão Presidencial dos EUA (1981) para estudo de problemas éticos em medicina e pesquisa biomédica e comportamental definindo morte; e essa recomendação pode ter sido incluída pela presença adicional, em alguns pacientes, de choque cardiogênico e, assim, de incerteza sobre a irreversibilidade;

- muitas nações do mundo e vários estados americanos requerem confirmação por um segundo médico, mas não há dados para validar a recomendação de mais de dois médicos.

O autor considera que os resultados do estudo sugerem a necessidade de futura padronização da determinação da morte encefálica, chegando a sugerir que uma força tarefa internacional poderia abordar inconsistências nos protocolos e desenvolver critérios para o teste de apnéia, incluindo, por exemplo, a dosagem seriada de pCO<sub>2</sub> arterial, o que atualmente pode ser medido no leito do paciente.

A pesquisa mostrou a necessidade de avaliar criticamente os testes confirmatórios, os longos períodos de observação, e talvez a cláusula sobre a anóxia.

Reconheceu o papel de questões culturais, de preocupações a respeito do erro médico e da qualificação desses profissionais como fatores que influíram no desenvolvimento dos critérios.

Finalizou indicando que as principais diferenças não se relacionam à aceitação do conceito de morte encefálica, mas no procedimento que os médicos usam para realizar o diagnóstico final.

Chamou-nos a atenção o fato de, salvo engano, não existirem movimentos consistentes por parte de organismos internacionais oficiais visando a padronização dos critérios de definição da morte encefálica.

#### **4.9) Diagnóstico da morte encefálica no Brasil**

É importante salientar que a Lei nº 9.434, de 1997 determinou que no Brasil a morte encefálica, deve ser constatada e registrada

por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM.

O Decreto nº 2.268, de 1997, exige que um dos médicos tenha título de especialista em neurologia reconhecido no País.

Da observação da Resolução CFM nº 1.480, de 1997, depreende-se que: o nosso País adota o conceito de morte de todo o encéfalo; o período de observação entre a realização dos dois exames clínicos varia de acordo com a idade do indivíduo – 6 a 48 horas; o teste de apnéia faz parte do exame clínico; e o teste confirmatório é obrigatório, sendo realizado **após** os dois exames clínicos.

A respeito do teste de apnéia, o protocolo apresentado na mencionada resolução do CFM, não faz referência a contra-indicações e não requer a realização de dosagem do pCO<sub>2</sub> em todos os casos.

#### **4.10) Problemas relacionados ao diagnóstico da morte encefálica**

De acordo com Flowers e Patel (2000), a cuidadosa avaliação clínica e o exame físico, junto com o teste formal de apnéia pode estabelecer o diagnóstico de morte encefálica com considerável confiança. Se a intoxicação metabólica ou por drogas é excluída, o diagnóstico clínico de morte encefálica é altamente confiável quando feito por examinadores experientes usando critérios estabelecidos. Estudo realizado por esses autores indicou que a acurácia foi de 100%, entretanto, os mesmos comentam que não há substituto para a experiência, e que ocasionalmente examinadores inexperientes lhes referiram pacientes que não estavam em morte encefálica.

A qualificação dos profissionais que realizam o diagnóstico de morte encefálica é um tópico relevante.

A esse propósito o Dr. Manreza declarou na CPI que no caso de Taubaté, descrito no item 5.4, em que perícia médica detectou que quatro de seis casos não apresentavam comprovação de morte encefálica, teria sido causado por incapacidade.

Segundo Wijdicks, a determinação clínica da morte encefálica nunca foi fácil, embora o exame clínico pareça envolver instrumentos simples.

Erros podem ser cometidos pela omissão de partes do exame clínico; por falha em apreciar a possibilidade de uso de drogas sedativas que podem deprimir a função encefálica; e por falha em realizar o teste calórico, a sucção da traquéia para provocar a tosse, e o teste de apnéia.

São condutas errôneas: testar apenas os reflexos oculocefálicos; verificar o reflexo “gag” (relacionado à tosse) apenas por movimentos de ida e vinda do tubo traqueal; ignorar o teste de apnéia ou retirar brevemente o paciente do ventilador em busca de algum esforço respiratório.

A breve descontinuação do ventilador pode ser associada a um tipo de apnéia pós-hiperventilação, em que o paciente leva alguns minutos antes que inicie a respiração, se iniciar. Segundo o autor esse grau de desleixo não é comum.

No outro extremo, erros de diagnóstico podem ser induzidos por movimentos que ocorrem em situação de morte encefálica. Os exemplos mais dramáticos são: breve elevação de ambas as extremidades superiores ou a adoção da posição sentada (sinal de Lázaro), movimentos faciais mioclônicos, resposta tríplice com a realização do sinal Babinski (flexão no joelho com o teste repetitivo), e algumas vezes movimentação da cabeça de lado a lado. Os movimentos podem às vezes ser sincronizados com o ventilador mecânico.

Naturalmente esses movimentos tem assustado familiares mas, segundo Wijdicks, deve ser explicado que são gerados na medula espinhal. Eles podem ocorrer ainda quando a medula espinhal é estimulada por acidose respiratória, particularmente no final do teste de apnéia.

Saposnik e outros<sup>9</sup>, da Argentina, verificaram que movimentos espontâneos e reflexos podem ser encontrados em pacientes com morte encefálica, e que não impossibilitam o diagnóstico. Esses autores verificaram que entre 38 pacientes que preencheram os critérios para morte encefálica, 15 (39%) apresentaram movimentos espontâneos ou reflexos. O movimento mais comum foi o de dedos, mas também foram observados: sinal de flexão de dedo do pé, resposta de flexão tripla, sinal de Lázaro, reflexo de pronação-extensão, e movimento facial.

---

<sup>9</sup> Movimentos espontâneos e reflexos na morte encefálica. *Neurology* 2000 Jan 11;54(1):221-3 (ISSN: 0028-3878). Saposnik G; Bueri JA; Maurino J; Saizar R; Garretto NS. Departamento de Neurologia, Hospital J.M. Ramos Mejia, Buenos Aires, Argentina.

Conforme mencionamos anteriormente, alguns pontos conflitantes do diagnóstico de morte encefálica foram apresentadas na CPI pelo Dr. Cícero Galli Coimbra.

Para fundamentar suas explicações esclareceu as conseqüências de lesão no sistema nervoso central causada por um trauma craniano.

A contusão leva ao edema cerebral, e este, ao aumento da pressão dentro do crânio, de modo que os vasos sangüíneos que nutrem o tecido nervoso vão progressivamente sendo comprimidos, até que a compressão sobre os vasos sangüíneos é tão grande que não existe mais circulação suficiente para manter o tecido nervoso vivo.

Segundo o proposto por comissão da Universidade de Harvard em 1968, o coma profundo, com arreflexia cefálica - ausência de reatividade do tecido nervoso -, se correlacionaria com a parada circulatória no interior do crânio.

Então, naquela época se correlacionava a ausência de reatividade do tecido nervoso com a ausência de vitalidade do tecido nervoso. Logo, bastava a observação do estado de falta de reatividade por várias horas para se depreender que não havia circulação cerebral e que o indivíduo se encontrava em morte encefálica.

No entanto, a partir da década de 80, surgiu outro conceito relacionado à circulação do tecido nervoso. Observou-se, como no caso do acidente vascular cerebral (AVC) que o tecido nervoso de região periférica à lesão – “zona de penumbra isquêmica”, estaria inerte, mas não morto, de modo que se houvesse recirculação do vaso sangüíneo obstruído, esse tecido voltaria a funcionar.

Separaram-se, então, os conceitos de vitalidade e de falta de função, uma vez que um fluxo sangüíneo parcialmente reduzido, apesar de não ser suficiente para manter função poderia ser suficiente para manter a vitalidade do tecido.

Segundo o Dr. Galli, o tecido nervoso pode passar até 48 horas submetido a fluxos sangüíneos parcialmente reduzidos, sem que tal fluxo provoque a necrose do tecido nervoso.

As considerações que o Dr. Cícero Galli fez na CPI foram publicadas, em 1999, com o título em inglês correspondente a 'Implicações da penumbra isquêmica para o diagnóstico da morte encefálica', no Brazilian Journal of Medical and Biological Research. (volume 32, fascículo XII, página 1.479 a 1.487).

Ainda hoje existem discussões técnicas a respeito do fluxo sangüíneo teoricamente suficiente para manter a atividade do tecido nervoso deprimida, mas com a vitalidade preservada, particularmente nos casos de evolução mais lenta.

Tais discussões não ameaçam o conceito de morte encefálica, mas produzem questionamentos a respeito de procedimentos relacionados ao diagnóstico de morte encefálica, dos quais, os mais destacados nas discussões que ocorreram na CPI entre o Dr. Galli e o Dr. Manreza foram: a hipotermia e o teste de apnéia.

#### **4.11) Diagnóstico da morte encefálica e hipotermia**

Em paciente com hipotermia não se pode considerar o diagnóstico de morte encefálica, tratando-se, pois de critério de exclusão.

A hipotermia tem sido proposta como tratamento da hipertensão intracraniana, e é importante destacar que não estão definidos critérios para que se realize o diagnóstico de morte encefálica após a terapia com hipotermia.

De acordo com o Dr. Galli, a hipotermia deveria ser adotada visando a recuperação dos pacientes com trauma craniano, pois estudos como o de um neurocirurgião japonês, Dr. Noriyuki Hayashi, e de Christoph Metz da Universidade de Heilderberger, Alemanha, publicados em 1996, indicariam bons resultados desse tratamento.

O seu discurso sugere que o prioridade que hoje se dá ao diagnóstico de morte encefálica para fins de transplante acaba por negar relevante chance ao paciente em tratamento, pois haveria uma tendência em não se utilizar um tratamento, no caso a hipotermia, que é fator de exclusão para o diagnóstico da morte encefálica.



Entretanto, o Dr. Manreza destacou que a hipotermia não é novidade para os neurocirurgiões, que se utilizam do método há mais de 25 anos.

No passado a experiência com a hipotermia foi trágica, pois utilizava-se a hipotermia severa.

A neurotraumatologia sempre esteve à procura de métodos de proteção cerebral, a exemplo dos barbitúricos e da hipotermia moderada.

O Dr. Manreza concordou a respeito da existência da “região de penumbra”, e disse que “nessa fase as células nervosas estão extremamente vulneráveis, e não suportam insultos como uma infecção, uma hipotensão, logo necessitam de medidas de proteção”.

Mencionou que a idéia da hipotermia moderada é boa, mas salientou que os primeiros protocolos já se mostram um pouco decepcionantes, pois, a despeito do grande entusiasmo inicial, os pacientes têm uma melhora neurológica, mas o sistema imunológico fica deprimido, elevando o índice e severidade de infecções, principalmente pulmonares.

Destacou que não se trata de um método abandonado, mas que está sendo questionado.

A discussão sobre o método deve ser feita nos fóruns técnicos adequados, de modo que nos limitamos a dar conhecimento à sociedade sobre os pontos de vista apresentados, entretanto, como a hipotermia tem sido utilizado, inclusive em casos de grande repercussão na mídia, por envolverem artistas famosos, nos cabe solicitar do CFM que se pronuncie formalmente sobre os procedimentos que o médico deve adotar caso utilize a hipotermia, e após eventual falha terapêutica deseje proceder o diagnóstico de morte encefálica.

#### **4.12) Diagnóstico da morte encefálica e o teste de apnéia**

O teste de apnéia é considerado vital para o diagnóstico de morte encefálica, e faz parte do exame clínico.

Esse teste consiste no desligamento do respirador artificial, após oxigenação prévia, com o objetivo de fazer com que o nível de gás carbônico produzido pelas células do indivíduo, atinja um nível suficientemente

alto para fazer com que o centro respiratório seja estimulado, provocando a respiração espontânea.

No caso de morte encefálica espera-se que no decorrer desse teste não exista nenhuma reatividade do tecido nervoso, ou seja, não se detecte nenhuma contração do diafragma, nenhuma contração espontânea.

Segundo o Dr. Manreza, o que estimula a respiração não é a queda de oxigênio, e, sim, a elevação do gás carbônico. Então, quando o gás carbônico atinge determinado nível, ele aciona o gatilho da respiração. Se o indivíduo tiver ausência de movimento respiratório, com uma pressão parcial de gás carbônico ( $pCO_2$ ) de 55 ou 60 mmHg — de acordo com o protocolo — o teste de apnéia é dito positivo.

Para se realizar o teste, o paciente, devidamente monitorizado, é hiperventilado para manter um nível de oxigenação; é colocado um cateter de oxigênio no tubo da traqueostomia e é desligado o ventilador mecânico.

Sem o mecanismo de vaivém da respiração, a  $pCO_2$  vai subindo na razão de 3 milímetros de pressão parcial por minuto, até atingir o nível desejado.

Esse teste pode durar no máximo 10 minutos, porque, admitindo que o indivíduo esteja hiperventilado, ele estaria com  $pCO_2$  de 25 mmHg, precisaria subir 30 mmHg, necessitando, pois de 10 minutos.

O Dr. Manreza informou que é “um erro muito grave afirmar que o teste de apnéia é de 10 minutos”, pois ele pode ser até de 10 minutos, uma vez que “é feito pelo tempo suficiente para subir a pressão parcial.”

O que o protocolo do teste de apnéia apresentado na Resolução CFM nº 1.480, de 1997, muito sucintamente estabelece é: “observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o  $pCO_2$  atingir 55 mmHg.”

Segundo Wijdicks, apenas a desconexão do ventilador pode não ser suficiente para documentar a apnéia, devido à apnéia pós hiperventilação (“posthyperventilation apnea”).

A respeito da monitorização do paciente, o Dr. Manreza informou que é necessário observar a oxigenação, a capnografia, o traçado

eletrocardiográfico e a pressão arterial, entretanto, o protocolo apresentado na Resolução CFM nº 1.480, de 1997, não oferece tais informações.

O Dr. Galli alega que o teste de apnéia provoca hipotensão severa em um grande número de pacientes, além de outros efeitos danosos, que podem provocar ou acelerar a morte encefálica.

Mencionou que sua tese encontrou apoio entre médicos de outro países, inclusive por meio de publicações.

O Dr. Manreza Informou que alguns pacientes nitidamente demonstram reações ao teste de apnéia, como a hipotensão ou irregularidade eletrocardiográfica.

Nesses casos, existem duas condutas, e aí, sim, reconhece que não há um consenso. Uma escola prefere interromper o teste; outras escolas preferem dar suporte medicamentoso e manter o teste - mais de 80% dos serviços no mundo mantêm a prova de apnéia e mantêm, artificialmente, os batimentos cardíacos.

Em outro momento declarou que “o teste de apnéia pode potencialmente trazer prejuízos, então ele é suspenso, só isso.” Consideramos que a previsão da suspensão do teste deveria estar prevista no protocolo da Resolução CFM nº 1.480, de 1997.

Do mesmo modo que no item anterior, não nos cabe realizar discussão metodológica, mas, com base nas informações apresentadas na CPI e nos dados publicados por Flowers e Wijdicks (apresentados no anexo I V), observamos que o texto do protocolo da Resolução CFM nº 1.480, de 1997, não nos parece suficientemente claro e abrangente, por não mencionar as contra-indicações do método, não deixar claro o que deve ser monitorado no paciente, e não explicitar as situações em que deva ser suspenso.

#### **4.14) Diagnóstico da morte encefálica e o uso de depressores do sistema nervoso central**

Esse tema é de interesse direto para um dos casos analisados por esta Comissão, o do paciente Pavesi, apresentado no item 5.2.

A Resolução CFM nº 1.480, de 1997, indica que o protocolo de morte encefálica deve ser interrompido em caso de uso de drogas depressoras do sistema nervoso central.

Não há nenhuma recomendação a respeito de critérios que possam ser adotados para diagnosticar a morte encefálica após o uso desses medicamentos, o que gera incerteza sobre o período que deve ser observado antes que se possa retomar o protocolo.

No anexo V são apresentadas informações relacionadas ao uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central no diagnóstico de morte encefálica.

## V - DESCRIÇÃO DE CASOS INVESTIGADOS

### 5.1) Caso Pernambuco

Esta CPI deslocou-se para a cidade de Recife, onde investigou caso de aliciamento e tráfico de seres humanos para remoção de rins, que foi investigado pela Polícia Federal em Pernambuco, na chamada “Operação Bisturi”.

Gedalya Tauber, também conhecido como Gaudy, natural da Polônia, ex- major do Exército israelense, encabeçava uma associação clandestina, que entrava em contato com, habitantes da periferia de Recife, oferecendo pagamento em dinheiro em troca da ablação cirúrgica de um rim. O doador seria remunerado com quantias que variavam de 6 a 10 mil dólares.

As operações ocorriam no Hospital St. Augustine, de Durban, África do Sul, e a viagem e todos os procedimentos necessários corriam às expensas da dita “associação”.

As pessoas selecionadas como doadores eram encaminhadas, ainda em Recife, a exames pré-operatórios e, se aprovadas, recebiam documentos de viagem, passaporte e passagens, tudo providenciado pelo grupo de Gaudy.

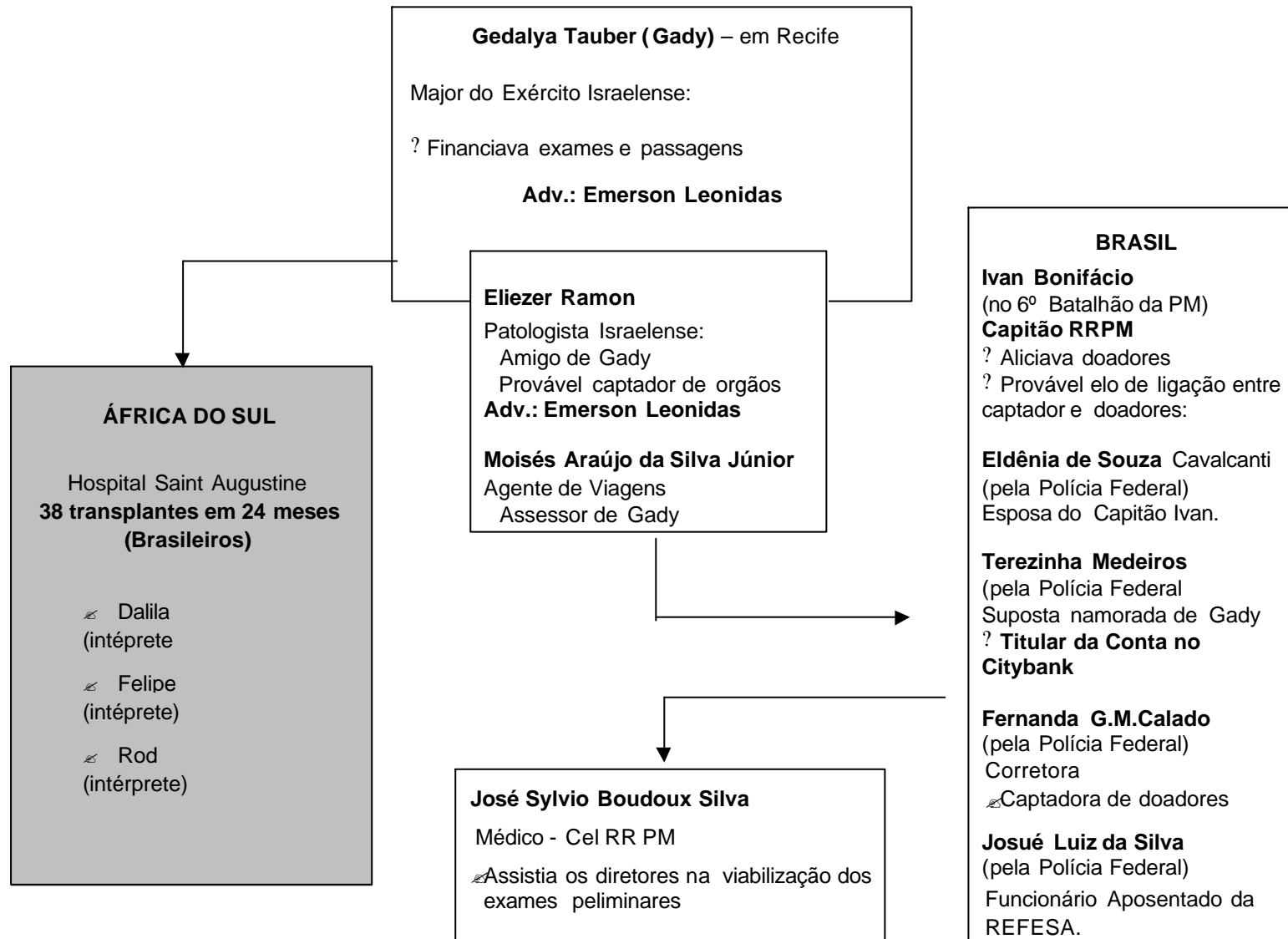
Ao chegarem em Durban os aliciados refaziam exames – tudo para garantir que não haveria reclamações sobre a qualidade dos rins e nem problemas para a “associação” – e seguiam para a cirurgia, permanecendo no hospital o tempo mínimo de recuperação em cirurgias desse tipo. Ao voltarem ao Brasil, ou mesmo ainda na África, recebiam a quantia pactuada.

Ao retornarem, muitos dos aliciados passaram também a ser captadores de novos “doadores”, recebendo a quantia de mil dólares por voluntário captado.

Em 24 meses a quadrilha proveu a realização de 38 transplantes com doadores brasileiros no hospital St. Augustine.

Junto com Gedaly agiam seu compatriota Eliezer Ramon e os brasileiros Moisés Araújo da Silva Júnior (agente de viagens), Teresinha Medeiros de Souza (companheira de Gedaly), Fernanda Gabriela Martins Calado, Ivan Bonifácio da Silva, Eldênia de Souza Cavalcanti, Josué Luiz da Silva, José Sylvio Boudoux Silva, João Cavalcante Nascimento, Marcondes Lacerda de Arraújo, Gerson Luiz Ribeiro de Oliveira, Alberty José da Silva, Rubens Farias dos Santos Filho, Tiago Pereira da Silva, Pedro Gervásio de Oliveira Vasconcelos, José Paulo Marques de Lira, José Cardoso da Silva, Vlademir de Oliveira Vasconcelos, Pedro Rineiro de Oliveira Neto, Pedro Bezerra Figueiredo, Leonardo Silvio Gomes, José Carlos da Conceição da Silva, Leandro Silvino Gomes, Hernani Gomes da Silva, Geremias Belarmino de Azevedo Júnior, Márcio César do Nascimento e José Flávio Andrade de Lima.

A estrutura da organização criminosa era a seguinte:



O médico e coronel da reserva da Polícia Militar, José Silvio Boudoux - acusado de integrar a quadrilha - pode ter recebido, em dois anos, aproximadamente US\$ 30 mil (o que equivale a R\$ 100 mil) para acompanhar os exames preliminares dos candidatos a vendedores de rim. A informação foi conseguida pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que investiga o esquema criminoso no Estado. As suspeitas poderão ser confirmadas com a quebra do sigilo bancário do médico, solicitada ontem ao Banco Central pelo presidente da Comissão, o deputado Raimundo Pimentel.

**GEDALYA TAUBER GADY é apontado como líder de uma rede internacional de tráfico de órgãos, o oficial reformado do Exército israelense, Gedalya Tauber Gady pretendia se instalar no Brasil e é apontado como um dos cabeças do esquema internacional. O israelense Gedalya Tauber, prestou declarações na 3ª Vara da Justiça Federal em Pernambuco e disse que o Governo de Israel tinha conhecimento do tráfico de órgãos**

Tauber disse que o governo israelense paga Us\$ 80 mil por transplante realizado fora do país, já que por razões religiosas, os rabinos conservadores são contra este procedimento. É política do governo”, afirmou ele, que disse desconhecer se tais transplantes são autorizados entre não parentes. Em depoimento anterior, na Justiça Federal, o israelense havia dito que os contatos para os transplantes, realizados no hospital St. Augustine, em Durban, eram feitos através de Ilan Perry, suposto funcionário do governo de Israel que trabalharia com seguro de saúde e que ele conhece há quatro anos.

De acordo com a denúncia do Ministério Público Federal (MPF), **Gady** (acusado de organizar o esquema de venda de rins), pretendia realizar os transplantes no Brasil, desejando reduzir as despesas com o transporte e alojamento de brasileiros na África do Sul”. Para isso, o policial reformado israelense teria entrado em contato com o representante comercial Celso Jarbas Calumby e com um médico pernambucano, identificado na denúncia do MPF, a fim de pesquisar em que hospitais as cirurgias poderiam ser feitas.

**A advogada Teresinha Medeiros de Souza** está sendo processada por suposta infração aos artigos 288 do Código Penal, e artigos 15 e 16 da Lei 9.434/1997, e acusada de participar da comercialização de órgãos humanos. Ao determinar a prisão, a juíza afirma que **Teresinha Medeiros de Souza**, representava o “caixa” do esquema criminoso em apuração. “E que nas ausências de Gedalya Tauber no Brasil, o substituía quanto aos pagamentos a serem feitos aos doadores e aos agenciadores”.



Ivan Bonifácio da Silva , capitão aposentado da Polícia Militar- apontado pela denúncia do MPF como um dos diretores da quadrilha de tráfico de órgãos em Pernambuco.

Em escuta telefônica, **o capitão** da reserva da PM de Pernambuco, revelou que esteve no Ceará ao lado do israelense Gedalya Tauber, o Gady, seu sócio no esquema para contactar médicos. Uma das visitas foi feita em um hospital localizado em Messejana. O objetivo foi diminuir os gastos com as viagens até a África do Sul para fazer os transplantes. Um hospital em Fortaleza e outro no Recife seriam contratados para as cirurgias. No depoimento na CPI, o hospital e os médicos pernambucanos foram identificados. Os contatos do Ceará, ainda estão sendo investigados.

A rede internacional de tráfico de órgãos envolvendo Pernambuco e África do Sul, desbaratada há quase dois meses pela Polícia Federal, pretendia expandir a operação, que negociava rins, abrangendo também transplante de fígado e coração. A afirmação foi feita pelo capitão aposentado da Polícia Militar Ivan Bonifácio da Silva, à Comissão Parlamentar de Inquérito estadual que investiga o assunto.

Capitão Ivan disse ter ouvido a informação do oficial reformado do exército israelense, Gedalya Tauber, que o israelense estudou a possibilidade de fraudar a lista oficial de transplantes.

De acordo com **Ivan**, sua função era a de intérprete de Gedalya para seus negócios na área de segurança e também na sua intenção de cultivar camarão. Ele disse que recebia US\$ 2 mil dólares por rim negociado, ficando com metade, porque o resto era gasto com despesas de laboratório, médico, táxis,

**O capitão** disse ter iniciado esse tipo de atividade há um ano e meio, afirmou não saber que era crime e garantiu não se arrepender do que fez. “Ajudei a salvar gente na África do Sul e aqui no Brasil”, afirmou, comentando a miséria e a vontade das pessoas pobres de venderem um rim para melhorar as condições de vida. Ele confirmou, porém, que dois sobrinhos seus venderam um rim. “Eles que quiseram, e não foi através de mim”, disse.

Leonardo estava desempregado quando recebeu a proposta. Ele fez a cirurgia em novembro de dois mil e dois. Vendeu o rim por R\$ 24 mil. O intermediário do negócio foi o capitão Ivan Bonifácio, acusado de liderar a quadrilha de tráfico de órgãos no Recife. O irmão de Leonardo, que também foi aliciado pela quadrilha, fez a cirurgia. “Quando eles voltaram o pai notou as cicatrizes e o capitão Ivan tentou aliciá-lo também”, disse **a advogada Conceição Jansen**.

O gerente de toda a atividade era Gedalya, que pagava os aliciados; seus assessores diretos eram Moisés, Eliezer e o médico José Sylvio (que atuavam, respectivamente, na facilitação de compra de passagens, análise dos exames pré-operatórios e prescrição desses exames). Os exames também era facilitados pelo médico Ivan Bonifácio, e todos esses “assessores” auferiam diretamente vantagens financeiras das comercializações dos órgãos.

Na função de “diretores” do esquema estavam Teresinha (advogada que mantinha relacionamento amoroso com Gedalya e cuidava dos contratos), Ivan (aliciador, auxiliar dos aliciados em questões documentais e práticas, pagador de despesas), Eldênia (esposa de Ivan e sua substituta em todas as funções necessárias, bem como intérprete), Fernanda (que era aliciadora e intérprete) e Josué (um dos mais atuantes captadores), que foram os responsáveis pelo desenrolar do processo de aliciamento, tratando da negociação dos órgãos em si, com os “fornecedores”.

Há registros de que, na África do Sul, agiam pelo menos dois intérpretes, entre eles, uma portuguesa de nome Dalila

Gerson, João Cavalcante, Marcondes e Alberty primeiro venderam seus rins, e ao retornarem se tornaram agenciadores também. Os demais mencionados foram, simplesmente, vendedores de seus órgãos.

Todos os mencionados que participavam diretamente do esquema são réus em ação penal pelo crime do Art. 288 do Código Penal (formação de quadrilha) e o crime do Art. 15 e 16 da Lei nº 9434/97, Lei dos Transplantes. Os meros vendedores foram denunciados apenas pelo crime do Art. 15 da Lei dos Transplantes, mesmo os que não puderam realizar o transplante por condições clínicas ou que desistiram da venda em si, uma vez que a negociação já consuma o tipo delituoso pelo qual foram processados, independentemente da ablação do órgão ou não.

A advogada Conceição Jansen é defensora de 14 pessoas que se submeteram a cirurgia para retirada de um dos rins na cidade de Durban, para venda de forma ilegal.

Segundo a advogada o aliciamento de moradores do bairro de Areias era uma prática constante do capitão Ivan Bonifácio e a negociação era feita sem muito sigilo e em locais públicos. O Mercado Público do bairro, segundo ela, era o grande ponto de abordagem, que podia ser feita também em bares. Ela revelou ainda que em uma contagem inicial, pelo menos 50 pessoas do bairro foram convencidas a comercializar um rim.

Gedalya declarou que “representava uma companhia médica cuja chefia pertencia a outro israelense de nome Èlan” . Ele viajava ao Brasil periodicamente – geralmente de dois em dois meses, permanecendo em Recife cerca de 15 dias, se hospedando em hotéis variados. A intenção de Gady, para reduzir as despesas das operações, era, como já referimos, começar a realizar esses transplantes no Brasil. Para tanto, em sua última viagem, Gedalya colheu informações com um representante comercial e um médico acerca da possibilidade de realização de cirurgias em território brasileiro, tendo, inclusive, visitado um hospital em Messejana (CE) e o Real Hospital Português de Recife (PE). Eliezer Ramon, inclusive, que é bioquímico ou biomédico, viera ao Brasil na época do desbaratamento da quadrilha justamente para avaliar as condições de hospitais brasileiros para sediarem os transplantes ilegais.

Para aquilatar a gravidade do fenômeno provocado pela quadrilha na periferia de Recife, basta analisar que a maioria das pessoas aliciadas viva em condições de miséria absoluta. No depoimento da advogada que defende os doadores, Dra. Conceição de Maria Jansen de Oliveira, há a seguinte descrição:

*“Vou dar um exemplo para vocês: o Márcio não tem uma das vistas, nasceu assim. Ele vende água mineral de porta em porta , na bicicleta. O rendimento dele é de 30 a 50 centavos por garrafão. E ele disse ao juiz, disse à delegada: “Eu procurei o Capitão Ivan, eu pedi a ele para ir. Ele me deu o dinheiro, eu fiz o exame, eu tinha o sangue e eu fui” E o porquê dele ter ido? Extremo estado de necessidade, fome. Quando a gente diz assim “estou com fome” é porque não teve tempo de comer. Mas ele passava às vezes 3 a 4 dias sem comer, com 4 filhos dormindo no mesmo colchão. Um homem que sequer tinha uma geladeira. Aí você pergunta: “O que ele comprou?”. Ele comprou uma casa em um bairro pobre de Recife, que não é o mesmo bairro em que ele morava, ele comprou uma geladeira, ele comprou fogão. Ele procurou proporcionar alguma coisas aos filhos, que ele nunca teve oportunidade. Ele sequer conhecia shopping center, pizzaria, gente! Então, foi isso que ele fez. Ele usou o dinheiro para comer.”*

O peso desses fatos é maior quando observamos que a comunidade carente, famélica, não só suportava a existência do comércio dos órgãos, como também formou verdadeiro “mercado” onde a oferta de venda de rins superava a demanda. Isso é possível afirmar examinando a progressão das atividades da quadrilha: no início, pagavam 10 mil dólares aos doadores e precisavam procurá-los; ao final, já pagavam apenas 6 mil dólares e eram procurados pela população! A quadrilha recebia com a “operação” quantias que variam de 80 a 150 mil dólares por órgão (segundo diferentes depoimentos) e há até mesmo a afirmação de que alguns seriam custeados pelo próprio governo israelense (isso afirma o próprio Gedalya).

Apesar de a ação da Polícia Federal ter resultado na prisão da quadrilha, e denúncia de mais de 30 pessoas que venderam seus rins, calcula-se que o número possa ser maior, uma vez que se soube que a ação dos criminosos já ocorria há pelo menos 1 ano. Segundo informações dadas pelo Superintendente da Polícia Federal em Pernambuco, Wilson Salles Damázio, a antropóloga Nancy Scheper-Hughes, especialista na análise do tráfico de órgãos, elogiou muito o Brasil na ação efetiva de combate à quadrilha e noticiou que essa quadrilha realizou cerca de 300 operações, tendo como base a Turquia, África do Sul e Israel, já sendo conhecida há 3 anos.

Esta CPI dirigiu-se à Embaixada de Israel, para comunicar as declarações de Gady sobre ser o governo israelense que custeava os transplantes na África e as declarações do Embaixador de Israel foram peremptórias negando essa alegação.

Na apreciação final deste caso, cabe a esta CPI registrar o excelente trabalho da Polícia Federal, bem como a ação imediata da Justiça Estadual. Recomendamos que o Ministério da Justiça acompanhe as investigações da Interpol a respeito dessa quadrilha, para que não haja mais sua ação em nosso país.

## **5.2) Caso Paulo Pavesi**

Chegou a esta CPI a denúncia de Paulo Airton Pavesi, que imputa aos médicos Álvaro Ianhez, Celso Roberto Frasson Scafí, Cláudio Rogério Carneiro Fernandes e Odilon Trefiglio Neto, o homicídio de seu filho Paulo Veronesi Pavesi. Esses médicos apontados pelo depoente Paulo Airton eram os responsáveis pela cirurgia de captação de órgãos, realizada na Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas, que haviam sido doados em função da declaração de morte cerebral da criança. No entender do pai, a declaração de morte encefálica seria falsa e, pois, o filho morreria quando da cirurgia, por isso a imputação de homicídio a esses profissionais.

Houve inquérito Policial Federal, findo o qual foram eles indiciados como incurso nas penas do Art. 14 da Lei dos Transplantes. O Ministério Público Federal, entendendo o ocorrido de forma diferente da autoridade policial, denunciou por homicídio e formação de quadrilha os Drs. Álvaro Ianhez, José Luiz Gomes da Silva, José Luiz Bonfitto e Marco Alexandre Pacheco da Fonseca, porque teriam forjado o laudo de declaração da morte encefálica, além de terem realizado praticas não condizentes com o

socorro do menino acidentado, utilizando técnicas que ainda mais o debilitaram, e chegando ao abandono terapêutico na noite do dia 20/04. A Ação Penal corre perante a 4ª Vara da Justiça Federal da Seção Judiciária de Minas Gerais.

### **PRIMEIRA VERSÃO DO CASO**

No dia 19 de abril de 2000, às 14 h e 30 min, Paulo, então com dez anos, brincava na área do prédio em que morava, na cidade de Poços de Caldas, MG. Por acidente, caiu e foi socorrido imediatamente por uma vizinha, que o levou ao Hospital Pedro Sanches, vizinho de sua residência. Lá chegando foi atendido de emergência, ainda falava e se mexia. Realizou exame radiológico comum que constatou a fratura de crânio. Em seguida foi encaminhado a uma tomografia (fora do hospital que não tinha esse equipamento), que constatou hematoma cerebral, resultando cirurgia levada a efeito pelo Dr. José Luiz Gomes da Silva.

Após a cirurgia, o paciente ficou na UTI sob responsabilidade do Dr. José Luiz Bonfitto, intensivista. Seu estado evoluiu para coma, sem reação a estímulos dolorosos, estando bilateralmente midriático (pupilas dilatadas e fixas). Durante a noite seu estado piorou ainda mais, o que levou à suspeita de ocorrência de morte encefálica. Consultada a família sobre se gostaria de doar órgãos sendo confirmado esse diagnóstico, a resposta foi positiva.

Foi, então acionada a central de captação de órgãos MG Sul Transplantes, tendo chegado ao hospital o médico por ela responsável, Dr. Álvaro Ianhez. Junto com o Dr. José Luiz comunicou à família que fariam uma angiografia cerebral para verificar se havia ou não a morte encefálica. O paciente foi encaminhado a esse exame e houve problema com a carótida utilizada para realizá-lo. O paciente saiu do exame em condições piores do que entrou, apresentando agora o pescoço extremamente inchado e com grande hematoma, que não fora consequência da queda.

Esse exame não provou que havia parado a circulação cerebral, tendo as chapas constantes dos autos mostrado que ainda havia pequena área de perfusão sanguínea, o que descaracterizaria a morte encefálica. O paciente retornou para a UTI.

Não houve melhora e se deliberou sobre a transferência do paciente para a Santa Casa de Misericórdia, pois os pais não

arcariam com as despesas da retirada de órgãos no Hospital Pedro Sanches (particular), tudo seria às expensas do SUS. O menino foi levado à Santa Casa, submetido a novo exame de angiografia, feito pelo Dr. Jeferson André Saheki Skulski, desta vez pela artéria femoral, onde se teria constatado a morte encefálica com demonstração do chamado “stop bilateral” (interrupção de irrigação sanguínea cerebral), caracterizando-se a morte encefálica. O protocolo de declaração de morte encefálica foi feito, foi assinada pelo pai a autorização de retirada dos órgãos, assinada a declaração de óbito pelo Dr. José Luiz Gomes da Costa e levado o menino para a cirurgia de captação dos órgãos que encerrou-se por volta das 19, 19h 30 min do dia 20/04/2000.

Na cirurgia realizada pelo Dr. Celso Scaffi e Dr. Cláudio Rogério Carneiro Fernandes, o anestesista Sérgio Poli Gaspar, e o Dr. Álvaro Ianhez, foram retirados os rins. Ao final, o oftalmologista Odilon Trefiglio Neto retirou também os globos oculares, para retirada posterior das córneas. O corpo foi entregue à família.

Após a tragédia, a família entregou aos médicos placa de prata, em agradecimento aos serviços prestados à família.

Quando foi pagar a conta do Hospital, o denunciante começou a perceber que havia algo irregular. Foi cobrado pelo Hospital Pedro Sanches pelo procedimento de retirada dos órgãos, que nem fora realizado lá e já tinha sido pago pelo SUS. Isso levou o denunciante a analisar minuciosamente a conta do Hospital e surgiram disso muitas suspeitas que levaram o denunciante a crer na hipótese de que havia um conluio para declarar fraudulentamente a morte encefálica de Paulinho, pois haveria estrutura de comércio de órgãos instalando-se à época na cidade. A auditoria feita pelo Ministério da Saúde constatou inúmeras irregularidades, a começar que o Hospital Pedro Sanches nem tinha autorização para manter pacientes em UTI, nem realizar procedimentos cirúrgicos de grande complexidade como uma neurocirurgia.

Dessas primeiras suspeitas originaram-se outras denúncias e até a apresentação de outras acusações de ilícitos envolvendo venda de órgãos, disfarçada de doação voluntária de dinheiro quando alguém era beneficiado com a fraude à lista única de doadores. Isso teria ficado evidenciado no caso Paulinho por ter sido a córnea entregue a mãe que declarou ter dado R \$ 500 de doação a uma entidade filantrópica que, seguindo o denunciante, seria a Mg-Sul Transplantes, comandada pelo Dr. Álvaro Ianhez.

O denunciante também apontou o suposto envolvimento do ex- Deputado Carlos Mosconi no caso. Segundo ele, havia sido implantada em Poços de Caldas uma verdadeira quadrilha de médicos conluídos para apressar declarações de morte encefálica e destinar órgãos a venda. Apontou liames de amizade e interesse financeiro de Mosconi, acusando-o também de pertencer ao grupo e acobertar os envolvidos com sua influência política. O denunciante trouxe aos autos diversos trechos de entrevistas em que o ex-Deputado Mosconi assume a defesa dos médicos de Poços de Caldas, bem como documentos que em seu sentir evidenciam as ligações econômicas e profissionais com o Dr. Álvaro Ianhez e a MG-Sul Transplantes.

Ao depor pela segunda vez perante esta CPI o denunciante Paulo Airton Pavesi trouxe documentos que, segundo ele, comprovam que havia se instalado na Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas um esquema de empréstimos fantasmas a funcionários, de valores absurdos em relação ao salário destes, que na verdade seria um esquema de lavagem do dinheiro possivelmente obtido com venda de órgãos humanos. Chegados somente no fim desta CPI, tais documentos não puderam ser convenientemente analisados, razão pela qual **os encaminhamos à Polícia Federal** a fim de que, quebrando o sigilo bancário daquela entidade, dos funcionários envolvidos e dos médicos aqui apontados, se possa chegar ao âmago desta situação.

Essa denúncia veio reforçar outra já trazida anteriormente: a suspeita de que a morte de **Carlos Henrique Marcondes**, ex diretor financeiro da Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas, tratada como suicídio, seria na verdade “queima de arquivo”. Note-se que em depoimento perante a Polícia Federal, a viúva do falecido declarou que:

*“(...) o marido (...) se encontrava um pouco apreensivo devido aos problemas financeiros enfrentados pela Santa Casa, mas não a ponto de trazer preocupação a seus familiares, pois seu comportamento era normal; (...) **que o veículo de seu marido “- onde foi encontrado morto – “ foi lavado no dia 24/04/2002” – mesmo dia em que o corpo foi encontrado em seu interior – “por iniciativa de Sérgio Roberto Lopes, advogado da Santa Casa, em um lavador localizado ao lado da Delegacia de Polícia, por duas vezes.(...) que certa vez seu marido foi convocado para comparecer no Fórum ou na delegacia, não sabendo precisar, para esclarecer fatos relacionados a Paulo Pavesi, mas Carlos Henrique não compareceu, dizendo:” Não vou porque não sei se esse rapaz é tão***

*louco como querem que seja “(...) que o corpo clínico da Santa Casa não era simpático à presença de seu marido na diretoria administrativa do hospital, pois Carlos Henrique não compactuava com algumas irregularidades perpetradas pelo mesmo(...) que a declarante, familiares e amigos não acreditam que Carlos Henrique tenha se suicidado(...)”*

O denunciante Paulo Airton Pavesi se disse ameaçado e perseguido por esquema de corrupção, tendo acabado por se mudar de Poços de Caldas por temer por sua vida e da família. É de se notar também que fez um site e mandou e-mails em que chegou até a ameaçar autoridades responsáveis pela apuração do caso, sendo hoje réu em diversas ações penais por crimes contra a honra. O denunciante explica essa situação afirmando que extravasava sua frustração com a falta de providência das autoridades em e-mails agressivos.

### **VERSÃO DOS FATOS CONFORME APUROU ESTA CPI**

Esta CPI debruçou-se sobre este caso examinando o inquérito policial, a ação penal e outros processos conexos a este, auditoria do Ministério da Saúde, e outros. Também ouviu diversas testemunhas: denunciante, acusados, outras pessoas apontadas. Pode apurar o que se segue.

A criança deu entrada na emergência do hospital às 14 h 30 min, segundo testemunhas, ainda falando. Na ficha de internação o horário constante é 15h 37 min, o que seria irreal, segundo o denunciante. Foi atendida pela médica Leda Patresi, que constatou traumatismo crânio-encefálico e a encaminhou ao neurologista José Luiz Gomes da Silva, que a partir desse momento ficou responsável pelo caso. O paciente foi levado à clínica Mário Mourão, acompanhado pelo Dr. José Luiz e um enfermeiro, para realização de um exame de tomografia, que demonstrou a existência de um hematoma no cérebro, com indicação cirúrgica. As chapas e laudos desse exame sumiram do prontuário de Paulo.

Às 18 h, o paciente foi trazido de volta para o Hospital Pedro Sanches, sendo submetido a uma craniectomia realizada por José Luiz, tendo havido drenagem do hematoma e plástica da duramater. O paciente seguiu para a UTI, ficando aos cuidados do médico intensivista José Luiz Bonfitto.



Existem nas anotações do prontuário de Paulo Pavesi, feitas pela enfermagem da UTI, conforme fichas constantes da Ação Penal, a fls. 106, anotações que podem levar a crer que o Dr. Álvaro Ianhez passou a medicar o paciente na UTI ainda no dia 19.

Lê-se da ficha retro citada, **registro do dia 19/04/2000:**

*“13 h – Álvaro avalia paciente. Feito vários (ilegível) gasometria.*

*16h05’ – Dr. Álvaro ligou para saber do paciente e orientou a aplicação de Hcl (?) Kcl (?) em cada ringer lactado que o mesmo tinha orientado por ordem verbal.*

*17h 10’ – Dr. Álvaro orientou por telefone Revivan 5 ampolas+ 200 ml Sgs???(ilegível) a 2 ml/h e avisar se a pressão aumentar muito e paciente para fazer exames glicose+ nacl+Kcl Dr. Osvaldo ciente.”*

Considerando corretas as informações sobre horários nessas fichas constantes do prontuário – a defesa dos réus não a impugnou nem uma vez -, realmente, o Dr Ianhez teria sido acionado pelo Dr. José Luiz logo após a tomografia e antes da cirurgia feita no Hospital Pedro Sanches. Ou seja, já se havia declarado de antemão a morte de Paulinho, e todos os demais procedimentos realizados não teriam passado de farsa.

Tanto o Dr. Bonfitto (fls 521 – 3º volume da ação penal), quanto o Dr. José Luiz Gomes da Silva declararam à Polícia Federal que José Luiz chamara, ele mesmo, por telefone, o Dr. Ianhez . Em juízo esta declaração foi mudada, apresentando-se a versão de que uma enfermeira teria entrado em contato com a secretária da MG – Sul Transplantes, e esta teria acionado o Dr. Ianhez, que teria chegado ao Hospital Pedro Sanches somente às 13 h do dia 20/04/2000.

Porém, há que se notar que os horários registrados nessa ficha não condizem com os fatos. Há descrição de atos do Dr. Álvaro, por exemplo, às 13 h, e outros da enfermagem às 7h, mas se esse horário fosse mesmo do dia 19, seria incompatível com o horário em que ocorreu o acidente.

Acredita-se que talvez os registros tenham sido feitos de maneira incorreta e os atos do Dr. Álvaro ali descritos tenham sido realizados mesmo no dia 20. No entanto, é preciso registrar a circunstância de a anotação ter a data do dia 19, porque se essa intervenção do coordenador da central de transplantes ocorreu mesmo tão cedo, poderia definir os rumos da investigação

deste caso. Esta CPI cre que é preciso aprofundar as investigações desta circunstância.

Entre 8 e 11 hs do dia 20, através de boletins verbais, Paulo Pavesi, pai do paciente, foi comunicado de sua grave situação, culminando com a declaração de que tinha ocorrido a morte encefálica em frontal desrespeito ao artigo 6º da Resolução 1480/97, que determina que tal declaração só pode ocorrer após a realização de duas (2) avaliações clínicas, ocorridas no intervalo de 6 horas entre uma e outra, visto a idade do paciente, e de uma arteriografia. Foi também comunicado que a Central de Transplantes de Poços de Caldas já tinha sido acionada.

A auditoria realizada pelo Ministério da Saúde constatou que não há registro da realização dos dois exames clínicos até as 11 horas da manhã do dia 20, horário em que foi comunicada a morte cerebral. Além disto, uma arteriografia realizada às 18 horas do dia 20, comprovou a existência de fluxo sanguíneo no paciente.

Às 13 horas do dia 20, chegou ao Hospital Pedro Sanches, o Dr. Álvaro Ianhez e assumiu oficialmente a condução do caso, com o objetivo de iniciar o processo de transplante de órgãos do paciente, mesmo sendo ele o chefe da Central de Captação e Transplante em Poços de Caldas. Assim, não poderia chefiar a equipe de transplante, uma vez que é legalmente incompatível o exercício das duas funções (segundo a auditoria do Ministério da Saúde).

Outra irregularidade grave é que **a Central de Transplantes, denominada MG Sul Transplantes, comandada por Álvaro Ianhez era clandestina**, operando irregularmente, sem autorização do Ministério da Saúde.

No dia 21 de abril, às 8 horas da manhã, por iniciativa do Dr. Álvaro Ianhez, foi providenciada a remoção do paciente para a Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas para nova arteriografia, utilizando agora equipamento mais sofisticado. A remoção foi iniciada às 13 horas sem que fosse dada alta para o paciente. Não houve sequer um boletim médico relatando a situação de Paulinho.

As 13:30 h do dia 21 de abril ocorreu efetivamente à internação na Santa Casa, entretanto os registros da instituição indicam que a internação ocorreu às 18 horas.

No período de 13:30 às 19:30 Paulinho foi submetido, segundo os médicos, aos seguintes procedimentos na Santa Casa:

- Arteriografia de quatro vasos. Não foi encontrado laudo desse exame e as chapas do mesmo apareceram apenas meses depois.
- Retirada dos órgãos.

A descrição da cirurgia de captação dos órgãos de Paulo Pavesi apresenta dados que causam estranheza. A saber:

- A anestesia registrou a realização de anestesia geral, colocando entre parênteses a palavra Pavulon. Em caso de morte encefálica não se faz anestesia geral, ficando o anestesia apenas responsável pela assistência ventilatória.
- O ato cirúrgico começa a ser descrito pelo Dr. Scafi com a frase “Paciente sem M.E.”, que seria sem morte encefálica.
- As 19:30 horas o corpo foi entregue à família.

### **DEFESA APRESENTADA PELOS MÉDICOS**

O Dr. Álvaro Ianhez, em resumo, apresentou a esta CPI diversos depoimentos e abaixo-assinados sobre sua reputação como médico nefrologista. Alegou que nada havia de irregular na Mg-Sul Transplantes, que havia sido autorizado informalmente pelo Secretário de Saúde de Minas Gerais. Declarou não compreender porque era acusado de transplante irregular se nem é médico transplantador. Disse que documentos do caso Paulo Pavesi estavam todos em ordem, embora admitisse que só havia colhido a assinatura do pai e não da mãe do menino no documento de autorização da doação. Disse que acreditava que a autorização verbal dispensaria a escrita. Negou qualquer irregularidade no caso, e acrescentou que acredita ter sido vítima do pai, ainda transtornado pela inconformismo com a perda do filho. Negou também que houvesse qualquer conluio entre os diversos médicos acusados.

O Dr. José Luiz Gomes da Silva comprovou sua formação como neurocirurgião. Era médico recém chegado à cidade e sequer conhecia o Dr. Ianhez antes do caso. Disse que tinha absoluta certeza do diagnóstico de

morte encefálica de Paulinho, e que a comprovação estava nas chapas da segunda arteriografia apreendidas pela Polícia Federal. Disse que a ausência de laudo do Dr. Jefferson sobre a mesma era procedimento comum, que seu diagnóstico de confirmação da morte encefálica só dependeu das chapas e não precisava do laudo.

O Dr. José Luiz Bonfitto afirmou ter tomado todas as providências para salvar a vida de Paulinho e disse que a dose de Dormonid era adequada e que o protocolo de morte encefálica foi realizado após o tempo necessário desde a última administração desse remédio.

O Dr. Sérgio Poli Gaspar, anestesista durante a retirada dos órgãos de Paulinho, ao ser confrontado com a discrepância entre sua afirmação de que não utilizara anestesia geral no menino e a anotação na ficha da cirurgia feita por enfermeira, ofereceu a seguinte explicação:

*“O Dr. **O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Existem dois tipos de documentos na sala. O documento de gastos, que a auxiliar de enfermagem faz e o documento médico, que no meu caso é a ficha de anestesia. Por este eu respondo. Agora, o que ela põe na ficha de gasto dela, eu não tenho acesso, ela não me mostra, não passa pelo meu conhecimento o que ela escreveu ali, então ela pode escrever o que ela quiser, mas o que eu administro, o que eu responsabilizo, está na minha ficha de anestesia”*

Sobre a declaração do Dr. Sérgio, escrita de próprio punho, de que teria feito anestesia geral em Paulinho – coisa absurda em caso de paciente em morte encefálica, mas que teria sentido se o paciente não estivesse morto, é útil acompanhar as alegações do médico em depoimento perante esta CPI. Também é citada a controvérsia sobre ele haver descrito o menino como paciente Asa V. Vejamos:

*“**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Dr. Sérgio, tudo o que estamos vendo é de grande importância, mas nós não passaríamos nem chamaríamos o senhor para tão grande constrangimento se não houvesse coisas sérias a esclarecer. O que há de mais sério, Dr. Sérgio, é esse fato, embora o senhor tenha dito, está gravado, o senhor disse que na época não havia o ASA-6, que o paciente com morte encefálica era o ASA-5 e que ministrou Pavulon porque o Pavulon relaxa e quando o senhor escreveu, com o próprio punho, a anestesia geral o fez por fazer, empiricamente, não tinha muita razão de ser. Aí eu li aqui no depoimento da Sra. Dilza que o paciente tinha sido submetido a uma anestesia geral por Etrane.*

Queria que o senhor explicasse o que é Escala de Aldrete, no hospital, no caso dessa cirurgia.

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Escala de Aldrete são as condições pós-cirurgia, condições anestésicas do paciente, na sala de recuperação anestésica.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – É um documento importante? Tem que haver no hospital?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Mas não nesse caso, ele não teria Aldrete, porque ele não ia ter recuperação pós-operatória ou pós-anestésica, já que se tratava de caso de morte cerebral.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Interessante. Pois aqui nós temos o documento, que tenho qualificado como Escala de Aldrete, que o pessoal da enfermagem diz que o paciente submeteu-se à cirurgia, sob anestesia geral, uma palavra que não posso entender, aí diz aqui: o uso de Etrane, 10 miligramas, aí vêm todos os outros medicamentos que o senhor passou. Então, além daquela afirmativa que ela fez perante à polícia, perante às autoridades, há esse documento interno do hospital, que também diz que ele foi submetido à anestesia geral, sob anestesia geral, e que usou Etrane é o nome do medicamento, não é?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Etrane.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Etrane, 10 miligramas. Não é preocupante, doutor?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Não. Tem a minha assinatura nesse documento? Se tiver a minha assinatura nesse documento, eu assumo a responsabilidade; se não tiver, eu desconheço o valor desse documento.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Eu pergunto uma coisa: o médico preenche Escala de Aldrete?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Não. Quem prescreve inicialmente é a enfermagem.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Então, não pode ter sua assinatura, doutor.

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Mas eu tenho que revisar.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Não queira nos confundir. Ainda bem que o senhor explicou que esse é um documento pós-cirúrgico feito por aqueles que não os médicos. Então, não podia ter a sua assinatura aqui.

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – O anestesista da

sala de recuperação...

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Aqui, doutor, o senhor nega que um relatório desse, emitido pela enfermaria ou pela ata é um documento sem valor, se ele for original?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Eu não reconheço esse documento.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Mas nós o reconhecemos, até que seja provado que ele é irregular, e aqui está dizendo que o paciente foi submetido à anestesia geral por Etrane e foi ministrado, foi, como é que a gente chama, solicitado pelo senhor. Aqui está. Então, é isso que a gente precisa esclarecer para a Nação, doutor. É exatamente isso que a gente precisa deixar bem claro aqui, deixar bem acentuado. E eu disse que aqui nós não estamos, como o Deputado lhe solicitou bastante atenção, nós não estamos num bate-papo, nós estamos aqui formulando um inquérito. Esta é uma Comissão Parlamentar de Inquérito. O senhor sabe, que o senhor já esteve na Polícia Federal, depondo sobre esse mesmo problema, esse problema não é irrelevante, ele é muito relevante. Relevante para sua profissão. Relevante para a classe médica. Relevante para a Nação. Relevante para os transplantes nesta Pátria, e nós estamos ocupados nisso. Os exames, chapas de artereografia do diagnóstico de morte encefálica desapareceram, segundo apurou a Polícia Federal. Sem esses exames, não é possível dizer se o garoto estava morto. Ouça e pisme, Dr. Poli, seu colega, Celso Scaffi, escreveu, numa descrição de ato cirúrgico, e nós vamos inquiri-lo hoje aqui, que o garoto estava sem morte encefálica. Portanto, faz sentido que o senhor tenha classificado como ASA-5, em seguinte, anestesiando com Etrane. O senhor não acha isso?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Eu não tenho nada a dizer. Eu não escutei Dr. Celso falando. Eu posso falar do Aldrete? O Aldrete é uma escala que é feita pela... Nos Estados Unidos existe a anesthesiology nurse, uma enfermeira treinada em anestesia. Aqui é feito com anestesista de plantão na recuperação pós anestésica com uma enfermeira. Certo? Se esse documento tivesse a minha assinatura ou empunhada a medicação com a minha letra, eu responsabilizaria, mas eu não posso responsabilizar por documento que não tem a minha assinatura e não fui eu que escrevi. Isso vocês não podem me obrigar a ter.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – É, doutor, agora o fato é que a movimentação, o trabalho dos

*hospitais, o cuidado que uma pessoa entrega a um filho ou um ente querido no hospital é nas mãos dos médicos. Os médicos não podem fazer tudo. Os médicos fazem aquilo que lhes compete. E é altamente conhecido um segmento importantíssimo que é o pessoal de enfermagem e até auxiliares. Nem tudo é o médico que preenche. Então, tem coisas que são afetas a outras. Então, o senhor explicou bem, no início, que a Escala de Aldrete outras pessoas preenchem. Então, já passou esse caso.*

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – *Outras pessoas preenchem com orientação do anestesista.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – *Isso, e pelos documentos da solicitação. Foi por isso que ela preencheu aqui exatamente isso: que o paciente submeteu-se a cirurgia, sob anestesia geral, e que foi nele aplicado 10 miligramas de Etrane. É isso aqui. Exatamente, porque ela seguiu sua orientação, porque o senhor prescreveu esses medicamentos além dos outros. É exatamente isso, doutor. E veja que o seu colega, Celso Scaffi, disse que o paciente não tinha morte cerebral.*

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – *Ele disse?*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – *Disse.*

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – *O documento do Etrane não está aqui. Eu não aceito esse tipo de acusação. O meu documento que eu respondo, médico, é esse.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – *Eu acho que é muito fácil... Nós queremos pedir cópia desse seu documento.*

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – *Eu tenho aqui, vocês querem?*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – *O senhor tem?. Por favor, o senhor nos deixa que nós vamos juntar a autenticidade de um e do outro. E não é irrelevante. É relevante o senhor nos dá esse seu formulário porque nós temos o do hospital que vamos checar para oficialmente que se chegue a verdade. O importante é a verdade. Dr. Poli, em outros prontuários analisados pela CPI — e pudemos, inclusive, mostrar um deles —, o doutor... o doador cadáver foi classificado como ASA-6, eu sinceramente tenho que ver — não lembro agora, eu não sabia desse fato —, levantar a data, o senhor pode dizer: ah, se ele foi qualificado como ASA-6, foi depois de 2000, porque naquele tempo não tinha ASA-6. O senhor deixou aqui registrado isso. Me desculpe. A*

*senhora tem aí, doutora. The ASA physical status classification systems, aqui está em inglês, mas aqui, não vou ser tão petulante, bem aqui estão: “Esses trabalhos da Associação Americana de Anestesiologistas e da Associação Canadense já definem ASA-5 e ASA-6 desde 1992 e 1999. Dr. Sérgio Poli, mais um documento da use of sedations anesthesia... Está traduzido também ou a gente tem que ver? Aqui é o outro documento. Certo? Sobre o procedimento do paciente, a seleção e tudo mais. Está dizendo que esses guias dão uma visão geral das condições, que têm de ser vistas para sedar o paciente. Doutor, o senhor afirmou nesta CPI que, em 2000, não existia a classificação ASA-6. Isso é muito grave.*

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Não era do meu conhecimento, da minha literatura.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Mas o senhor tem de saber, meu amigo.

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Sim, mas o senhor tem 2 documentos, eu tenho 11 de 11 universidades de todo o mundo que não consideram.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – É. E no Brasil não considera?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – E está disponível. O senhor quer também?

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Por favor. Passe por favor.

**A SRA. DEPUTADA PERPÉTUA ALMEIDA** – Relator, um aparte.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Pois não.

**A SRA. DEPUTADA PERPÉTUA ALMEIDA** – Dr. Sérgio Poli, digamos que o senhor não tenha tido conhecimento da classificação 6, como o senhor afirmou anteriormente, embora, na minha opinião, é imperdoável que um profissional que vá fazer uma anestesia, nas condições em que o senhor estava fazendo, sabendo que aquilo ali pode matar ou não alguém, o senhor deveria ter essa informação, como o Pastor Pedro acabou de lhe passar, que essa classificação nº 6 já existia. Mas vamos supor que o senhor não tinha informação naquele momento e, como o senhor mesmo admitiu, na avaliação anestésica da ficha, o senhor mesmo escreveu de próprio punho ASA-5, porque era a última classificação que o senhor tinha conhecimento naquele momento. Correto?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – Correto.



**A SRA. DEPUTADA PERPÉTUA ALMEIDA** – Nesta mesma ficha que o senhor admitiu que classificou como ASA-5, o senhor lembra qual foi a anestesia que o senhor indicou lá?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAS** – Eu não indiquei anestesia porque não se faz anestesia em morte cerebral. Eu fiz apenas relaxamento muscular, assistência ventilatória e assistência hemodinâmica.

**A SRA. DEPUTADA PERPÉTUA ALMEIDA** – Ou o senhor está faltando com a verdade agora ou faltou naquele momento, porque quando o Pastor lhe mostrou a ficha, e que o senhor admitiu que ASA-5, porque era a última classificação, foi preenchida pelo senhor, com a mesma letra e na mesma ficha aqui tem a anestesia indicada: geral. Por que o senhor fez isso?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAS** – Bom, primeiro, Etrane é um anestésico inalatório, não se faz na veia. Então só nisso aí esse Etrane já está descartado. Segundo, que eu especifiquei na frente da anestesia geral...

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Doutor, desculpe, mas o que tem... Ninguém falou em veia. Anestesia geral é só se for pela veia?

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAS** – EV. Anestesia geral EV significa endovenosa. Só esclarecendo.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Tem isso aí, EV?

**A SRA. DEPUTADA PERPÉTUA ALMEIDA** – Anestesia Geral-EV.

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAS** – Então estou explicando que Etrane é uma anestesia inalatória e Pavulon é o relaxante muscular que se faz endovenosamente.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – É, mas como o senhor disse que botar “geral” é irrelevante o EV deve ser também, não é doutor? Não deve valer nada o EV, como não vale a palavra geral.

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAS** – Eu não disse isso.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – O senhor disse no início.

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAS** – Quanto a classificação ASA-6, o senhor quer os documentos?

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Por favor, doutor, passe aí para o secretário. Deputada, a

*senhora ainda está questionando? Está ainda? Não? Eu tenho só mais uma colocação..., porque ele está vendo aqui os documentos.*

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – *É que são 11 trabalhos de 11 universidades americanas e nacionais que não consideram ASA-6.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – *Aqui doutor, só mais esse questionamento. Em outros prontuários analisados pela CPI: ASA-6, paciente com morte cerebral mantido em ventilação controlada e perfusão para doação de órgãos. Nesse documento o anestesista preencheu com “assistência ventilatória”, no campo anestesia indicada. Por que o senhor não fez desta forma?*

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – *Não entendi o que o senhor...*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – *O senhor foi solicitado para fazer... o senhor começou... a primeira palavra que o senhor disse aqui hoje é que foi chamado para dar assistência ventilatória no garoto que seria submetido à operação.*

**O Sr. SÉRGIO POLI GASPAR** – *Sim, perfeitamente.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – *E por que no campo — está lá com a Deputada — onde solicita o tipo de anestesia, o senhor não colocou, como é normal fazer, anestesia indicada: assistência ventilatória? Por quê?*

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – *Assistência ventilatória está especificado aqui: volume corrente, 400 ml; frequência ventilatória, 11 incursões por minuto; pressão inspiratória, 20 cm de água, e oxigênio, junto com oximetria. Isso é assistência ventilatória. Seria muito mais importante eu pôr isso do que escrever assistência ventilatória e não especificar ela.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - *Aí na do senhor também está escrito anestesia geral em cima? Nesse seu aí ou não?*

**O SR. SÉRGIO POLI GASPAR** – *Está e, na frente, especificando que é Pavulon, que não é um anestésico.*

Sobre a anotação “sem morte cerebral” feita na ficha de descrição do ato cirúrgico de retirada dos órgãos de Paulinho, o Dr. Scafi declarou o que segue:

**“Relator** - *Mas eu queria, nesta hora, nesta CPI, ouvi-lo dizer como é que se explica, quando o senhor emitiu um*

*documento — vou citar este daqui, porque há mais de um: “Descrição do ato cirúrgico. Paulo Veronesi Pavesi. Categoria: SUS.” O primeiro item que o senhor coloca é: “Paciente (...)” — eu não entendo o que vem antes — “(...) sem ME”. Quando lemos ... inclusive o senhor colocou “ME” com letra maiúscula. Significa que ressalta o significado do “ME”. Tem sido decodificado, entendido por todos, até pela imprensa, e creio que o senhor mesmo já admitiu, em várias oportunidades, que “ME” é “morte encefálica”. Só que, antes do “ME”, “morte encefálica”, está “sem morte encefálica”. Doutor, havia dúvida no quadro? O senhor enganou-se quando escreveu? Ou a criança estava viva?*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI –**  
*Não. Reforçando o que eu disse anteriormente, em nenhuma vez — e essa também não foi diferente — eu entrei em qualquer retirada de órgão onde houvesse qualquer dúvida quanto ao diagnóstico. Repetindo para o senhor, essa também não foi diferente. A gente tinha toda a documentação, como citei, escrita, assinada e carimbada pelo neurologista, está certo? com as radiografias realizadas, está certo?, como manda o protocolo, está certo?. Aí, onde na verdade se lê ou pelo menos a impressão aqui existe a palavra “sem”, na verdade, a intenção é escrever “em morte encefálica”. Provavelmente pelo próprio escrever ali, isso possa ter dado essa impressão, principalmente depois que esse instrumento foi “xerocado” várias vezes. Mas reafirmo que, primeiro, não escrevi a palavra “sem”. Eu não tinha nenhum desejo em escrever a palavra “sem”. Os documentos afirmavam que a criança já tinha morte encefálica, senão não seria realizada a retirada de órgãos. E inclusive, eu só gostaria de ressaltar para o senhor, até tentando tomar um “pouquinho” mais de zelo, que eu tento completar a descrição com o rodapé. Se o senhor me permitisse aí, não sei se fica legível no xerox, onde coloco que “a retirada, após o diagnóstico de morte encefálica, segundo Conselho Federal de Medicina e autorização prévia da família” ou o sentido um pouco ... Se o senhor me permitir, posso ler?*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO –**  
*Pois não.*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI –**  
*Aqui, onde eu escrevo aqui embaixo. “Após diagnóstico, segundo o Conselho Federal de Medicina, de morte encefálica, mais autorização prévia da família, realizada a retirada de múltiplos órgãos”*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO –**

*Ora, se nós tínhamos a primeira angiografia dizendo que havia presença de fluxo, então, era incompatível o ato cirúrgico e, se o segundo, no local determinado para cirurgia, que foi o Dr. Jeferson, fez a angiografia para constatar se não havia mais fluxo, para saber se estava de fato falecido, morto, pode o médico realizar o ato cirúrgico sem ter o laudo? Sem o laudo estar explícito? Que provas o senhor tinha para operar essa criança sem o laudo?*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** – *Não, não existia o laudo do radiologista, o que existia era o laudo do neurologista que acompanhou os exames, que viu as radiografias, interpretou como sendo uma radiografia com o chamado stop bilateral, ou seja, sem perfusão sangüínea, e ele conclui... E isso aí, o que é importante, independente do método, é a conclusão dele. Com a realização desse exame, ele conclui que existe morte encefálica, ele conclui, e ele assina isso aí. .*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Isso aqui é o relatório... Ah, eu tenho aqui junto comigo. Isso aqui é um auto de apreensão da Polícia, do Departamento de Polícia Federal da Superintendência Regional do Estado de Minas Gerais, de Varginha, onde o Delegado da Polícia Federal, Célio Jacinto, então apreende... aqui ó: "...um envelope de cor parda, timbre Santa Casa, Poços de Caldas, Centro de Diagnósticos por Imagem, contendo no seu interior 7 radiografias do crânio de Paulo Veronese Pavese, nº 16167603, tirada no dia 21 de 04, na Irmandade de Misericórdia de Poços de Caldas; 1 radiografia de crânio de Paulo Veronese Pavese, tirada no Hospital Pedro Sanches, em 20 de 04 de 2002. Item 2: um CD Nipponic contendo um backup da Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas". Então, esse aqui é um auto de apreensão das radiografias que, acho, se for de interesse do Sr. Deputado...*

**O SR. DEPUTADO RUBINELLI** - *É... eu gostaria de saber também sobre...*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Desculpe, posso complementar?*

**O SR. DEPUTADO RUBINELLI** - *Pois não.*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *E eu vou ler aqui a conclusão do inquérito policial. Vou ler só parcialmente para não estender, que fala assim: "Quanto às chapas de radiografia realizadas na Santa Casa de Misericórdia, encontravam-se em poder do MG Sul Transplantes, aos quais foram apresentados pelos auditores do DENASUS, consoante o documento das*

folhas 2001...”. *Fala ali do laudo, e depois assim: “Tais chapas estão apreendidas às folhas 1.553 e acompanham esse feito”.*

**O SR. DEPUTADO RUBINELLI** - *E com relação ao resultado dos exames de arteriografia?*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Os resultados...*

**O SR. DEPUTADO RUBINELLI** - *... dos exames de arteriografia.*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *O senhor fala das radiografias... Eu estou dizendo o seguinte... isso que eu estou dizendo para o senhor...*

**O SR. DEPUTADO RUBINELLI** - *Tudo bem, as radiografias, o senhor justificou. Estou perguntando agora com relação ao resultado dos exames de arteriografia.*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Bom, a arteriografia, que é isso aqui que eu li para o senhor, que é a angiografia cerebral, realizada por diagnóstico de morte encefálica, é isso que eu disse aqui para o senhor.*

**O SR. DEPUTADO RUBINELLI** - *Sim. E esses exames o senhor afirma que existem todos, que todos eles estão nos autos. O senhor está afirmando isso?*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Eu estou afirmando, e esse documento é um documento da Polícia Federal.*

**O SR. DEPUTADO RUBINELLI** - *Tá. Porque na realidade, deixa eu explicar uma coisa para o senhor: na realidade, o senhor pode cometer crime de falso testemunho se o senhor falar que estão lá os documentos e eles não estiverem. Então, eu queria... O senhor está reafirmando que todos os exames com relação à arteriografia deste caso e dos outros casos que o senhor atuou estavam... estão em posse da Polícia Federal?*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Eu estou afirmando que a arteriografia para comprovação de morte encefálica, desse caso específico, foi apreendido pela Polícia Federal, está bem? E segundo o relatório da Polícia Federal, entendeu, estão juntos aos autos exatamente, e diz aqui, na folha 1.553, esse caso. Só nesse caso.*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - *Eu estava verificando aqui as folhas de que o senhor estava fazendo a leitura e vou ler o parágrafo anterior do mesmo relatório. Diz assim: “As radiografias dos exames realizados*

no Hospital Pedro Sanches e no CDI, cujo paradeiro eram incertos, conforme informações fornecidas pela central e pelos hospitais, às folhas 201, 202, 203, estavam, a princípio, em poder da Santa Casa de Misericórdia, gerando, então, a solicitação de perícia técnica, às folhas 1.631, para averiguar as suas autenticidades — *ou seja, as chapas que estavam desaparecidas, posteriormente, dizem que foram encontradas, e, então, o delegado solicitou a perícia para verificar as suas autenticidades* —, cujo laudo será remetido oportunamente.” *Aí chegou o laudo: “O laudo correspondente à tomografia, e às respectivas chapas não foram encontradas. Quanto ao laudo, o radiologista apresentou, por iniciativa própria e de forma insólita, o de folhas 1.595, que, segundo ele, corresponde ao emitido naquela época.” Ou seja, ele emitiu o laudo sem ter as chapas para apresentar o laudo, 8 meses depois.*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Desculpe, Sr. Deputado, ele se refere aí aos da tomografia e da radiografia de crânio, que foram usados para a cirurgia de crânio, e não da arteriografia comprobatória*

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - *É um laudo.*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Da maneira como está aí, está certo, desde o primeiro está ali. E só completando o seguinte, até explicar por que eu colocaria isso aí no final, está bem? Como o Hospital da Santa Casa é um hospital cujo arquivo não é aquele arquivo que a gente gostaria, que a gente tem nas universidades, entendeu?*

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - *Claro, nem pode. O Hospital da Santa Casa, não...*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Você correria o risco, está bem, de acontecer o que é justamente questionado hoje, entendeu? Quer dizer, eu estou apresentando que as radiografias estão lá com a Polícia, mas poderia ser que não estivesse,... tivesse perdido. Então, eu afirmava o seguinte: a retirada só foi feita após... Por isso que eu colocava sempre o rodapé.*

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - *Dr. Celso, se esse rodapé foi escrito na mesma oportunidade, no mesmo ato do resto do texto, facilmente vão ver pela tinta da caneta, pela forma com que o senhor...*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Escreve.*

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - *Escreve e pela tinta. Vão verificar a data: se é a mesma, está*

*resolvido o problema; se não é, também está resolvido.*

**O SR. CELSO ROBERTO FRASSION SCAFFI** - *Perfeito.*

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - *De qualquer jeito, por um lado ou por outro.*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - *Um aparte, Deputada.*

**A SRA. DEPUTADA LAURA CARNEIRO** - *Presidente, à vontade.*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - *Só para informação de V.Exa., a Polícia Federal e o médico dizem... Na polícia Federal, o Dr. Celso Scaffi diz que escreveu “com” e não “sem”, “com morte encefálica”. Ele disse na Polícia Federal que ali estava escrito “com morte encefálica”.*

A CPI não teve acesso à segunda arteriografia, pois não recebeu do juízo competente cópias dos documentos objeto de busca e apreensão.

O Dr. Jefferson Saheki explicou que emitiu o laudo da segunda arteriografia de Paulinho apenas meses depois a pedido dos que investigavam o caso, mas disse que tal procedimento nada tem de irregular. Sobre a discrepância de horário declarado no laudo e horário de efetivo ingresso de Paulo Pavesi no hospital, reproduzimos abaixo trecho do depoimento do Dr. Jefferson perante esta CPI:

**“O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO – O senhor recorda o tempo absorvido na realização do caso do Paulo?”**

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI –** *Em torno de duas horas, eu diria das 14h, a hora que eu cheguei ao local, até o término do exame, em torno das 16h. Talvez um pouco mais, 16h, 16h30min.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO –** *No término do exame, o senhor nos falou que comunicou verbalmente que havia morte encefálica, e essa comunicação, o senhor fez a Dr. José Luiz Gomes da Silva.*

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI –** *Isso.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO –** *Então, no momento, o senhor não bateu, não elaborou qualquer laudo, nada por escrito?*

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI –** *Não.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO –** *O*

senhor chegou, a partir daquele momento, afora a observação que o senhor fez, a manusear, vou chamar de chapa, a radiografia, o exame gráfico?

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Fui eu que realizei as radiografias.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – E depois, o senhor manuseou, olhou?

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Olhei.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Fez a sua análise?

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Sim.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – É lógico, para poder dizer para ele que havia dano, que não havia vascularização no cérebro.

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Sim.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Em dezembro de 2002, foi realizada uma auditoria no Ministério da Saúde que notou a falta do laudo. E, então o senhor afirmou na Polícia Federal que lhe foi solicitado que elaborasse o laudo. E isso foi feito 8 meses depois.

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Sim.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – O senhor disse, naquele momento, que alguém da Santa Casa o procurou para que fizesse o laudo. O senhor ao elaborar o laudo baseou-se na lembrança, na recordação da sua análise feita a posteriori ao exame naquela data, há 8 meses, ou o senhor teve outra vez o exame gráfico nas mãos?

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Não. Na hora em que elaborei o laudo por escrito, eu estava com as radiografias em mãos.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – E o senhor reconheceu as chapas como sendo realmente produzidas pelo senhor?

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Sim.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Não há dúvida?

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Não.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Eu até disse, me antecipei, disse que alguém da Santa Casa o procurou para o laudo. O senhor recorda quem foi a pessoa, qual era o nível de atuação da pessoa?



**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Não, não me recordo. Deveria ser algum funcionário da administração.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – (...) Então, eu queria só aproveitar esse adendo, e eu estava falando com o Dr. Jeferson, sobre essa questão do relatório, essa questão do exame final que ele deu. Então, ele deu um exame verbal. Então, eu tenho de ser, Dr. Jeferson, bem incisivo. É natural que o médico seja chamado para elaborar um laudo sobre um possível paciente doador, cujo exame definitivo é o último, ele é o fio da navalha, para um paciente doar seus órgãos ou ser morto? Porque um diagnóstico, como o seu, sendo errado, é um desastre, não é verdade? Tem que ser certo. Simplesmente o médico que está do lado, dá o diagnóstico sem qualquer documento, sem fazer nenhum laudo e depois o senhor ser chamado, 8 meses depois, por alguém que o senhor não se lembra quem é para elaborar um laudo! O senhor pega e elabora um laudo — que está aqui comigo —, senhoras e senhores, que diz assim: “Angiografia cerebral bilateral. Exame realizado por punção da artéria femoral comum, direita, com caracterização das artérias carótidas e vertebrais pelo método de...” — está apagado aqui — “... que evidencia, seldinger...” — alguma coisa que termina...

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Seldinger.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – “... seldinger, que evidencia artérias, carótidas comuns e vertebrais com contornos normais — está apagado —, ... ando-se... — deve ser constatando-se — “... parada da progressão do contraste ao nível cervical, com ausência de contrastação dos ramos arteriais intracranianos bilateralmente.” Ora, que coisa linda! Faz isso quem sabe, diz isso quem pode. Mas dizer 8 meses depois! O senhor pode dizer: “Não, eu estava olhando para as chapas”. Agora se o senhor disse que as chapas eram as deles, está tudo bem. Mas não deveria isso ter feito na hora que o senhor fez o exame para que não passasse por esse vexame, que não tivesse faltado o laudo? É normal, doutor? Pode, na caminhada médica, no dia-a-dia do médico, na sua especialidade, fazer um exame desse e não elaborar o laudo imediatamente?

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** – Pode.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** – Pode?

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI –**  
*Pode.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO -** *Isso acontece sempre?*

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI –**  
*Acontece, devido à urgência do caso, devido a vários fatores. Esse caso em especial, devido à urgência do caso, o diagnóstico foi feito na hora do exame. O laudo ele não é comprovatório, não é prova. A prova são as grafias que foram realizadas na hora do exame. O diagnóstico está nas radiografias, entendeu? Então, esse é um ponto. O laudo não é, quer dizer, não é especificamente, o laudo por escrito que vai dizer isso.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO –**  
*Certo, posso... Ah, desculpe, pode concluir.*

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI –**  
*Segundo ponto. Era um feriado, era uma sexta-feira santa. O hospital trabalhava em regime de plantão. E não havia secretária naquele horário, não havia condições de se fazer o laudo formal. Agora, eu, no término do exame, eu peguei as radiografias e disse o meu diagnóstico: “Olha, está em morte cerebral. Vocês estão vendo aqui nas radiografias a prova disso”. Terminado o exame, eu dei as radiografias para o Dr. José Luiz, para que desse andamento ao caso. Porque o tempo, nesses casos, é importante. Você não pode ficar perdendo tempo, senão, quer dizer, a situação se deteriora.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO –**  
*Dr. Jeferson, a gente entende bem o que o senhor diz. Agora, veja bem, as radiografias são objetos que podem ser queimados, danificados, que podem ser destruídos, podem ser retirados até por maldade de algum local, que poderiam ser danificados, que depois mesmo, 8 meses como o senhor elaborou o laudo, não pudessem mais lê-las convenientemente ou não pudessem mais tê-las em mãos para emitir o seu laudo, além do mais, como disse, são objetos. Um laudo, por exemplo, se pegasse em minhas mãos, eu não faria laudo algum, porque eu não conheço, lógico, é para um médico. O senhor não acha que para legitimar um exame como esse tão sério, tão definitivo, para que ele seja completo, tem que ter o laudo? Porque o médico é que é autoridade, o médico é a voz, o médico é o pulmão, é o coração daquele material. Sem a voz do médico aquele material não é nada. O senhor não concorda?*

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI –**

Sim.

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO –** *Será que justifica essa urgência? Será que dá para satisfazer? Nós teríamos que aceitar porque era uma Sexta-Feira Santa, porque era um plantão. Então, estaria o hospital despreparado para o transplante, posto que não tinha nem quem lhe ajudasse a fazer o laudo. Aliás, o médico até dizia, ontem, aqui, para outro médico. O médico — é uma coisa tremenda, acho isso terrível — o médico, além de ter de fazer a namnese, o médico além de fazer os exames clínicos, ele precisa elaborar um monte... escrever muito. A própria prescrição de medicamento muitas vezes é muito complexa, muita coisa. Preenche formulário de SUS, formulário de não-sei-o-quê, formulário... Então, acho que os médicos estão até afeitos também a escrever. Então, doutor, o senhor quando foi ouvido pela Polícia Federal e conversou sobre esses processos, ouviu falar inclusive que essas chapas desapareceram. Não é verdade? Então, se estivesse a seu lado desde cedo, o senhor não estaria sendo questionado.*

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI - Não.** *Quando eu fui ouvido pela Polícia Federal, as chapas estavam lá. Quando eu fui fazer o depoimento, o Dr. Célio, que era o Delegado da Polícia Federal, me apresentou as chapas no meu depoimento.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO - É** *porque existem, doutor, dois blocos, dois jogos de chapas. Existem as que foram realizadas no Pedro Sanches e existem as provenientes do seu trabalho. Eu tenho aqui esse processo do Ministério Público Federal de ação civil pública de improbidade administrativa. Ah, mas é outra coisa. Mas aqui na caminhada eles vão descrevendo o caso, aí entram nessa história do Paulo Pavesi. Bem aqui diz assim: “Por volta das 13” — eu ainda quero falar com o senhor sobre isso, sobre o horário — “18h35min daquele mesmo dia, no Hospital Pedro Sanches, foi realizada uma angiografia em um dos vasos do menor, não tendo esta constatado sua morte cerebral, dada a presença, tal, tal”. Aí ele sai: “Quando, por volta das 13h” — 13 horas — “foi transferido para Santa Casa de Poços de Caldas, sem o registro de alta médica”, até o médico aproveitou para dizer que era para continuar o processo lá, para ficar o mesmo médico. Sabe, doutor, infelizmente, eu não sou médico, mas eu fui uma coisa muito humilde, muito simples dentro de hospitais. Eu fui propagandista dos maiores laboratórios desta nação, convivendo dentro de hospitais. Aprendi muita coisa dessa coisa de Medicina. Como é que um cidadão*

*está sendo atendido num hospital e vai para outro sem alta médica? É muito estranho. Então, hoje foi justificado que era para dar continuidade lá. Mas aqui diz? "... sem alta médica, a fim de, conforme alegado, realizar nova angiografia, desta feita, nos quatro principais vasos que vão ao cérebro. Dúvidas surgiram em torno dessa segunda angiografia..." — que é o caso de que estamos tratando — "... pois: um, sua expressão gráfica desapareceu". Hoje foi dito aqui, inclusive foi lido que realmente elas estão — nós estamos já solicitando para ver isso aqui — lá com a Polícia Federal. Dois mil e dois. E até ali dizia que a expressão gráfica havia desaparecido. No laudo apresentado pela Santa Casa, figura o horário, doutor. Ouça isto, por favor, por favor, das 13h35. O senhor acabou de nos dizer que foi chamado por volta das 13h, chegou lá às 14h, e disse que para ser fazer um angiografia dessas demanda de 1 hora a 2. E no caso desta aqui, o senhor usou 2 horas. Então, de 14h... O senhor disse que começo às 14h e terminou às 16h. Como se explica?*

*Senhor usou 2 horas. Então, de 14h... O senhor disse que começo às 14h e terminou às 16h. Como se explica?*

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** - *Por volta de 14h. Pode ser um pouco antes, pode ser um pouco depois.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - *Mas, doutor, a criança saiu do Hospital Pedro Sanches às 13h, o senhor foi chamado, chegou lá às 14h. E o seu laudo disse que foi às 13h35.*

**O SR. JEFERSON ANDRÉ SAHEKI SKULSKI** - *É, eu acho que por volta de 13h, 14h.*

**O SR. DEPUTADO PASTOR PEDRO RIBEIRO** - *O senhor não estava nem no hospital, doutor. "*

## **IRREGULARIDADES HAVIDAS NO HOSPITAL PEDRO SANCHES**

Foi possível a esta CPI depreender do estudo dos autos, somado aos depoimentos prestados, o que segue:

**0) Houve atendimento em serviço de saúde que não apresentava condições de oferecer tratamento adequado para o caso;**

Laudo da Vigilância Sanitária nas fls 1266/1287 do vol. V do ICP/01/01 documenta a situação. Transcreve-se do Relatório da Auditoria do

Ministério da Fazenda alguns trechos relevantes. O texto completo constitui o Anexo VII deste Relatório:

*“A visita às instalações mostrou o seguinte:*

- *Não há condições de classificação e cadastramento da UTI do Hospital Pedro Sanches pelas graves deficiências existentes em sua estrutura física, além da falta de equipamentos e de pessoal (no período noturno a enfermeira fica á distância).*

- *O Centro Cirúrgico funciona na mesma área física do Centro de Materiais e Esterilização, com apenas uma única via de acesso, por onde acontece todo o fluxo de pessoal, pacientes e materiais. Esta situação demonstra a inadequação das instalações e dos fluxos, com potencial perigo de infecção pelos cruzamentos que ocorrem. A situação é agravada pela existência de uma única sala para atendimento de recepção ao paciente, pré anestésico e de recuperação pós-anestésica, em conjunto com um escritório para serviços burocráticos de anestesia.*

*Os prontuários são precários, com dados insuficientes e mesmo com ausência de dados indispensáveis, como registros das avaliações médicas (evolução médica), descrição de cirurgia, resultados de exames e outros. Há incoerência de dados, inclusive entre os registros dos profissionais. No caso de Paulo Veronesi Pavesi, a-análise foi realizada tendo como base as anotações da enfermagem, tal a precariedade dos registros médicos.*

*O perfil das internações, os achados em prontuários, e o fato de que o hospital não está articulado com o SUS e apresenta produção inexpressiva. São indicativos de que o hospital utiliza as intemações do SUS para complementação da cobertura do Plano de Saúde (CLIMEPE) e para possuir as condições de credenciado ao SUS.”*

Serviço foi descredenciado pelo SUS após o episódio.

## **0) Problemas relacionados à conduta médica**

### **a) Prescrição do Dormonid (midazolam)**

O tema é relevante, pois o protocolo para fazer o diagnóstico de morte encefálica deve ser suspenso, segundo a Resolução nº 1.480, de 1997, do Conselho Federal de Medicina, nos pacientes que tenham

sido submetidos ao uso de “drogas depressoras do sistema nervoso central”, como o Dormonid.

A bula do Dormonid menciona uma dose de manutenção de sedação em UTI, em torno de 0,1 mg/kg/h, e na literatura<sup>10</sup> o “coma por midazolam” para tratamento de um tipo refratário de epilepsia se obtém com uma dose de 0,2 mg/kg, seguida de dose de manutenção.

O Dr. Gomes da Silva, em depoimento à Polícia Federal realizado em 21 de março de 2002, informou que “não sabia que Paulo Pavesi fora medicado com Dormonid”. Nesta CPI declarou, em 07 de julho de 2004, que tinha conhecimento do uso desse medicamento e, inclusive mencionou consulta realizada ao CFM a esse respeito.

Em resposta a questionamentos desta CPI, o Dr. Bonffito encaminhou por escrito, em 21 de setembro de 2004, documento esclarecendo que “desde o momento da admissão de Paulo Veronesi Pavesi na UTI”, informou-se “a respeito da conduta preconizada na época com Dr. José Luiz Gomes da Silva, que consistia na sedação com midazolam ...”.

O Dr. Bonffito informou à Polícia Federal em depoimento realizado em 21 de março de 2002, que “o medicamento Dormonid foi prescrito no dia 19, em duas ampolas de 15 miligramas para cada horário, diluído em 250 ml de soro glicosado, totalizando 120 miligramas para o período de 12 horas”.

No documento encaminhado a esta CPI em 21 de setembro de 2004 o Dr. Bonffito esclareceu que foi efetivamente administrado no paciente um “total de 92 mg de midazolam em 12 horas”, representando uma “posologia de 0,19 mg/kg/hora”.

### **Considerações**

O Dr. Gomes da Silva reconheceu que tinha conhecimento do uso do midazolam, mas negou o fato à Polícia Federal em 2002.

Sabedores da prescrição, ambos os médicos infringiram a Resolução nº 1.480, de 1997, do CFM ao não suspenderem o protocolo de morte encefálica.

---

<sup>10</sup> Igartua J, Silver P, Maytal J, et al. Midazolam coma for refractory status epilepticus in children. Crit Care Med 1999; 27:1982-1985.

A dosagem aplicada no paciente pode ter sido suficiente para induzir o coma, e há relatos de hipotensão no uso de altas doses.

Esses fatores podem ter influenciado no diagnóstico inicial de morte encefálica.

### **b) Controle inadequado da pressão arterial do paciente**

Dados obtidos do prontuário do paciente sugerem que a pressão arterial (PA) do paciente não foi adequadamente controlada, o que pode ter reduzido suas chances de sobrevivência.

Eis os registros:

No período compreendido entre as 16 horas do dia 19 de abril de 2000 e as 6 horas do dia seguinte, a PA evoluiu com o valor mínimo de 110x70 mmHg e máximo de 120x80 mmHg.

No dia 20 abril de 2000 a PA começou a apresentar significativa redução, passando ao patamar de 90x60 mmHg, das 8 às 18 horas; às 18:35 h o valor subiu para 110x80 mmHg, em provável resposta a medicamentos; às 21 horas, ao retornar da primeira arteriografia, procedimento que se prolongou por dificuldade de punção da artéria carótida, a PA desceu ao patamar de 60x40 mmHg, e assim permaneceu por um período de pelo menos 10 horas, até as 6 horas do dia 21 de abril de 2000.

Na manhã do dia 21, a PA evolui com valores extremamente baixos, chegando a ser inaudível às 10 horas, mas às 12 horas, pouco antes da remoção para a Santa Casa, há registro de PA de 120x80mmHg, coincidindo com a aplicação do Revivan (dopamina), uma droga vasoconstritora e hipertensora. Esse horário está registrado no prontuário da UTI e é o mesmo declarado por Dr. Bonffito à Polícia Federal em 21 de março de 2002.

Na cirurgia de retirada de órgãos registrou-se uma PA de 101x67mmHg.

**Não há como evitar a sugestão de controle inadequado da PA do paciente**, visto que foram registradas pelo menos 10 horas seguidas de hipotensão acentuada, e que por duas vezes tal PA se elevou para níveis bastante razoáveis, demonstrando que seu organismo ainda respondia à medicação.

É provável que um controle mais apurado da PA pudesse ter beneficiado o paciente.

Também é importante registrar que a queda da PA acentuou-se após o retorno da primeira arteriografia.

### **c) Cirurgia Neurológica**

As considerações do Ministério Público de Minas Gerais apresentadas na denúncia realizada em 16 de maio de 2002, no que se referem especificamente à cirurgia neurológica realizada pelo Dr. José Luiz Gomes da Silva no paciente Pavesi, salientam inicialmente que o denunciado informou ter realizado uma craniotomia, modificando posteriormente para craniectomia. O Ministério Público considerou que esse procedimento era menos traumatizante.

Observamos que o tema é eminentemente técnico, e que a denúncia não apresentou elementos suficientes para estabelecer que o procedimento adotado foi inadequado.

Salientamos que ambas as técnicas (craniotomia e craniectomia) estão previstas nas diretrizes do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira para o tratamento do trauma craniano grave.

Consideramos mais relevantes, na consideração desse caso, o controle inadequado das condições circulatórias do paciente, e a não valorização das conseqüências do uso de depressor do sistema nervoso central (o midazolam) no diagnóstico da morte encefálica.

### **d) Possível erro na técnica de realização da primeira arteriografia e no tratamento que se seguiu.**

### **e) Existência de rasuras em fichas da UTI relativas ao caso, especialmente da constante a fls. 92 da ação penal (referentes ao controle de pressão arterial).**

### **0) Problemas relacionados à conduta ética de médicos**

#### **a) O Dr. Álvaro Ianhez compareceu ao Hospital Pedro Sanches e passou a acompanhar um paciente que não estava com morte encefálica documentada, inclusive por meio de sugestões para a prescrição médica na**



UTI e de acompanhamento do paciente durante realização da última arteriografia na Santa Casa.

Na qualidade de coordenador da equipe de transplante não deveria ter prescrito tratamento e solicitado exames para o paciente, uma vez que dois outros médicos eram responsáveis pelo mesmo, nem participado de atividades diagnósticas da morte encefálica. Ao fazê-lo, cometeu o crime previsto no Art. 14 da Lei dos transplantes.

Registre-se, ainda, que os médicos responsáveis pelo paciente permitiram tal procedimento.

**b) Problemas do termo de declaração de morte encefálica.** Os médicos que assinaram a **conclusão** do termo de declaração de morte encefálica, Dr. Bonffito e Dr. Gomes da Silva, o fizeram no dia 20 de abril de 2000 às 20:30 h, mesmo havendo registro, no mesmo documento, que às 20:00 h a primeira arteriografia mostrou que ainda existia fluxo cerebral.

No termo também consta que a arteriografia comprobatória só foi realizada no dia seguinte, ou seja, o documento é contraditório em si .

Além disso o segundo exame clínico não foi preenchido.

A análise do termo sugere completo descaso com o preenchimento adequado deste documento imprescindível.

**c) Problemas com os formulários.** O Dr. Álvaro, como coordenador da MG Sul Transplantes fornecia aos serviços de saúde formulários que contrariavam as normas vigentes.

Por exemplo, o formulário de autorização da doação de órgãos fazia referência à Lei nº 8.489, de 1992, que estava revogada, e solicitava a autorização de apenas uma pessoa. Provavelmente isso explica a ausência da autorização de ambos os pais exigida pela Lei dos Transplantes desde 1997, embora não exclua sua ilicitude.

O próprio termo de declaração de morte encefálica usado no caso do paciente Pavesi não mencionava o teste da apnéia, mas, simplesmente a observação da apnéia por “3 a 5 minutos”!

Além disso esse termo incluiu um teste de “ausência de aumento de frequência cardíaca” após o uso de atropina, que não está presente na

resolução do CFM, e fez referência à bibliografia estrangeira com mais de 20 anos de publicação.

O uso de formulários inadequados pode ter induzido a vários tipos de erros e é um exemplo infeliz de funcionamento de uma central de transplantes sem a devida formalização e supervisão.

**d) Médicos que atuaram nesse caso deixaram de registrar fatos relevantes no prontuário do paciente, ou o fizeram de modo inadequado.**

São exemplos: os poucos registros da craniectomia e da evolução neurológica e médica do paciente.

Além da infração ética representada pelo não registro de informações essenciais, a sucessão de incorreções geraram questionamentos sobre a lisura dos procedimentos.

**e) Contato com funerária.** O Dr. Álvaro, em depoimento à Polícia Federal realizado em 21 de março de 2002 (volume 2 fls. 1.620), declarou que entrou em contato com a funerária sobre a declaração de óbito, o que seria irregular porque a declaração de óbito nada pode ter a ver com funerárias, exatamente para coibir interferências não éticas dessas empresas.

**0) - Registro e arquivo inadequado dos procedimentos médicos** – tomografia, registro de craniectomia, arteriografias, laudo de arteriografia tardio e com horário inconsistente

Sumiram a tomografia prévia à craniectomia, e radiografias usadas para comprovar a morte encefálica, como também a descrição da craniectomia.

**0) Cobrança abusiva pelo Hospital Pedro Sanches por procedimentos não realizados;**

Laudo do DENASUS, de 23/11/2000, documenta a cobrança abusiva – FI 51

**0) Procedimentos inadequados relacionados ao protocolo de morte encefálica:** comunicação sem a confirmação, condução do caso pela central de transplantes, ausência de registro adequado da segunda arteriografia.

Comprovando este fato, o Dr. Bonffito declarou a uma repórter (fl 36) que o Dr. Álvaro se "**comprometeu a assumir a criança e os custos**".

José Luiz Gomes da Silva afirmou à PF em 21/03/2002 (v2 fl 1609) **que formalizou o 1º exame clínico de ME após as 12 horas do dia 20, ou seja, apenas horas depois de ter falado com a família da criança.**

- 0) **Procedimento inadequado para obtenção de autorização para transplante** – apenas um dos pais autorizou e inexistente registro do segundo exame clínico, o que contraria o art. 19 parágrafo 4 do Decreto 2268, de 1997.

Há rasura na data do documento, alterado de dia 20 para dia 21. O Dr. Ianhez diz que foi engano cometido e alterado na hora, porém é lícito duvidar se o documento não estava preenchido desde o dia anterior, sendo essa a causa da rasura.

### **IRREGULARIDADES NOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA SANTA CASA:**

- 1) Não existia, na época da cirurgia de captação, documentação comprobatória da morte cerebral do paciente no prontuário, (nem chapas, nem laudo da segunda arteriografia).
- 2) **Retirada das córneas por médico não autorizado pelo Ministério da Saúde e envio a Hospital não credenciado**. Odilon Trefiglio Neto fez a extração das córneas e enviou para o Instituto Penido Burnier em Campinas – SP, que não tem credenciamento para transplantes. As córneas foram encaminhadas para o Drs. Gustavo Abreu Barbosa e Flavia Fiorentini também não credenciados a fazer transplantes de córneas.
- 3) **Problemas no registro** de palavras inadequadas como “sem morte encefálica” e “anestesia geral” por ocasião da cirurgia de retirada de órgãos; utilização de código da classificação de estado físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) – V ao invés de VI –, por anestesista, que não se aplicava ao caso de paciente com morte encefálica, pois a classificação VI é destinada aos casos de morte encefálica, e a V, para pacientes moribundos, mas ainda vivos, conforme informações que a ASA têm publicado anualmente, pelo menos desde 1988; e elaboração de laudo da arteriografia comprobatória meses após o ocorrido.

O registro inadequado é contestado por Paulo Airton Pavesi, pois “sem ME”, ou seja, sem Morte Encefálica no documento de fls.173, Vol. 2 sigiloso desta CPI, que registra a descrição da cirurgia pode significar que os médicos sabiam que Paulinho ainda estava vivo. Para que tal situação fosse elucidada, seria mister que se fizesse a análise

documentoscópica dessa página, o que esta CPI não pode determinar porque o original encontra-se nos autos da ação penal. Não obstante, encaminhamos ao julgador do caso cópia deste relatório, com a recomendação de que essa peça vital na decisão deste caso receba a atenção merecida.

- 4) Laudo tardio da 2ª arteriografia, com data do dia 21 (fls 200) mas emitido meses depois.
- 5) Transcreve-se trecho da Auditoria do Ministério da Saúde, que consta na íntegra no Anexo VII deste Relatório:

### *“III. 2- A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS*

*Estabelecimento autorizado junto ao MS com N.º no SNT 2.01 .99.MG.O1, para realização dos procedimentos inerentes aos processos de remoção e transplante conforme PT/SAS/MS. 365 de 21 de julho de 1999.*

*A Análise dos prontuários médicos de doadores de receptores apontou o seguinte:*

*o paciente doador possui três prontuários: um prontuário médico, um prontuário referente ao faturamento junto ao SUS e outro prontuário na CNCDO que contém os documentos relativos à busca, captação, notificação do diagnóstico de morte encefálica e exames complementares.*

*o paciente receptor possui quatro prontuários: um prontuário clínico, um prontuário de UTI, outro prontuário referente ao faturamento junto ao SUS e um prontuário na CNCDO que contém aos exames e documentos referente à recepção.*

*Tal prática dificulta a avaliação criteriosa de cada caso pois um doador pode estar vinculado a vários receptores, obrigando busca dos prontuários em vários setores da Unidade para organizar um prontuário por paciente, contrariando o disposto na RES/CFM/1480/97, art. 8º e PARJCFM/16/90.*

*3) A AIH (formulário 7) encontra se anexada ao prontuário em uma via (2ª via) mas sem a assinatura do responsável pela regularização **nem a identificação do órgão emissor.***

*4) Os documentos e prontuários são insuficientemente preenchidos, com freqüentes ausência de assinatura e dados e presença de rasuras. No caso de Paulo Pavesi, conforme se constata no atestado de óbito, não há registro do horário da segunda avaliação clínica, faltando clareza quanto diagnóstico clínico de morte encefálica.*

5) *Em outro caso, houve 3 avaliações clínicas de morte encefálica a saber 12:30h de 23/10/00, 09:00h de 24/10/00 e 20:00h (rasura sobre 21:00h) de 24/10/00, totalizando mais de 31 horas - necessário apenas 6 horas -, todos sem alteração dos critérios clínicos de morte encefálica. O cumprimento das orientações técnicas pode significar o aproveitamento de outros órgãos.*

6) *No caso de transplante entre vivos não há protocolo no Ministério Público em atuação na área de residência do doador, necessário pela legislação.(art. 15§ 5 - Dec. 2268/97)*

*Houve demoras injustificadas (2 anos sem alteração do doador com necessidade de refazer todos os exames que estavam conclusos.) No mesmo caso há solicitação de procedimento não justificado no prontuário (Ressonância Magnética de coluna) e realizada de forma particular assim como anotações em diversos campos, seja de exames ou impressos, da palavra particular (Receptor Arnaldo Araújo de Souza Tx 06/03/98)*

7) *Não houve realização de necrópsia no caso de morte natural em que houve retirada de órgãos, - que permitisse atestar a exatidão do procedimento seja de diagnóstico como de retirada dos órgãos e recomposição do cadáver.*

**8) Não houve solicitação de autorização do medico legista para a retirada dos órgãos em caso de morte não natural:**

**No caso de Laércio Clarino Martins, óbito em 25/10/00 e prontuário 037.720, vítima de agressão com trauma crânio encefálico (paulada segundo informações) não foi submetido a necessária autopsia pelos médicos legistas por ter sido previamente retirado órgão, conforme se verifica no atestado de óbito.**

**No caso de Paulo Pavesi também não foi realizada necrópsia, conforme atestado de óbito e declaração da Diretora Clínica da Santa Casa de Misericórdia.**

9) *O conjunto de documentos necessários e que correspondem a identificação, diagnóstico e doação, não apresenta, padrão oficial adotado pela central de transplantes de Minas Gerais.*

Observação: *Bernardete Balducci Scaffi, enfermeira e membro do sistema municipal de auditoria, controle e avaliação, responsável pelo relatório de auditoria municipal sobre o caso bem como pelas autorizações de internações para transplante (sic) tem o mesmo sobrenome do*

urologista membro da equipe transplante - Celso Roberto Scafi.”

**“III.7 - Quanto ao procedimento de Busca Ativa pela Regional no caso de Paulo Veronesi Pavesi**

A notificação teria sido feita por funcionária da enfermagem - Elisa - não por um médico assistente do caso.

O aviso teria ocorrido às 13:00h de 20/04/2000, momento em que o coordenador já comparecia ao hospital, já havendo inclusive, conforme relatório, a concordância da família.

**OBSERVAÇÃO:** Neste momento não havia sido realizado qualquer exame clínico que atestasse a morte encefálica do doador. Não há, no prontuário, qualquer anotação de comunicação médica do fato.

O impresso com a identificação e dados do doador, efetuada pelo Dr. Alvaro Ianhez, apresenta erros nos exames complementares anotados e encontra-se sem a assinatura do mesmo.

O primeiro exame clínico de morte encefálica está registrado as 13:00h do dia 20/04/000. nada constando do horário do segundo exame clínico.

O doador foi encaminhado para exame complementar e invasivo de diagnóstico de morte encefálica as 18:35 (anotação da enfermagem) ou 18:30 (“ficha de anestesia”), contrariando o intervalo mínimo de 6 horas entre os dois exames clínicos de morte encefálica, disposto no artigo 5º da Resolução 1480/97 do conselho Federal de Medicina.

No termo de autorização de retirada de órgãos é citada a Lei 8.489 de 18 de Novembro de 1992 e que foi REVOGADA pela Lei 9434 de 04/02/97.

O termo de autorização de retirada de órgãos encontra-se rasurado, entre outros, na data da autorização.

**O termo de autorização de retirada de órgãos encontra-se assinado apenas pelo pai do paciente.”**

## **IRREGULARIDADES NA CAPTAÇÃO E DESTINAÇÃO DOS ÓRGÃOS**

- 1) A MG Sul Transplantes funcionava clandestinamente na época em que se deu o caso.
- 2) Essa central só foi formalmente criada pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais em 24 de outubro de 2000.

É lamentável verificar que órgãos da própria Secretaria solicitaram, por meio de ofício de 25 de agosto de 1998, ao Dr. Álvaro Ianhez a “gentileza de representar a Coordenadoria MG Transplantes, da Superintendência Operacional de Saúde / Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, junto aos estabelecimentos de saúde transplantadores e captadores de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, localizados no sul do estado, com o objetivo de se implantar a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos dessa região.”

O Dr. Ianhez passou, então, a atuar como coordenador de central de transplante, independente de autorização do Ministério da Saúde, como exigido pela Lei dos Transplantes.

- 3) O envio das córneas captadas em Poços de Caldas para Campinas, SP, constitui fraude à lista e, pior, a instituição que recebeu e implantou as córneas, Instituto Penido Burnier, não era autorizada pelo Ministério da Saúde à época.

Sobre o assunto, depôs nesta CPI o Sr. João Carlos Oliveira, Coordenador da Central de Transplantes de Minas Gerais:

*“O SR. JOÃO CARLOS OLIVEIRA ARAÚJO - Não. Eu acho que não se justificava, em hipótese alguma, mandar essas córneas para Campinas. Elas poderiam ser mandadas para Belo Horizonte, até de ônibus. Nós tínhamos, com absoluta segurança, telefonista a noite toda, para receber comunicação, e muito provavelmente mandaríamos um automóvel lá buscar essas córneas. E a córnea não tem urgência; quando é retirada, ela não é colocada no meio de preservação. No meio de preservação, pode ficar até mais de uma semana, mas, na câmara úmida, ela pode ficar — não é muito a minha área, e eu nunca me envolvi tanto, porque tinha 2 colegas, funcionários desde o primeiro dia da MG Transplantes, os quais cuidavam plenamente da parte de córnea —, parece, 48 horas na câmara úmida, uma coisa assim. A meu ver, não se justificava. E eu manifestei isso na época. “*

Naquele exato momento existiam 600 pacientes em Minas Gerais na fila de espera para transplante de córneas.

4) Foi cobrado R\$ 500,00 de Carmelita Sampaio, mãe de uma das crianças que receberam as córneas, residente em Cuiabá – MT, que afirma que pagou em cheque para uma entidade filantrópica, embora diga não saber o nome da entidade. A situação de “doação forçada”, ou seja, simulação de doação, mas na verdade compra e venda de córnea também foi denunciada no caso da Sra. Jussânia, abaixo descrito. Essa possibilidade merece aprofundamento das investigações.

5) Transcreve-se da Auditoria do Ministério da Saúde as seguintes observações:

*“1 – A lista única **não** é regionalizada por contar com 04 receptores de São Paulo (1 da capital, 1 de Espírito Santo do Pinhal, 1 de São José do Rio Pardo e 1 de Mogi Guaçu)*

*2 - A listagem não obedece a norma da cronologia de inscrição e sim de início de Diálise, não se sabendo a razão dos lapsos temporais (início da Diálise em 20/10/88 e matrícula apenas em 06/01/2000 como exemplo).*

*3 - Houve realização de exames de histocompatibilidade desnecessários (03 em 8 - 37,5%), em razão da falta de condições clínicas para o transplante destes pacientes.*

*4 - Um paciente foi preterido - José Oliveira mas nada foi informado.*

*5 - Houve incoerência de informações em 2 casos (Informação de avisado numa listagem e não localizado em outra)*

*6 - Houve insuficiência de informações em 2 casos (Informação de avisado e nada sobre ter comparecido ou não em outra)*

*7 - Nota se que na listagem a Paciente Ana Maria das Dores foi matriculada em 20/01/92 tendo iniciado a Diálise apenas depois de dois anos e meio desta data (início em 01/08/94)*

*8 - Não há vinculação com a Coordenadoria MG Transplante, havendo evidências de que a lista é “local”.”*

Na região de Poços de Caldas houve outros 16 inquéritos, 5 deles iniciados a partir das denúncias de irregularidades no Caso Paulo Pavesi. O Delegado Célio Jacinto dos Santos afirmou perante esta CPI que em seis dos casos investigados há dois pontos comuns: improbidade administrativa em relação ao montante recebido do SUS e ilicitudes na declaração de morte



encefálica, inclusive havendo a possibilidade de tratar-se de homicídio. Alguns desses casos envolvem médicos também mencionados no caso Pavesi.

Transcrevemos abaixo o resumo do relatório sobre alguns desses casos, feito pelo Ministério Público Federal ao Ministério da Justiça. Embora esta CPI não tenha se debruçado sobre esses casos, a similitude de alguns com o caso Paulo Pavese, ocorrido no mesmo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas, MG, recomenda muito rigor nessas investigações.

*“RESUMO DO RELATÓRIO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL*

*Delegacia de Polícia Federal em Varginha/MG*

*DENÚNCIAS OFERECIDAS PELO MINISTÉRIO PÚBLICO DO  
ESTADO DE MINAS GERAIS REPRESENTADO SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE POCOS DE CALDAS E REGISTRO Nº 11957C*

*PROCESSO 2003.38.00.026227-9*

*IPL Nº 072/03 DPF/VAG/MG EM APURACAO*

*DATA DO PROTOCOLO - 13 de maio de 2003*

*REPRESENTANTE: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL*

*REPRESENTADO : Santa Casa de Poços de Caldas e Registro 11957C*

*TENDENCIA PENAL: HOMÍCIDIO*

*FATO: INQUERITO POLICIAL PARA APURAR AS RESPONSABILIDADES CRIMINAIS DOS DIRIGENTES, MÉDICOS, PREPOSTOS E REPRESENTANTES DO HOSPITAL IRMANDADE DE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS/ MG, PELA PRÁTICA DO DELITO DE HOMICÍDIO, TIPIFICADO NO ART. 121 DO CÓDIGO PENAL, BEM COMO O CRIME TIPIFICADO NO ARTIGO 14 DA LEI Nº 9434/97 QUE DISPÕE SOBRE A REMOÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTES E TRATAMENTO.*

VÍTIMAS:            DIVERSAS

LOCAL DAS OCORRÊNCIAS:    HOSPITAL SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS

APURAÇÃO:

CASO 1 - PACIENTE

D.C, 38 ANOS, REGISTRO Nº946351:

O paciente J.D.C permaneceu internado na enfermaria de 11/04/01 a 17/04/01, com quadro de Hemorragia subaracnoidéia ruptura de aneurisma

No dia 17/04 às 6hlsmin foi transferido para o CII mantendo quadro neurológico com arreflexia. Após a transferencia para o CTI não constam registros médicos apenas registros de enfermagem.

Esse paciente foi doador cadáver , tendo sido retirados os rins, fígado e córneas, em 18/04/01

Os exames clínicos para comprovação da morte encefálica constam apenas no formulário “Critério recomendado para diagnostico de morte encefálica” não havendo evoluções médicas no prontuário , registrando as condições clínicas do paciente.

As avaliações clínicas para o diagnóstico de morte encefálica foram realizadas em 17/04/01

Uma equipe médica e de enfermagem de Belo Horizonte procedeu as retiradas dos órgãos de dois doadores : J.D.C e A. L. R A responsabilidade quanto a retirada e implante dos fígados foi da equipe de Belo Horizonte, das córneas foi da Oftalmoclinica de Poços, de caldas e dos rins. A responsabilidade foi da equipe medica da Santa Casa de Poços de Caldas.

• Córneas : Dr. Gersio Zingone

• Rins Dr. Celso Scafi e auxiliar

• Fígado : Dr. Marcelo Wagner e auxiliares

*Quanto a destinação dos órgãos há referência apenas aos receptores dos rins :S.M.T e L.C.G.*

*CASO 2 — PACIENTE A .L.R, 58 ANOS REGISTRO Nº710761*

*O paciente A L. R foi atendido na unidade de emergência em 15/04/01, com registro de que havia sido “... encontrado caído no chão apresentando quadro de ‘X.. coma com índice de Glasgow.” (Segundo registros médicos).*

*No dia 17/04, segundo os registros médicos, paciente encontrando-se com “...clinica compatível com morte cerebral confirma solicito avaliação da comissão interhospitalar de órgãos”*

*Esse paciente foi doador cadáver , tendo sido retirados os rins, fígado e córneas, em 18/04/01.*

*Cirurgiões responsáveis pela retirada de órgãos de A.L.R Rins: Dr. Cláudio Rogério Carneiro Fernandes e auxiliar;*

- Córneas Dr. Gersio Zingone;*
- Fígado : Dr. Marcelo Wagner Farah e auxiliares (equipe de BH).*

*Quanto à destinação dos órgãos há referência apenas aos receptores dos rins de A .M.B e A .M. I.*

*CASO 3 - PACIENTE A .M. T, 50 ANOS, REGISTRO Nº957410:*

*Portadora de insuficiência renal crônica , foi internada em 18/04/01 para transplante renal — doador cadáver*

*Essa cirurgia foi realizada no dia 18/04/01, às 23h.*

*No dia 22/04, segundo a prescrição médica e os registros de enfermagem, a paciente foi internada no CTI, não constando no prontuário a evolução clínica da paciente.*

*Não constam no prontuário as descrições dos dois atos cirúrgicos realizados após o transplante renal, nem registros médicos suficientes, que demonstrem a evolução clínica e a gravidade do caso.*

*Não foi possível identificar a data exata do óbito da paciente pois:*

*- Não consta registro de enfermagem, do momento do óbito;*

*- O formulário “Sumário de alta Hospitalar”, onde consta a identificação do paciente e alguns campos, como: anamnese, diagnóstico, relatório do procedimento clínico ou cirúrgico motivo da alta (se, por óbito), não se encontram preenchidos.*

*O doador cadáver dessa paciente foi A L.R prontuário nº 710761*

#### *CASO 4 - PACIENTE A . P. 68 ANOS, REGISTRO Nº 1195C*

*O paciente A . P foi atendido na Unidade de Emergência, em 7/09/01, segundo registros médicos, apresentando quadro “ de desvio da comissura.*

*No prontuário não consta evolução médica no CTI, nos dias 13,14 , 15 e 16/09/01, apenas, no dia 17/09 consta um registro médico às 15h. “quadro clínico de morte cerebral”.*

*No dia 17/09/01, consta, numa descrição médica de ato cirúrgico, que o paciente A .P “... em morte encefálica foi submetido à enucleação de ambos os olhos no Necrotério Municipal da Cidade de Poços de caldas após óbito”.*

*Consta registro médico mencionando, “quadro clínico de morte cerebral”, mas não há registro de exame clínico e/ou registro de exame complementares, comprovando a morte cerebral.*

*Nos registros médicos da descrição da cirurgia de retirada das córneas, consta “... enucleação.. . pós.. .óbito...”. Não há registro médico e/ou enfermagem, descrevendo o momento exato em que ocorreu o óbito.*

#### *CASO — 5 P.L.A 41 ANOS, REGISTRO Nº 755184:*

*Paciente atendido dia, 15 /01/01 às 16h*

*Apresentando quadro de AVC hemorrágico, hipertensão (24X14, diminuição do nível de consciência.*

*No dia 16/01 segundo registros médicos paciente encontrando-se em coma Diagnosticado morte encefálica família vai doar órgãos”. Não consta no prontuário o laudo da angiografia cerebral citada no relatório de enfermagem.*

*Esse paciente foi doador cadáver e, segundo registros médicos, os rins não foram aproveitados.*

*As córneas foram retiradas pela equipe de oftalmologia a cirurgia foi realizada em 16/01/01 às 22h, o destino das córneas seria o município de Varginha /MG.*

*Os exames clínicos para comprovação da morte encefálica e o resultado da arteriografia cerebral, não havendo registros médicos no prontuário, relatando as condições clínicas do paciente, nem o laudo da arteriografia cerebral.*

*Não foi possível identificar o destino dos rins.*

*Não foi possível confirmar de acordo com os registros no prontuário se as córneas foram encaminhadas para o município de Varginha, pois dependia de uma confirmação (por Fax) do médico coordenador do núcleo de córnea, de 5H e não consta outro registro depois desse. Do dia 17/01/01, às 20h30min.*

#### *CASO - 6 PACIENTE M.B, 47 ANOS REGISTRO N<sup>o</sup> 97153A*

*A paciente foi internada em 29/04, segundo registros médicos e de enfermagem, a paciente apresentava — se edemaciada, com hipertensão arterial e dispnéia: foi solicitado RX de tórax, que teve como laudo “Cardiomegalia com estase vascular-pulmonar. Velamento bilateral (edema)”*

*No dia 09/05, segundo registro de enfermagem, paciente foi transferida para o CTI à 1h.*

*Não constam no prontuário, registros médicos suficientes, que demonstrem a evolução clínica e a gravidade do caso.*

#### *CASO - 7 PACIENTE M.L.O, 43 ANOS REGISTRO N<sup>o</sup> 021173:*

*Foi internada no dia 09/06/01 segundo registros médicos.*

*Nos registros de enfermagem do dia 13/06 consta, paciente em coma sem resposta a nenhum estímulo, iniciado o protocolo para morte encefálica.*

*Nada mais consta no prontuário a respeito das condições clínicas da paciente.*

*Essa paciente foi doadora cadáver tendo sido retirado os rins, fígado e córneas, em 14/06/01.*

*Os exames clínicos para comprovação da morte encefálica constam apenas no formulário “Critério recomendado para o diagnóstico de morte encefálica” : 1º exame no dia 13/06/01, às 10h e o 2º exame, no mesmo dia, às 16h não havendo evoluções médicas no prontuário, registrando as condições clínicas da paciente.*

*Uma equipe médica e de enfermagem de 51-1 procedeu às retiradas do fígado e córneas da paciente M.L.O. A responsabilidade quanto à retirada e implante desses órgãos foi da equipe de 8H: a responsabilidade da retirada dos rins foi da equipe médica da Santa Casa de Poços de Caldas.*

#### *Retirada de órgãos de M.L.O*

- Rins; Dr. Sérgio Vargas e auxiliar;

- Fígado : Dr. Marcelo Sanches e auxiliares

- Córneas: Enfermeira Graziela Rosana Gaffuri : segundo alguns registros médicos e de enfermagem, essa profissional responsável pela retirada de córneas, é citada como enfermeira e em outros registros, como “auxiliar de enfermagem”, o que contraria as normas de transplante, que se referem a equipe médico cirúrgica, para retirada de órgãos.

*Quanto a destinação dos órgãos, não há referência aos receptores.*

#### *CASO 8 - J.B.M, 32 ANOS, REGISTRO N<sup>o</sup> 81274A:*

*Paciente internado no CTI no dia 28/05/01 às 13h.*

*Em 03/06/01, parecer da neurologia: “ paciente com ICE pupilas midriáticas. Não reage... arrelaxia generalizada: apnéia, ausência de reação a estímulos algícos. Provável morte cerebral “ e no dia 06/06/01, às 16h20min — “Óbito hospitalar”.*

*Consta nos registros de enfermagem do dia 03/06/01 “... iniciado protocolo para morte encefálica...”*

*Conforme registros de enfermagem do dia 04/06/01 às 6h32min, o*

*paciente foi encaminhado às 22h, para realização de arteriografia e às 18h04min do mesmo dia 'X..paciente encontra-se comatoso sendo feito testes para uma possível morte cerebral, feito eletroencefalograma...*

*Em 05/06/01, segundo registros de enfermagem “ . . .encontra-se em coma sem resposta a nenhum estímulo, hipotenso... hipodérmico. . . morte encefálica”.*

*Os exames clínicos para comprovação da morte encefálica constam apenas no formulário “Critério recomendado para o diagnostico de morte encefálica*

*Também não consta no prontuário justificativa da desistência da captação de órgãos desse paciente, apesar do formulário ter sido assinado pelos médicos responsáveis pela avaliação da morte encefálica. Não constam no prontuário, registros médicos suficientes, que demonstrem a evolução clínica e a gravidade do caso*

#### **CONCLUSÃO**

*Diante dos fatos apurados e aqui relatados, a equipe concluiu que:*

*Os registros médicos demonstraram descumprimento das orientações do Conselho Federal de Medicina do Ministério da Saúde, quanto ao correto preenchimento da documentação.*

*As normas que regem a realização de todos os procedimentos relacionados a transplante, não eram observados com rigor pelos profissionais médicos responsáveis por esses procedimentos, na Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas.*

*Existiam atos médicos sendo realizados por profissionais de enfermagem.*

*As distorções encontradas demonstram:*

*Que a Santa Casa não estava cumprindo as suas responsabilidades, como Entidade assistencial.*

*Que a Secretaria Estadual de Saúde, não estava cumprindo com as suas responsabilidades, quanto à atuação da Central Estadual de Transplantes.*

*MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL*

*RESUMO DO RELATÓRIO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL*

*Delegacia de Polícia Federal em Varginha/MG*

*DENÚNCIAS OFERECIDAS PELO MINISTÉRIO PÚBLICO DO  
ESTADO DE MINAS GERAIS REPRESENTADO SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS E REGISTRO Nº 11957C*

*PROCESSO 2003.38.00.026225-1*

*IPL Nº 073/03 DPF/VAG/MG- EM APURACAO*

*DATA DO PROTOCOLO - 15 de maio de 2003*

*REPRESENTANTE : MINISTERIO PÚBLICO FEDERAL*

*REPRESENTADO : Santa Casa de Poços de Caldas e Registro 946351*

*TENDÊNCIA PENAL: HOMÍCIDIO*

*FATO: INQUERITO POLICIAL PARA APURAR AS  
RESPONSABILIDADES*

*CRIMINAIS DOS DIRIGENTES, MEDICOS, PREPOSTOS E  
REPRESENTANTES DO HOSPITAL IRMANDADE DE SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS/MG, PELA PRÁTICA DO DELITO  
DE HOMICÍDIO, TIPIFICADO NO ART. 121 DO CÓDIGO PENAL, BEM  
COMO O CRIME TIPIFICADO NO ARTIGO 14 DA LEI Nº 9434/97 QUE  
DISPÕE SOBRE A REMOÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E PARTES DO  
CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTES E TRATAMENTO.*

*VÍTIMAS : DIVERSAS*

*LOCAL DAS OCORRÊNCIAS: HOSPITAL SANTA CASA DE*



*MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS*

*VÍTIMAS : J.D.C, 38 ANOS*

*LOCAL . DAS OCORRÊNCIAS: HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS*

*APURAÇÃO:*

*CASO 1 — PACIENTE J.D.C, 38 ANOS, REGISTRO Nº 946351:*

*O paciente J.D.C permaneceu internado na enfermaria de 11/04/01 a 17/04/01, com quadro de Hemorragia subaracnoidéia ruptura de aneurisma*

*No dia 17/04 às 6h15min foi transferido para o CTI mantendo quadro neurológico com arreflexia. Após a transferencia para o Clínico constam registros médicos apenas registros de enfermagem.*

*Esse paciente foi doador cadáver , tendo sido retirados os rins, fígado e córneas, em 18/04/01*

*Os exames clínicos para comprovação da morte encefálica constam apenas no formulário “Critério recomendado para diagnóstico de morte encefálica”. Não havendo evoluções médicas no prontuário, registrando as condições clínicas do paciente.*

*As avaliações clínicas para o diagnóstico de morte encefálica foram realizadas em 17/04/01*

*Uma equipe medica e de enfermagem de Belo Horizonte procedeu as retiradas dos órgãos de dois doadores : J.D.C e A. L. R A responsabilidade quanto a retirada e implante dos fígados foi da equipe de Belo Horizonte, das córneas foi da Oftalmoclínica de Poços de Caldas e dos rins. A responsabilidade foi da equipe médica da Santa Casa de Poços de Caldas.*

*• Córneas : Dr. Gersio Zingone*

*• Rins : Dr. Celso Scaffi e auxiliar*

• *Fígado Dr. Marcelo Wagner e auxiliares*

*Quanto a destinação dos órgãos há referência apenas aos receptores dos rins :S.M.T E L.C.G.*

*OBSERVAÇÃO (procedimentos que não foram pagos que, os órgãos utilizados nos transplantes realizados, de doadores cadáver foram captados nos Municípios de Pouso Alegre e Passos).*

*Análise de 110 prontuários demonstrou principalmente a insuficiência e má qualidade dos registros, fato que dificulta e, em algumas situações inviabiliza, a análise dos procedimentos. Constatou-se as seguintes irregularidade*

*Em 100% dos prontuários:*

*Ausência do relatório de autorização de Internação Hospitalar ou AIH simulada*

*Ausência do preenchimento do campo que indentifica o medico responsável no formulário AIH7 (CPF, carimbo e assinatura do medico responsável).*

*Evoluções médicas com dados insuficientes, letras legíveis e, em muitos casos, ausência da evolução medica.*

*Ausência do documento de comunicação ao Ministério Publico, no prontuário do doador vivo.*

*Impossibilidade de se avaliar as condições clinicas dos pacientes principalmente no que se refere à evolução clinica e à gravidade do caso, como se verifica no prontuário nº 946351*

## *CONCLUSÃO*

*Diante dos fatos apurados e aqui relatados, a equipe conclui que:*

*Os registros médicos demonstram descumprimento das orientações do Conselho Federal de Medicina do*

*Ministério da Saúde, quanto ao correto preenchimento da documentação.*

*As normas que regem a realização de todos os procedimentos relacionados a transplante, não são observados com rigor pelos profissionais médicos responsáveis por esses procedimentos, na Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas.*

*Existem atos médicos sendo realizados por profissionais de enfermagem.*

*As distorções encontradas demonstram:*

*Que a Santa Casa não está cumprindo as suas responsabilidades, como entidade assistencial.*

*Que a Secretaria Estadual de Saúde, não está cumprindo com as suas responsabilidades, quanto à atuação da Central Estadual de Transplantes.*

*MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL*

*PROCURADORIA DA REPÚBLICA EM MINAS GERAIS*

*O presente feito aponta fatos que caracterizam, EM TESE, delito previsto no art 121, caput e § 20, Inciso III do Código Penal e art. 14, caput da lei nº9434/97.*

*Encaminho a V.S<sup>a</sup> os autos em epígrafe para que, mediante instauração de inquérito policial, seja procedida a correta apuração dos fatos e de seus responsáveis no que concerne do caso 1 Paciente JDC, 38 anos, registro 946351, mencionado nas fls. 19/20.*

*DELEGACIA DE POLÍCIA FEDERAL EM VARGINHA /MG*

*Solicita ao Hospital Irmandade da Santa casa de Misericórdia de Poços de Caldas —MG:*

- *Informação circunstanciada sobre as desatinações dos órgãos transplantados, com as qualificações dos destinatários;*
- *Identificação completa (nomes, endereços, etc) da equipe médico cirúrgica e enfermeiros responsáveis pelo diagnóstico da morte encefálica.*
- *Identificação completa (nomes, endereços, etc) das equipes médico cirúrgicas e enfermeiros responsáveis pelas remoções e transplantes de órgãos ou tecidos do paciente.*

*RESUMO DO RELATÓRIO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA*

*DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL*

*Delegacia de Polícia Federal em Varginha/MG*

*DENUNCIAS OFERECIDAS ESTADO DE MINAS GERAIS PELO*  
*MINISTÉRIO PÚBLICO*

*REPRESENTADO SANTA CASA MISERICÓRDIA DE POCOS*  
*CALDAS REGISTRO Nº 021173*

*PROCESSO 2003.38.00.002667-5*

*IPL Nº 157/2002 DPF/VAG/MG- EM APURACÃO*

*DATA DO PROTOCOLO - 16 de outubro de 2002*

*REPRESENTANTE:           MINISTERIO PÚBLICO FEDERAL*

*REPRESENTADO : Santa Casa de Poços de Caldas e Registro no*  
*021173*

*INCINDÊNCIA PENAL: HOMÍCIDIO*

*FATO:    CONSIDERANDO QUE NO DIA 09/06/2001, A PACIENTE*  
*M.L.O., DE 43 ANOS DE IDADE INGRESSOU NO HOSPITAL SANTA CASA*  
*DE MISECORDIA DE POÇOS DE CALDAS COM DIAGNOSTICO DE*  
*ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, LA PERMANECENDO ATE 14/06/01*  
*EVOLUINDO PARA MORTE ENCEFÁLICA, COM ENCAMINHAMENTO*

*PARA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS, CONTUDO, NAO FORAM ENCONTRADAS NO PRONTUÁRIO MEDICO INFORMAÇÕES DA EVOLUÇÃO MEDICA COM AS CONDIÇÕES CLINICAS DA PACIENTE CORRESPONDENTES AOS DIAS 13 E 14/06/2001, BEM COMO FORAM ENCONTRADOS RESULTADOS DE EXAMES UTILIZADOS, ÚTEIS PARA DEFINIÇÃO DA NATUREZA DO EVENTO;*

*VÍTIMAS:            DIVERSAS*

*LOCAL DAS OCORRENCIAS: HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS*

*VÍTIMAS:            M.L.O, 43 ANOS*

*LOCAL DAS OCORRÊNCIAS: HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS*

*APURAÇÃO:*

*CASO 7 - PACIENTE M.L.O , 43 ANOS, REGISTRO Nº 021173*

*A paciente M.L.O foi internada no dia 09/06/01. Segundo registros médicos, apresentando quadro de hipertensão arterial, hemiplegia esquerda e diagnostico de acidente vascular cerebral.*

*No dia 10/06, consta registro de tomografia de crânio “ volumosa área isquemica “ e diagnóstico de acidente vascular cerebral isquemico*

*Nos dias 11,12 e 13 /06 constam apenas prescrições medicas, no CTI, não constando registros de evolução medica.*

*Nos dias 16/06 às 15h e 11/06 às 6h segundo registro de enfermagem paciente encontrando-se entubada, em ventilação mecânica; em outro registro, no dia 11/06 “ encontra-se comatosa respondendo a estímulo doloroso”*

*Consta no prontuário, laudo de RX de tórax, emitido em 16/06/01, com presença de pneumotórax à direita , e outro laudo emitido na mesma data, evidenciando dreno torácico à direita ; não constam registros médicos que permitam identificar o diagnóstico de pneumotórax e a realização de drenagem de tórax.*

*Nos registros de enfermagem do dia 13/06 consta “ paciente em coma, sem resposta a nenhum estímulo., iniciando protocolo para morte encefálica. Aguarda asteriografia “ e no dia 14/06 às 4h59min . “ paciente em tratamento de um AVC-1 com evolução clínica para morte encefálica , apresenta-se sem resposta aos estímulos externos ... hipotensa mesmo sob ação vasopressora mantendo respiração mecânica*

*Nada mais conta no prontuário a respeito das condições clínicas da paciente.*

*Essa paciente foi doadora cadáver tendo sido retirado os rins fígado e cárneas, em 14/06/01.*

#### *OBSERVAÇÕES:*

*1) Os exames clínicos para comprovação da morte encefálica contam apenas no formulário “Critério Recomendado para o Diagnostico de Morte Encefálica”: o P exame no dia 13/06/01, às 10h e o 2º exame, no mesmo dia, às 16 h não havendo evolução médicas no prontuário registrando as condições clínicas da paciente.*

*2) constam resultado de exames bacteriológicos de urina e secreção traqueal, e, exames hematológicos no prontuário: não foram encontrados registros dos resultados dos exames sorológicos, que estão descritos no formulário “informações sobre o doador” constam os laudos dos seguintes exames:*

*a) RX de tórax- PA com laudo emitido em 10/06/01 “cânula endotraqueal pneumotórax à direita ... área cardíaca dentro dos limites normais...”*

*b) RX de de tórax- PA, com laudo emitido em 16/06/01: “ controle evolutivo de evidência dreno torácico à direita, ausência de velamentos”*

*c) Angiografia cerebral bilateral , com laudo emitido em 13/06/01 parada de progressão do contraste nas carótidas internas assim como nas artérias vertebrais sem evidência da circulação intracerebral*

*Não foi possível identificar o laudo da tomografia de crânio, que consta, nos registros médicos que foi realizada.*

4) *Uma equipe médica e de enfermagem de Belo Horizonte procedeu a retirada do fígado e córneas da paciente M.L.O a responsabilidade quanto a retirada e implante desses órgãos foi da equipe de Belo Horizonte: a responsabilidade da retirada dos rins foi da equipe medica da Santa Casa de Poços de Caldas.*

*Retirada dos órgãos de M.L.O; Cirurgiões*

*- Rins: Dr. Sérgio Vargas e auxiliar:*

*- Fígado Dr. Marcelo Sanches e auxiliares*

*- Córneas: Enfermeira Graziela Rosana Gaffuri segundo alguns registros médicos e de enfermagem, essa profissional responsável pela retirada de córneas, e citada como “enfermeira “, e em outros registros como “auxiliar de enfermagem”, o que contraria as normas de transplante, que se referem à equipe medico — cirúrgica, para “retirada de órgãos.*

*Quanto a destinação dos órgãos, não há referência aos receptores.*

#### *CONCLUSÃO*

*Diante dos fatos apurados e aqui relatados, a equipe conclui que:*

*Os registros médicos demonstram descumprimento das orientações do Conselho Federal de Medicina do Ministério da Saúde, quanto ao correto preenchimento da documentação.*

*As normas que regem a realização de todos os procedimentos relacionados a transplante, não são observados com rigor pelos profissionais médicos responsáveis por esses procedimentos, na Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas.*

*Existem atos médicos sendo realizados por profissionais de enfermagem.*

*As distorções encontradas demonstram:*

*Que a Santa Casa não está cumprindo as suas responsabilidades, como entidade assistencial.*

*Que a Secretaria Estadual de Saúde, não está cumprindo com as suas*

*responsabilidades, quanto à atuação da Central Estadual de Transplantes.”*

**Esta CPI, a final, sugere que tais casos sejam, na medida do possível, unidos para julgamento simultâneo**, conforme o Art. 76 do CPP, o que permitirá que o julgador possa analisar se há condutas semelhantes entre os envolvidos que possam evidenciar associação para a prática de crimes, bem como analisar as provas em conjunto, para avaliar se houve delitos semelhantes.

Menciona-se, ainda, caso havido no mesmo MG-Sul Transplantes, da Sra. Jussânia, já falecida. Depôs perante esta CPI o viúvo Sebastião Raimundo Coutinho, declarando o que segue, que, segundo, cremos, deve ser verificado novamente porque pode revelar esquema de “doações” fictícias para justificar pagamento de compra de órgãos ou modo de fraudar a fila:

**“O SR. SEBASTIÃO RAIMUNDO COUTINHO** - *A minha esposa fazia hemodiálise em Pouso Alegre, há um ano atrás já que ela fazia hemodiálise. Aí me falaram que em Poços de Caldas estava saindo os transplantes, aí eu fui para lá, eu com ela. Ela consultou com o Dr. Álvaro pela UNIMED. Eu falei: “Doutor, tem jeito de o senhor conseguir o rim para Jussânia?” Ela já tinha todos os exames prontos, ele olhou os exames e falou: “Eu consigo. O sangue dela é A+, esse aí é fácil de conseguir”. Aí depois ele falou para mim: “Tem que fazer uma doação. Não, você pode fazer uma doação?” Eu falei: “Posso. De quanto que é, doutor?”. “Dois mil reais.” E eu esperei por 20 dias. E dentro de 20 dias, ele não ligou. Aí minha esposa falou: “Olha, vamos pegar o meu pai e minha mãe para fazer a doação, porque o doutor não vai conseguir”. Aí levei o pai dela e a mãe dela. O Dr. Álvaro falou: “Não precisa que eu vou conseguir o rim”. Aí dentro de uns 40 dias, ele ligou para o meu irmão que mora em Pouso Alegre para Jussânia comparecer lá em Poços de Caldas dentro de 2 horas que tinha surgido um rim. Aí a gente foi para lá e fez o transplante. Fez o transplante, deu tudo bem, estava continuando, e, depois disso, ele fez uma internação falsa. Não sei quem fez a internação falsa se foi o Dr. Álvaro ou a Santa Casa, quem que é. O Ministério da Saúde mandou uma carta para nós de uma internação da Jussânia que estava internada na Santa Casa. E, nesse tempo dessa internação, nem em Poços de Caldas a gente tinha ido. Aí a mulher minha falou para mim como é que fazia. Eu falei: “O dia que nós formos nós vamos conversar com a secretária Adelaide”. Aí eu conversei com a Adelaide. Falei: “Adelaide, e essa*



*internação aqui, a Jussânia não teve aqui esse mês passado.”. A Adelaide falou assim: “O SUS está pagando muito pouco e isso aí é para o médico ganhar mais”. Eu falei: “Não, mas a Jussânia não está não está consultando pelo SUS, ela está consultando pela UNIMED”. Ela falou: “Deixa para lá, deixa para lá isso aí”. E a Adelaide é uma pessoa muito boa, uma pessoa muito educada, deixamos para lá. Quando a gente precisa de uma receita para pegar remédio na Policlínica, ela dá a receita. Aí ficou para lá. O caso da Jussânia foi esse aí.*

**O SR. SEBASTIÃO RAIMUNDO COUTINHO** - *Depois do transplante que fez, daí uns 15 dias que eu fiz a doação. A minha esposa estava indo segunda e sexta, toda segunda e sexta consultar com ele. Aí um ela falou para mim: “Olha tem que pagar o doutor, que eu já estou ficando com vergonha dele”. Aí eu entrei lá e falei: “Doutor, vamos acertar, então, o negócio do pagamento aí”. Ele falou: “Não, você entrega para a Adelaide”, que é a secretária dele.*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - *Adelaide é a secretária dele?*

**O SR. SEBASTIÃO RAIMUNDO COUTINHO** - *É. E aí eu entreguei para a Adelaide. Só que a Adelaide não me deu recibo, nada. Daí vai uns 15 dias, Adelaide me entregou um recibo.*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - *Se o Dr. Álvaro não tivesse pedido ao senhor essa doação, já que o senhor estava fazendo pela UNIMED, o senhor teria feito a doação?*

**O SR. SEBASTIÃO RAIMUNDO COUTINHO** - *Não. Se ele não tivesse pedido, eu não tinha feito doação. Mas o transplante pela UNIMED ele falou para mim que não fazia. Só fazia pelo SUS. “*

Sobre a possível ocorrência de homicídio de Paulo Pavesi, os fatos narrados neste item já estão sendo objeto de ação penal, conforme retro exposto, não cabendo à CPI nenhuma recomendação.

**Esta CPI, no caso Paulo Pavesi, encaminha ao Ministério Público para que, após análise, se for o caso, proponha ação penal contra os médicos abaixo mencionados, por terem, em tese, realizado procedimento de transplante e captação de órgãos em desacordo com as normas da Lei nº 9.434/97:**

- Álvaro Ianhez – conduta típica: Art. 14 - aceitar autorização assinada apenas pelo pai da criança

(quando a lei exige de ambos os genitores), liderar a Mg Sul Transplantes clandestinamente, exercer atos de captação e destinação de órgãos sem a imprescindível autorização legal, destinar córneas à Campinas, SP, desobedecendo a ordem da lista;

- Odilon Trefligio Netto – Art. 14 - atuar no transplante de córneas sem a imprescindível autorização do Ministério da Saúde;
- Celso Roberto Frassion Scaffi, Sérgio Poli Gaspar e Cláudio Rogério Carneiro Fernandes – Conduta típica - Art. 14 – atuarem em captação de rins em pessoa encaminhada por central clandestina e com autorização assinada apenas por um dos genitores do doador, contra disposição expressa da Lei;
- Dr. Gustavo Abreu e Dra Sandra Fiorentini, do Instituto Penido Burnier, de Campinas, SP, que implantaram as córneas irregularmente retiradas de Paulo Pavesi – Conduta típica: Art. 16- atuar no transplante de córneas sem a imprescindível autorização do Ministério da Saúde.
- José Luiz Gomes da Silva e José Luiz Bonfitto – Conduta típica – Art. 302 do Código Penal - assinarem laudo de declaração de morte encefálica sem cumprir os parâmetros da Lei, propiciando a captação irregular de órgãos.

A análise atenta deste caso feita pela CPI gerou nossa proposta de aperfeiçoamento da Lei dos Transplantes.

### **5.3) Caso Marcos Henrique Cardoso**

No dia 02 de março de 2002, entre 18h 30 min e 19 h, a criança Marcos Henrique Cardoso, então com 9 anos, chegou ao hospital de base de Brasília, vítima de atropelamento. Diagnosticou-se traumatismo crânio-encefálico e a criança permaneceu 24 h na emergência.

Na manhã do dia 03 de março, a mãe, Liliana Elias Cardoso, foi contatada pelo neurologista com o fim de saber se haveria

autorização para retirada dos órgãos para transplante, porque a criança se encontrava em morte cerebral. A mãe declarou, então, que autorizaria, desde que tivesse certeza de que o Hospital de Base tinha condições técnicas para transplantes. A resposta foi que ela deveria aguardar o chefe da equipe de captação.

Enquanto ela saiu da emergência para poder dar a notícia a familiares, começaram a realizar exame de eletroencefalograma para constatação da morte cerebral. Note-se aqui um primeiro desrespeito à Lei 9434/94, que determina que a família seja previamente avisada do início dos procedimentos necessários à elaboração do protocolo de morte encefálica.

No dia 04 de março de 2002 a Central de Captação de órgãos do Distrito Federal solicitou a doação de fígado, rins e córneas de Marcos, tendo Liliana dado seu consentimento. No dia seguinte, indagando de funcionários do hospital sobre os transplantes realizados com os órgãos doados, Liliana recebeu a informação de que o transplante de fígado havia “falhado”.

No funeral de Marcos, em 07/03/2004, a mãe percebeu a ausência de globos oculares, pois o cadáver, mais uma vez em desobediência à lei, não estava adequadamente recomposto.

Quando retirou o laudo da necrópsia de Marcos, Liliana soube que o fígado não utilizado no transplante também não fora repostado no cadáver.

Em 22 de março de 2002, Liliana representou ao Ministério Público do Distrito Federal arguindo sobre o destino do fígado, uma vez que não fora transplantado.

A mãe também dirigiu-se à auditoria do hospital de Base e ao Ministério da Saúde, bem como à Secretaria de Saúde do GDF e ao Conselho Federal de Medicina. Este último encaminhou a denúncia ao Conselho Regional de Medicina do DF.

No dia 26 de junho de 2002 foi aberta sindicância no Hospital de Base do DF, que foi concluída em julho do mesmo ano. A notícia final dada era que o fígado tinha sido incinerado junto com o resíduo hospitalar.

No dia 18 de julho, Liliana recebeu a conclusão da sindicância, enviada pelo Diretor do HDB, que afirmava que o fígado havia sido encaminhado ao Núcleo de Citopatologia e Anatomia Patológica do Hospital.

Em agosto de 2002, o Conselho Regional de Medicina do DF instaurou sua sindicância (SIND 0110/2002), que não chegou a dar nenhuma resposta para Liliana.

Liliana enviou, então, correio eletrônico ao Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde, tendo recebido em 12 de agosto a notícia de que “o fígado tinha sido sepultado em cemitério local”, fornecida pela Secretaria de Estado da Saúde do DF. Tal notícia, contraditória com as declarações da Diretoria do Hospital de Base, veio descortinar a situação de verdadeiro descalabro no que tange à documentação, prontuário e controle de órgãos humanos no Hospital de Base.

Liliana procurou novamente o Ministério da Saúde, desta vez dirigindo-se ao Coordenador do Sistema Nacional de Transplantes, que enviou o texto à Central de Captação de Órgãos do DF para apuração. Não houve da parte deste órgão qualquer resposta às indagações da mãe.

Em 10 de outubro de 2002 Liliana entregou carta à unidade de anatomia patológica do HDB, tendo recebido a informação, assinada pelo médico, de que o fígado havia sido incinerado “mas não haveriam registros que o comprovasse”.

Em 22 de agosto de 2003, Liliana indagou do SUS quais os valores pagos ao HDB por transplante, tendo recebido informações incompatíveis com os procedimentos realizados, até mesmo registro de pagamento por utilização de próteses foi recebido e jamais realizado tal procedimento em seu filho.

O Ministério Público arquivou a representação, por crer que no caso não ocorreria crime.

Em outubro de 2003, Liliana encaminhou todos os documentos do caso para uma avaliação jurídica e ao examinar o laudo cadavérico notou que atestava, ainda, a ausência do pâncreas, além da ausência bilateral de rins e córneas. Surgiu nova dúvida: E o pâncreas, por que foi retirado e qual sua destinação?

De acordo com a Diretoria de Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde /DF: o fígado teria sido sepultado no cemitério local, dentro das rotinas existentes, conforme consta nos registros daquele Serviço de Anatomia Patológica.

Em 10 de fevereiro de 2004, foi enviada carta de Liliana para a ouvidoria da Secretaria da Saúde do DF, solicitando informações sobre o local de sepultamento do órgão, que não logrou receber resposta.

A CPI ouviu sobre este caso diversas testemunhas, cujas declarações permitiram perceber o verdadeiro caos documental que grassa nos hospitais deste país. O principal problema é que os prontuários médicos não identificam corretamente procedimentos realizados e os médicos responsáveis, sendo ilegíveis e contendo poucos documentos comprobatórios, o que impede até mesmo a correta afirmação sobre a destinação de um órgão humano, em flagrante desrespeito à Lei. A justificativa dos profissionais da saúde é sempre tempo, ausência de verbas e a praxe, ou seja, a bagunça justificada pela bagunça.

A depoente Liliana ofereceu a esta CPI a seguinte reflexão:

*“Então, aí eu me pergunto: por que retiraram o fígado do meu filho se não tinham condições de fazer o transplante? Por que o meu filho não foi encaminhado a um centro que tivesse condições de fazer esse tipo de procedimento? **Porque qualquer família que doa, não doa por doar; doa porque quer ver o transplante realizado.**”*

Destaca-se, também outra de suas declarações:

*“No final dessa história toda, eu percebi o seguinte — isso para mim é um fato inquestionável — : **hoje, a família do doador não tem a quem recorrer.** Isso para mim é inquestionável, porque eu passei por isso e ouvi vários depoimentos. **A resolução sobre morte cerebral muitas vezes não é cumprida.** Foi como aconteceu comigo. Ninguém é contra a doação. Tanto que quem está aqui fez a doação de órgãos. Os estrangulamentos não estão claros onde acontecem. **E o fato de se comemorar número de transplantes no nosso País não resolve nada, porque a gente não sabe exatamente o que está acontecendo.** São poucas as pessoas que se arriscam a buscar respostas. E as pessoas que se arriscam sofrem muito. E, de fato, o que eu gostaria de pedir era que o tratamento da família do doador fosse prioridade. Prioridade absoluta, nesse caso, para que a gente pudesse ter segurança de que qualquer coisa que não cumpra a legislação possa ser fiscalizada, possa ser meticulosamente levantada para que a verdade sempre prevaleça. E eu não*

*gostaria mais de ouvir coisas do tipo: “O seu filho já está morto. Por que tudo isso?” ; ou, então: “Por que você está fazendo tudo isso? Você acha que isso vai dar em alguma coisa?”; ou, então: “Olha, o teu caso é para protelar.” Isso são coisas que a gente ouve. E a gente não quer mais ouvir isso. Por isso, eu coloco a minha esperança e me coloco à disposição para fornecer todos os documentos comprobatórios que forem necessários para esse tipo de trabalho. “ (grifamos)*

A Depoente colocou muito bem os fatos: não basta que haja muitos transplantes, é preciso que os mesmos ocorram em condições lícitas e controladas pela sociedade, é preciso que o Estado não permaneça omissos em casos de irregularidades.

Ouvido pela CPI, o médico Hécio Luiz Miziara, que trabalhou como patologista por 45 anos, 15 deles na chefia da Patologia do HDB, declarou que recebeu o fígado de Marcos, descartado pela equipe de captação após perceberem, que não havia condições de aproveitamento. Declarou que o órgão foi enviado à incineração, como qualquer outra peça considerada resto cirúrgico.

Da fala do Dr. Hécio, destaca-se seguinte declaração:

*“Toda peça que tem de ser examinada é encaminhada com o pedido. Nesse caso do fígado, ele deveria, sim, ter sido encaminhado com um documento, mas não foi. Eu sei que não foi porque, quando surgiu o problema, eu fui atrás desse documento e não o encontrei. A informação que me foi dada pelos funcionários foi: “Não, doutor, a peça chegou aqui sem qualquer pedido, apenas com a identificação do órgão, do paciente, e dizendo que seria uma peça que seria utilizada para transplante e não foi”. Então, nós consideramos, como essa peça... nós deixamos... essa peça ficou guardada. Como não apareceu nenhum pedido, como não apareceu nenhuma informação, quando tivemos que sepultar, incinerar as peças, nós fizemos o encaminhamento das peças. Agora, todas essas peças são encaminhadas com o ofício. Apenas, antigamente, nós não relacionávamos no ofício a peça e o seu respectivo paciente. A partir desse episódio, tudo agora está sendo relacionado.”*

Percebe-se a confissão de que o Hospital De Base não costumava exigir sempre documentação que acompanhasse cada órgão, o que foi mudado após o episódio de Marcos.

Mas a declaração que mais impressionou esta CPI, no depoimento do Dr. Miziara, foi a seguinte:

*“Nós entendemos que, no momento em que a família autoriza a necropsia, ela está também autorizando o aproveitamento, a utilização desses órgãos para estudos e fins científicos. E nós consideramos fins científicos o ensinamento para as faculdades. Claro que quando essas peças vão para as faculdades, para serem estudadas, elas perdem sua identificação. As peças não são identificadas, para que não haja problemas do tipo: “Ah, isso pertenceu a fulano”. Elas perdem, digamos assim, sua individualidade. Por causa disso é que eu, agora — agora não, de dois anos para cá —, eu pedi à instituição, à Secretaria de Saúde, para colocar na autorização da necropsia um adendo: que, quando a família autorizasse a necropsia, ela sabia que aquela necropsia iria permitir a retirada dos órgãos para estudo e fins científicos.”*

Ora, falando em coisificação do corpo humano, por que se “subentende” que a autorização para necropsia implica a retirada de órgãos para destinação a faculdades? Isso nos parece um descalabro, que deve ser coibido por lei. Nesse sentido esta CPI apoia Projeto de regulamentação da matéria, conforme suas recomendações no capítulo Conclusões.

Deve ser destinado a fins científicos o cadáver, ou partes dele, **cuja família expressamente autorize sua utilização**. Percebemos na fala do experiente patologista que não há preocupação praticamente nenhuma com isso. Quantas famílias será que todos os dias recebem cadáveres de entes queridos com partes faltantes e nem sequer são informadas disso? É preciso haver controle social sobre a ação desses patologistas, senão ficam sendo eles senhores de decisões que não deveriam estar na esfera de seu poder discricionário.

Destaca-se do depoimento do Dr. Miziara:

*“O que aconteceu foi o seguinte: por muitos anos, por muitos anos, as peças do Hospital de Base, as peças de Brasília, eram sepultadas, porque ainda nós não tínhamos o incinerador sanitário. O que acontece é que se hoje o senhor perguntar, no hospital, o que se faz com a*

*peça, é provável que muitos médicos vão dizer: “As peças são enterradas”, porque era tradição em Brasília, como em muitas cidades do Brasil, que as peças fossem enterradas. No momento em que foi criado o incinerador, essas peças passaram a ir para o incinerador. Eu trabalho em casa de saúde particular e quantas e quantas vezes os restos de peças nós mandávamos sepultar, porque não tinha o incinerador. Hoje existe o incinerador. Eu acredito que quando a autoridade deu essa resposta, ele, talvez... Eu não fui consultado, porque se ele perguntasse para mim, eu dizia: “Não, hoje em dia essas peças são todas incineradas”. A menos... Pode ter uma exceção. Quando o incinerador quebra — isso acontece —, aí as peças têm de ser enterradas. Mas, de qualquer maneira, houve um destino para essa peça. Com certeza, eu posso garantir para o senhor, essa peça não foi comercializada. Com certeza.”*

A fala do Dr. Miziara preocupa porque revela que há **descaso na resposta a indagações da família**. Então as pessoas que responderam esses questionamentos responderam sem saber realmente o que tinha havido? Responderam só pelo que era usual? Percebe-se o absurdo de uma instituição de saúde ter funcionários que respondem qualquer coisa, sem se preocuparem em averiguar a verdade.

Ouvido o Diretor do HDB à época, Aluizio Toscano Franca, admitiu a confusão e a falta do documento eu deveria ter acompanhado o fígado. Foi este depoente que explicou que o fígado não fora aproveitado por ausência de um mecanismo indispensável para manutenção de vida do receptor, no caso do transplante de fígado: o cateter Swan-Ganz. Tal falta não havia sido notificada à direção do hospital. Rins e córneas haviam sido utilizados regularmente em transplantes.

O médico Sérgio Raimundini Cavechia, que à época do caso Marcos era Chefe da Central de Captação de Órgãos do DF, e presenciou a cirurgia para retirada de órgãos, esclareceu as circunstâncias em que ocorreram os fatos narrados. Narrou a esta CPI as imensas dificuldades com que se deparavam, e ainda se deparam as equipe médicas no serviço público que se dedicam a transplantes.

Explicou que o cateter Swan-Ganz era indispensável porque em uma cirurgia de transplante de fígado, se utilizam até 25 l de sangue (5 vezes o volume total do sangue do corpo humano) e isso exige uma



monitoração hemodinâmica especialíssima, que só esse tipo de cateter oferece. Havia no HDB, à época, 3 desses aparelhos. Um estava em uso na UTI e dois com defeito. Apenas na hora da cirurgia, quando o paciente receptor até já estava sendo preparado é que se constatou o defeito do aparelho. Não houve negligência alguma, só as circunstâncias precárias em que funcionam todos os hospitais públicos do país, na opinião do depoente. *No dia do ocorrido estavam suspensos todos os contratos de manutenção de equipamento hospitalar, por problemas de pagamento.*

Declarou a esta CPI o Dr. Sérgio:

*“É o seguinte: a rigor, a rigor, nós dificilmente vamos estar rigorosamente aptos a fazer alguma coisa. Mas, na ocasião, nós interpretávamos, e essa interpretação foi corroborada pela, pela... Agora eu me esqueci. O Sistema Nacional de Transplante visita o hospital e dá o parecer se o hospital está apto a fazer ou não. Nós estávamos aptos a fazer. A gente não tem dúvida disso. O transplante de rim, sem dúvida nenhuma. De córneas, muito menos. De fígado, era o começo do fígado. E, como em todo o serviço que está começando e que se propõe a fazer esse tipo de procedimento, evidentemente, vai haver dificuldades. Isso ocorre em qualquer lugar. E outra coisa, a condição material do hospital não é ideal. A gente sabe disso. E se a gente for ficar esperando, pelo menos no meu entender, o ideal, a gente não faz nada, a gente não consegue fazer nada. Então, no meu modo de entender, corroborado pelo Sistema Nacional, que visitou o hospital, consultou não só o hospital, mas os médicos, se eles estavam realmente preparados para fazer aquele tipo de procedimento... Eles julgaram que sim, e nós também. Eu, como coordenador, eu também, embora a minha opinião não fosse tão importante assim. Mas, eu, como coordenador, tenho que saber se o hospital estava... E estava. Agora, eventualmente, falta material, e falta até hoje e vai continuar faltando, entende? Isso é muito ruim para uma equipe, para um hospital e até para a cidade que está se propondo a fazer esse tipo de procedimento, acontecer esse tipo de ocorrência.”*

Vale a pena reproduzir a análise e os dados apresentados e comentados por esse depoente:

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Sr. Sérgio, só para encerrarmos esse depoimento, eu vou

ser bem sucinto, só queria um pronunciamento do senhor. Em 2002, Brasília: 155 pacientes diagnosticados, conceito de morte encefálica; 72% das famílias autorizaram a doação dos órgãos. Aí os órgãos disponíveis para transplante em Brasília, em 2002. **Coração: 98 corações disponíveis para transplante — não foi feito nenhum transplante e nenhum coração foi aproveitado; 196 disponíveis para transplante — foram efetivados 116 transplantes de córneas apenas, ou seja, 45% deixou de ser realizado. Fígado: 98 fígados disponíveis para transplante — 1 foi remetido para outro Estado e nenhum transplante foi realizado em Brasília. Pâncreas: 98 pâncreas disponíveis também para doação; 98 pulmões também disponíveis para doação e nada foi feito, nem enviado a outro Estado. Rins: 196 disponíveis — 23 transplantes efetivados e 4 foram emitidos para outro Estado, apenas 14% do disponível foi utilizado para transplante em Brasília.** O senhor não acha que é um desperdício muito grande de órgãos para um País que gasta milhões fazendo campanha de doação de órgãos?

**O SR. SÉRGIO RAIMUNDINI CAVECHIA** - Essa é a minha tristeza, tem algumas pessoas aqui — não sei se já foram embora. O meu ponto de vista, não sei se eu posso falar a respeito disso.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pode falar. O seu ponto de vista é importante para a gente, porque você é experiente na área, pode nos ajudar a ajudar muitas pessoas no Brasil.

**O SR. SÉRGIO RAIMUNDINI CAVECHIA** - Esses dados, eu estou confiando, acho até que inclusive foram retirados da Central de Doação de Órgãos — a gente tinha essa estatística mensal, semestral, trimestral e tinha até uma revista que publicava esses dados —, e nós tivemos, em determinada ocasião, a oportunidade de estar na vanguarda em termos de doação de órgãos e número de transplantes por milhão de habitante. Eu acho o seguinte: a questão da doação passa por várias etapas. **A primeira coisa, que eu acho que é fundamental, é a família do provável doador ter a total confiança de que aquele familiar foi adequadamente cuidado, de que ele realmente faleceu porque não havia recurso.** Foi uma fatalidade, foi um acidente, foi alguma coisa, mas ele foi muito bem tratado, não só o paciente, mas a família foi

*tratada com dignidade. Então, eu acho que a doação começa por aí.*

*(...) No meu modo de ver, a nossa capacidade de doação é muito maior que a capacidade de fazer — e esses dados mostram isso.*

*(...) quando existem as pessoas certas, existe uma vontade política, as doações acontecem, os transplantes acontecem e acontecem de maneira correta, com bons resultados. Nós temos inúmeros profissionais capacitados para realizar os mais variados tipos de transplante e eu acredito que inexistente ainda uma política de transplante adequada. Pode ser até que exista a política de, porém, no meu modo de compreender, ela ainda não está adequada no Distrito Federal. Essa é uma opinião pessoal, uma visão pessoal de quem já passou por tudo isso. E eu acho que uma demonstração disso, que tenho notícia, são as córneas. Hoje, o número de transplantes de córneas aqui em Brasília aumentou bastante, porque se estruturou um pouquinho melhor e está se tendo muito mais condições de fazer transplante de córneas. E eu acredito que isso seja válido para outros órgãos também. Isso é uma visão pessoal.*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - *Então, o senhor concorda assim como nós, membros da Comissão Parlamentar de Inquérito, de acordo com esses dados, que o senhor até, quando nós citamos, mudou o semblante, porque a gente sentiu também que é um sentimento do senhor que existe hoje... Por exemplo, no caso de Brasília, não foi realizado mais transplante não foi por falta de órgãos, foi por falta de aproveitamento do sistema?*

**O SR. SÉRGIO RAIMUNDINI CAVECHIA** - *Vejam, em determinada época, quando nós estávamos à frente da Central, nós fazíamos de tudo para que o transplante acontecesse, não só o de córnea, mas de fígado, de rim. Chegamos a fazer — quando digo chegamos a fazer, é como equipe — um transplante conjugado de rim e de pâncreas. Foi uma tentativa de um início de uma coisa que poderia estar muito mais avançada. Eu acho que falta: há necessidade de se ter uma política adequada.*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - *E qual é a política adequada? O que o senhor*

*acha que podemos propor para contribuir para que nós tenhamos um aproveitamento maior dos órgãos. De acordo com esses dados aqui, por exemplo, 98 pessoas poderiam ter sido salvas e não foram e os órgãos não foram aproveitados, estavam disponíveis para a doação. Acredito que, da mesma forma como acontece em Brasília, acontece em outros Estados também. Isso não é particularidade de Brasília, até porque Brasília era para ser excelência, porque está na terra do Ministério da Saúde, está na terra onde é ordenada a despesa, é feito o orçamento. Se isso acontece em Brasília, imagina o que acontece no resto do País? Então, o senhor acredita que, assim como nós acreditamos, esses órgãos, por exemplo, não foram aproveitados e poderiam ter sido aproveitados se o sistema fosse mais adequado? Ou, então, por que esses órgãos não foram aproveitados? Resuma para mim, por favor.*

**O SR. SÉRGIO RAIMUNDINI CAVECHIA -**

*Bem, é difícil falar resumidamente esse tipo de coisa. Então, se os senhores me permitissem falar um pouquinho? É assim: não, aconteceu por isso. Não é uma coisa só que não dá certo. Foi o que disse, imaginem só. Vamos dar um exemplo, que eu acho que resume tudo. Já chegue até a conversar isso com alguém aqui. Vamos supor que o filho de um nós, ou a filha, ou a esposa, ou a mãe, ou quem quer que seja, uma pessoa que a gente gosta muito, por uma fatalidade sofre um acidente e vem a falecer ou entra em morte cerebral. Mas na entrada do hospital, não só o paciente, mas a família foi maltratada ou não foi adequadamente tratada. Depois que ela entrou para dentro do hospital, nenhuma comunicação foi feita à família do estado da paciente, como ela estava evoluindo, de que ela precisaria de uma terapia intensiva, de uma unidade de terapia intensiva. Nada. Simplesmente nada. Daí a algum tempo, eu chego para os familiares e digo: Não tem recurso mais. O paciente foi... Vejam bem, existe o tratamento relacionado à parte técnica e o tratamento relacionado à parte de relação pessoal. Se não houver uma boa relação pessoal, a parte técnica fica prejudicada. Se não começar lá na porta do hospital, ou na porta da UTI, tudo aquilo que envolve a assistência a uma pessoa grave, se não houver esse tipo de abordagem, o número de doações vai diminuindo cada vez mais.*

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Mas aqui eu só quero te mostrar o seguinte: aqui

nós estamos falando de número de pessoas que autorizaram a doação, de família. Setenta e dois por cento das famílias autorizaram, e esses órgãos não foram aproveitados. Eu estou falando de outro momento. Eu entendo a preocupação do senhor.

**O SR. SÉRGIO RAIMUNDINI CAVECHIA** - Essas autorizações, muitas vezes os órgãos não são viáveis para serem aproveitados. Há de se considerar isso também.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Aqui já está. Por exemplo, foram 155 diagnósticos de morte encefálica. Desses 155, 72% autorizados, 111 famílias autorizaram. Dessas 111 famílias que autorizaram, foram retirados os órgãos. Desses 111, 13 corações não estavam aptos. Sobraram 98 aptos e não foi aproveitado nenhum. É isso que estamos questionando.

**O SR. SÉRGIO RAIMUNDINI CAVECHIA** - Eu estou corroborando isso e dando mais uma, como se diz, mais uma... Nós poderíamos ter mais doadores. E como nós vamos trabalhar transplante, que é um procedimento médico de alta complexidade. Isso não quer dizer que o médico que faz transplante ou que trabalha com transplante seja mais inteligente, seja mais diferenciado. Não. Nós temos excelentes médicos que tratam de coisas simples com maestria. Isso não é pejorativo aos médicos que não fazem. O fato de ser de alta complexidade é que ele é multidisciplinar, exige uma estrutura grande. E o que eu acho que falta é a estrutura e a política adequada para fazer esse tipo de procedimento. Adequada, volto a repetir, pode ser até que ela exista, mas ela não está adequada para nossa necessidade. Quantos transplantes de rim nós precisamos por ano? Quantos transplantes de fígado? Quantos transplantes de córnea, de rim, de pâncreas? Quantos transplantes de coração, de pulmão, nós precisamos por ano para a nossa população aqui? Nós precisamos de tanto. Então, nós temos que trabalhar atrás desse número ou desses números. Pode ser que a gente nem chegue, mas pelo menos a gente tem que correr atrás. A política adequada é essa, é a gente satisfazer as nossas necessidades em relação aos transplantes. Um exemplo: nós precisamos de 100 transplantes de rim por ano, então, nós temos que fazer 100 transplantes de rim por ano. Enquanto nós não fizermos os 100, não está adequado. Essa é a política adequada, no meu modo de ver.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Tudo bem. Mas, só para encerrar, aqui no caso de Brasília, se houvesse mais doador, pelos dados, haveria mais desperdício. Correto?

**O SR. SÉRGIO RAIMUNDINI CAVECHIA** - Correto.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - Pois é. É isso que nós estamos queixando. Então, por que fazer campanha para aumentar a doação? Se houvesse mais doação, haveria mais desperdício, porque aqui estava autorizado doar. No caso da mãe do Marcos, não foi pedido a ela nem o pulmão e nem o coração. E ela falou em depoimento aqui que ela autorizaria doar. Então, o que eu quero dizer é que, se houvesse, mais doação, pelos dados, haveria mais desperdício, porque o sistema não está adequado, conforme disse o senhor, para aproveitar todos esses órgãos. Correto?

**O SR. SÉRGIO RAIMUNDINI CAVECHIA** - Sem dúvida.”

O chefe da equipe de transplantes do HDB, Dr. Roland Montenegro Costa disse que a decisão de não implantar o fígado sem o cateter Swan-Ganz foi de toda a equipe médica. Em suas palavras:

**“O SR. ROLAND MONTENEGRO COSTA** - Esse é um paciente que foi vítima de um acidente, acho que foi uma bicicleta contra um carro. E ele foi eleito, através de parâmetros que o elegeu como morte cerebral. Então, após contatos com a família — me lembro bem da Dra. Lílilia —, ela doou o fígado, doou acho que os olhos do paciente, os rins. Nós, cirurgiões, (temos o contato com...) evitamos o contato com a família do paciente para evitar pressões. Isso é uma coisa que nós aprendemos fora deste País. E esse fígado foi retirado pelo meu colega de equipe, Dr. Lucio Lucas. Era um fígado perfeito, o fígado de uma criança de 14 anos de idade, ele não tinha nenhuma doença, nenhuma virose, esteatose; parecia que não tinha esteatose. O paciente, o receptor foi chamado para a cirurgia. E quando nós chegamos lá nós sentimos a dificuldade de realizar o transplante — isso avaliado por toda a equipe cirúrgica. Como a equipe de cirurgiões de transplantes é uma equipe multidisciplinar, os colegas da anestesia não se sentiram seguros devido à falta de alguns instrumentos, de monitores, de catéteres, visto que o Seu Ramon, o paciente em questão, o paciente que recebeu o

*órgão do Marcos, ele se encontrava, ela já tinha uma cicatriz prévia no abdome, o que faz com que o paciente sangre muito. Os pacientes, os hepatopatas em final de doença hepática, que a gente chama, eles sangram muito através de varizes que se criam no sistema porta. O sistema porta é o sistema que — aqui tem alguns médicos — é o sistema que drena todo o sangue do intestino para o fígado. Então essa veia, chamada veia porta; então, devido a essa repressão, há uma grande quantidade de veias enormes com varizes, que podem sangrar. E esses catéteres, esses monitores, esses instrumentos, eles são de vital importância para que se proceda a um ato cirúrgico. São pacientes que tomam um grande volume de sangue. Nós já participamos de cirurgia em que o paciente chegou a tomar 200 frascos de sangue — não aqui neste País. Então, devido a isso, eu não me senti seguro em realizar o procedimento, visto que o paciente podia ensanguinhar na sala se não tivesse esses parâmetros, esses catéteres e esses aparelhos que se requer para realizar uma cirurgia desse tipo.”*

Sobre todo o caso estudado, esta CPI pode concluir que:

1) Na época do evento o Hospital das Forças Armadas (Portaria 408 de 24/10/2000) e o Hospital de Base (Portaria 41 de 08/02/2001) eram credenciados para realizar captação e transplante cardíaco.

2) O Hospital de Base acionou a Central Nacional de Captação e Doação de Órgãos do Distrito Federal antes de constatada e documentada a morte encefálica, o que constitui irregularidade, explicada pelos médicos como pressa na urgência da retirada de órgãos para poder haver seu aproveitamento.

3) A captação do Fígado de Marcos Henrique Cardoso foi realizado por uma equipe onde constam profissionais diferentes da equipe credenciada (Portaria 129 de 20 de abril de 2000, retificada em 24 de abril de 2000)

4) O relatório cirúrgico da captação dos rins do Marcos não consta no prontuário, não há registro do nome dos profissionais que realizaram essa cirurgia, apenas a referência; “Realizada retirada de rins pela equipe da urologia”

5) Existiam duas equipes credenciadas para realizar a captação e transplante de rins no DF, naquele período, ambas chefiadas pelo Dr. Wilber Antonio de Oliveira Bello. (Portaria SAS 45 de 24 de janeiro de 2002).

6) A enucleação (retirada dos globos oculares) realizada em Marcos foi feita pelo Dr. Angel Augusto Barreto Cadena do Hospital de Base, profissional diferente do credenciado pela Portaria 129 de 20 de abril de 2000, que aponta o Dr. Francisco Teixeira Pinto.

7) O chefe da equipe de fígado, Dr. Roland Montenegro Costa informa que o órgão não foi transplantado por falta de material para monitorização do receptor, indicando o Dr. Renato Viscard como o responsável por essa monitorização.

8) Dr Renato Viscard não era credenciado para realizar procedimentos de captação ou transplantes. Considerava-se um voluntário.

9) O fígado captado de Marcos Henrique Cardoso não teve com destino adequadamente documentado: a Sindicância interna do Hospital de Base, assinada por Aluísio Toscano Franca, informa que foi incinerado junto com o resíduo hospitalar.

10) O Dr Hélcio Luis Miziara, chefe da unidade de anatomia Patológica afirmou que pode afirmar que o fígado foi incinerado, que não fazem registros desse procedimento, portanto não tem nenhum documento comprobatório, embora declare também que após esse evento os documentos passaram a ser exigidos.

11) A Secretaria de Saúde do DF, em relatório assinado por Rubens Iglesias informa que o fígado em questão foi sepultado no cemitério local e o Ministério da Saúde, no parecer 002/2004 de 05 de janeiro de 2004, assinado por Carlos Alberto Gebrim Prieto, endossa a informação da Secretaria de Saúde, mas não apura; recomendando que o interessado busque o processo na Secretaria de Saúde do DF.

12) O processo acima foi retirado pela interessada na ouvidoria da Secretaria Saúde/DF. Dele consta o resultado da Sindicância interna do Hospital de Base e o relatório acima referido: **discordantes**.

13) Existe resultado publicado de apenas uma sindicância: a do Hospital de Base A Secretaria de Estado da Saúde/DF e Ministério da Saúde não realizaram sindicâncias, mesmo após perceberem a discrepância de informações.



14) O Conselho Regional de Medicina do DF instaurou uma Sindicância: 0110/02 em 01 de agosto de 2002.

15) O Ministério Público do DF e Territórios acolheu a reclamação em 22 de março de 2002 instaurando um procedimento de investigação preliminar: 002509/02-4 que foi arquivado em 07 de agosto de 2003.

16) O relatório do MP se concentra na questão da não realização do transplante e situa o episódio dentro do cenário de desmantelamento da rede de saúde, lembrando que existia uma força-tarefa liderada, na época, pelo Promotor de Justiça Jairo Bisol, que investigava a situação da saúde no DF.

17) O MP não abordou em seu relatório a questão do destino do fígado captado e não transplantado, a falta de registros desse descarte, a discrepância entre o laudo cadavérico do IML e a autorização de captação ou a discrepância entre a composição das equipes de profissionais autorizados pelo Ministério da Saúde e as equipes que fizeram a captação e transplante nesse caso.

18) O Departamento Nacional de Auditoria do SUS/Ministério da Saúde remeteu informação sobre os valores pagos relativos ao atendimento de Marcos Henrique Cardoso. Muitos procedimentos não estão discriminados, outros apresentam valores diferentes dos fixados na legislação.

Sobreleva notar, em relação a este caso e a praticamente todos os demais objeto de análise por esta CPI que **é comum os médicos desconhecerem a legislação que regula os procedimentos de captação e transplante**. Os médicos buscam resolver problemas de administração na rotina diária ao invés que apontá-los e exigir sua correção.

O cidadão não sabe a quem recorrer para apuração de fatos duvidosos relacionados a captação de órgãos e transplantes, no DF, e quem busca explicações geralmente se depara com total descaso.

Se pode constatar que no DF há um claro descompasso entre as campanhas publicitárias que pedem mais doadores e a infra-estrutura disponível para atender a essa demanda. Existe preocupação política com o aumento do número de transplantes realizados, buscando-se ocultar problemas para realização dessa meta.

Percebe-se uma enorme dificuldade de organização dessas atividades, especialmente os registros hospitalares, o que acaba servindo para facilitar infrações e até, hipoteticamente, possibilitar atividades criminosas.

A falta de empenho por parte de gerentes, chefes, coordenadores, diretores e administradores na correção de problemas menores ou de infrações mais leves, alimenta a apatia e a desorganização. É muito comum profissionais da saúde utilizarem o desmantelamento do SUS para justificar a não realização de suas tarefas ou a falha na tentativa de realizá-las.

Alguns vícios não corrigidos em tempo transformaram-se em hábito, mesmo contrariando normas, legislação e boas práticas na área da saúde.

A pretendida fiscalização desses procedimentos não tem sido suficiente, presente e eficaz nem pelo Ministério da Saúde, nem pelas Secretarias de Saúde dos Estados, deixando Centrais de Captação de Órgãos e Transplantes sem o controle técnico, administrativo e legal necessário.

Não existe um trabalho constante de verificação de como estão as instituições de saúde credenciadas, a não ser por ocasião do recadastramento, a cada 2 anos.

As equipes credenciadas para a realização de captações de órgãos e transplantes não são fiscalizadas nem em sua performance, nem quanto à sua constituição. As famílias dos doadores e receptores não sabem se as equipes que os estão atendendo são autorizadas ou não pelo Ministério da Saúde a realizar captações de órgãos e transplantes. Muitos só descobrem depois de algum tempo a falta de legalidade nos procedimentos de captação de órgãos e transplantes e não levam adiante denúncias por temer represálias.

A CNCDO/Curitiba enviou válvulas cardíacas para a CNCDO/DF em março de 2003, mesmo não existindo instituição de saúde nem equipe credenciada para a realização desse procedimento nessa época. O Hospital Santa Lúcia foi a instituição indicada para a realização do implante de válvulas cardíacas, mesmo não estando credenciado.

A captação de órgãos e transplantes não são apenas atividades médicas de alta complexidade. Dependem diretamente de capacidade administrativa, tanto de material como de pessoal e de recursos, têm um forte componente ético e moral e necessitam de um segmento de polícia e de justiça

ao alcance de todos, um instrumento que permita o que se chama de controle social

#### **5.4) Caso Taubaté**

Esta CPI estudou o caso dos médicos PEDRO HENRIQUE MASJUAN TORRECILLAS, RUI NORONHA SACRAMENTO, ANTÔNIO AURÉLIO DE CARVALHO MONTEIRO, MARIANO FIORE JÚNIOR e JOSÉ CARLOS NATRIELLI DE ALMEIDA foram denunciados pelo Ministério Público como autores de quatro homicídios, praticados em face de José Miguel da Silva, Alex de Lima, José Faria Carneiro e Irani Gobo, com dolo eventual (aquele em que o autor não tem a intenção, a vontade direta de obter o resultado, mas age assumindo e aceitando conscientemente o risco de que o resultado ocorra).

Os três últimos (Antônio Aurélio de Carvalho Monteiro, Mariano Fiore Júnior e José Carlos Natrielli de Almeida) não praticaram a conduta “matar” propriamente dita, mas foram considerados “partícipes”, pois colaboraram com a atitude criminosa.

Os crimes teriam sido cometidos no Hospital Santa Isabel das Clínicas, na cidade de Taubaté e as vítimas estavam em situação grave que facilitava o convencimento às respectivas famílias de que estavam em “coma irreversível” ou “morte encefálica”, o que restava consignado nos diagnósticos de morte por parte de Antônio Aurélio de Carvalho Monteiro, Mariano Fiore Júnior.

Ocorre, todavia, segundo as denúncias, que na verdade por ocasião das nefrectomias a que foram submetidos os pacientes os mesmos ainda não estavam em estado de morte encefálica, sendo o posterior óbito resultante da retirada de rins e não do trauma anteriormente sofrido (Ex. Atropelamento, tentativa de suicídio com uso de arma de fogo).

Torrecillas e Sacramento seriam os responsáveis diretos pela retirada de rins e a morte.

José Carlos Natrielli de Almeida, o qual era responsável pela FUST – Fundação da Universidade de Saúde de Taubaté que controlava a contabilidade do Hospital Universitário de Taubaté, efetuava os pagamentos dos honorários médicos e das despesas hospitalares. Vale ressaltar que José Carlos Natrielli de Almeida não foi pronunciado, isto é, foi excluído do processo por ocasião da decisão judicial que determina quem vai responder ao processo perante julgamento do Tribunal do Júri.

O denunciante de todo esse macabro esquema foi o Dr. Roosevelt Kalume, que assim depôs perante esta CPI:

**“O SR. ROOSEVELT KALUME** - Em 1986, quando eu era Diretor da Faculdade de Medicina, eu descobri um programa de transplantes e retirada de órgãos na Universidade de Taubaté que corria de uma maneira escondida. A gente não tinha conhecimento oficial do programa. Quando eu comecei a mexer com isso, eu me deparei com um mundo completamente novo e tudo mudou na minha vida a partir de então. Havia um programa de retirada de órgãos. Procurei os médicos, conversei com os médicos, eles negaram. Procurei o reitor, que era a autoridade maior da universidade, pedindo uma sindicância sobre o assunto. O reitor me respondeu o pedido de sindicância com um ofício sucinto: duas páginas. Na primeira página, ele me elogia do início ao fim, porque estou trabalhando dentro de um sistema organizacional e que a coisa tem que ser desse jeito mesmo, que eu tenho de passar para uma esfera mais alta o problema que eu não consigo resolver. E no final do ofício, ele me acena com uma possibilidade de punição, caso eu continue insistindo nesse assunto. Eu, abreviando etapas, denunciei o reitor ao Conselho Universitário, que é o órgão maior da universidade, mostrando que eu era o Diretor da Faculdade, estava pedindo uma sindicância de um assunto extremamente sério e o reitor estava me ameaçando. O Conselho Universitário se reuniu. E como transplante é uma coisa que dá muito ibope, dá notoriedade, dá imprensa, dá televisão, dá prestígio, dá dinheiro, dá tudo isso, frente à denúncia, o Conselho Universitário da Universidade de Taubaté se reuniu e resolveu na mesma reunião, dar um voto de louvor para os médicos que estavam fazendo o programa que eu estava tentando denunciar. Ao mesmo tempo, resolveu abrir um processo contra mim porque eu não acatei a ordem do reitor de ficar calado. Começa a história aí. Constituí um advogado, já que eu estava sendo processado. Como era um assunto médico, eu pedi uma assessoria ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo: “Como é que eu faço, como é que eu tenho que proceder?” Vejam uma questão de época. Na ocasião, não existia uma legislação de transplante no País. O Código de Ética Médica proibia aceleração de morte em pacientes em morte cerebral. Tinha um artigo específico sobre isso. Eu procurei, como eu não me milito com transplante, eu procurei me inteirar e me interessei muito pelo assunto morte. Estudei morte. Fui a São Paulo, na BIREME, levantei literatura, estudei morte nas diversas

*legislações, nas religiões. Eu me inteirei bastante sobre o assunto. Cada vez que eu me inteirava, eu ficava mais assustado com o que estava acontecendo em Taubaté. E fiz um pedido de assessoria para o Conselho Regional de Medicina. O Conselho me pediu uma documentação do caso. Quando eu fui pegar a documentação que eu mandei para o Conselho, eu percebi que os doentes que estavam doando órgãos não estavam em morte cerebral. Eles tinham fluxos preservados. Chamei o advogado, e o advogado disse: "Faça uma denúncia para a Polícia". Eu disse: "Não, não vou fazer denúncia para a Polícia. Já que eu estou sendo processado, vou esperar o processo da universidade e, no processo, eu apresento o problema e deixo que a própria universidade denuncie os médicos na..." Me perdi aqui. Não sei se aqui tem médico, mas esta é uma das arteriografias de um dos pacientes que está no processo. Esta é uma peça processual. Essa arteriografia está tão completa. Aqui é só uma foto, mas no exame todo ela tem até fluxo venoso. Tem a fase arterial, a fase capilar e a fase venosa. Se houver interesse, está aqui, porque isso está no processo, a arteriografia de um dos pacientes. O CRM me pediu a documentação. Mandei. Foi quando tomei conhecimento dessas radiografias. Aí, o CRM, ao receber a documentação... Eu citei na minha argumentação para o CRM o nome de 3 médicos que faziam isso e eram os médicos subordinados a mim na faculdade. Quando o CRM abriu um processo, abriu um processo contra 11 médicos. Gente que eu nem sabia que estava envolvido. E uma coisa curiosa: o Conselho Regional de Medicina foi para a televisão anunciar que tinha aberto o processo. Tornou público um assunto que nem eu sabia da magnitude dele. E assim começou essa história. Criou-se muita celeuma. Esse caso de Taubaté passou a ter uma conotação mais relevante porque a partir do episódio de Taubaté, o Código de Ética Médica foi reformado e se introduziu no Código de Ética Médica o conceito de morte cerebral e os princípios de retirada de órgãos. E também foi a partir dessa ocasião que se fez a primeira lei de transplantes reconhecendo a morte cerebral como um estado em que você pode tirar órgãos para transplante. Então, o caso tem essa importância, apesar de ser caso antigo, porque ele serviu de motivação para a legalização dos transplantes no Brasil, que eram feitos de uma maneira absolutamente à margem da legislação vigente e à margem dos códigos de ética, do Código de Ética Médica vigente no País. Quando a universidade me processou, eu entrei com recurso judicial. Ele foi para São Paulo e nesse período o reitor resolveu que ia me processar porque ele teve*

*informação de que o Tribunal de São Paulo ia dar ganho de causa para ele e resolveu instruir o processo. E eu me neguei a depor, porque, se o processo estava tramitando em grau de recurso em São Paulo, eu não tinha que estar depondo. E assim mesmo ele concluiu o processo à revelia e a carta que eu recebi, de demissão da universidade, é que eu fui demitido a bem da moral da Universidade de Taubaté. O que eu fiz foi pedir uma assessoria por causa disso. O Conselho Regional de Medicina terminou o processo, foi um processo muito rumoroso, punindo 4 médicos com censura pública. Só que o Conselho puniu, mas foi para a imprensa dizer que os médicos eram inocentes. O Conselho tornou oficial na imprensa uma inverdade. Ele disse que os médicos eram inocentes, disse que tinha sido constatada a morte cerebral, botou na televisão. A pessoa que foi para a televisão dar a notícia chama-se Irene Abramovich. Ela foi a relatora do processo do CRM que pediu a punição dos médicos. Ela foi para a televisão dizer que os médicos eram inocentes. Posteriormente, o CRM me processou, porque eu fiz a denúncia e me deu a mesma punição que deu para os médicos, que foi uma censura pública. Eu recorri e isso foi... Então, eu fui punido pelo CRM, porque eu fiz a denúncia. Processo 2.338 que eu fui punido por infração ao art. 19. O art. 19 do código de ética diz que "o médico deve ter para com seus colegas respeito, consideração e solidariedade sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos da Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, o Conselho Regional de Medicina." Eu fui punido pelo art. 19 que diz que eu tenho que denunciar as coisas para o Conselho. Eu fui punido por ter denunciado. Veja o seguinte: eu nunca fiz uma denúncia no sentido de criar uma querela, de estar apontando nomes, de estar pedindo punição para alguém. Eu nunca formalizei um pedido de denúncia contra ninguém. Eu fiz um pedido de assessoria ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Fiz um pedido de assessoria. O que eu faço nesses casos? Como é que eu tenho que proceder para eu me resguardar de responsabilidades? Eu sou o chefe e está acontecendo esse programa. O que eu faço? Então, na hora em que eu notifiquei a ocorrência, isso vira uma denúncia, quer dizer, denúncia no sentido de dar conhecimento de alguma coisa que está acontecendo, mas não denúncia no sentido de criar uma querela. Então, foi isso o que aconteceu. O CRM — eu tive problema foi com os médicos — publicou que o processo não tinha comprovado a denúncia e, logo depois, um jornalista*

*descobriu que existia uma punição e publicou a punição. Por conta dessa punição... embaralhei aqui, me desculpe... por conta dessa divulgação... O Presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, Dr. Heitor d'Aragona Buzzoni, no dia 29 de novembro de 1998, publicou uma nota na Folha de S.Paulo e nas publicações oficiais do CRM sob o título "Foi constada a morte encefálica" mesmo com essas arteriografias." A peritagem que foi feita no conselho foi feita pelo Dr. Manreza, que é o chefe, foi quem implantou o critério, o protocolo de morte cerebral no Hospital de Clínicas de São Paulo. E a peritagem foi feita por ele, que constatou o óbvio, que os pacientes tinham fluxo. Ainda assim, mesmo tendo essas chapas no processo, ainda tendo essa peritagem, o Presidente do Conselho tornou oficial uma nota que diz que foi constada morte encefálica. O jornalista procurou o Presidente do Conselho para uma entrevista. Eu vou ler o que está escrito, publicado na Folha de S.Paulo, no dia 30/11/1988. "O Presidente do CREMESP, Heitor D'Aragona Buzzoni, afirmou que o documento — esse em que foi constada a morte encefálica — foi emitido em função de pressões que a entidade — o CRM — sofreu de lobbies poderosos que são a favor da política de transplante no País. A respeito de quem encabeçaria o lobby de transplantes, Buzzoni disse que era coisa do Emil Sabbaga, nefrologista chefe do serviço de transplante renal do Hospital de Clínicas e do Hospital Oswaldo Cruz, uma pessoa poderosa e com muitas influências. Segundo ele, o melhor seria — virando para o repórter — que você publicasse somente a nota, e o caso estaria encerrado. Como sou seu amigo, posso afirmar que esse lobby tem influência junto à direção da Folha de S.Paulo. Por quê? Ora, o Dr. Adib Jatene é médico do Frias de Oliveira — que é o dono do jornal. Se você insistir muito nesse caso, poderá acabar perdendo o seu emprego. Estou dizendo isso porque sou seu amigo." Essa nota é uma entrevista do Presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Estou repetindo o que está no jornal. Levei esse problema para o Conselho, no processo em que eu fui condenado. Questionei o texto. Como é que o Presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo emite uma nota falsa sobre um processo dizendo que atendeu a uma pressão de um lobby de transplante que tem em São Paulo? A ética é um instrumento de moralidade ou é a ética é um instrumento de controle? Não sou transplantista, não mexo com isso, sou simplesmente um médico que vivi essa situação. No depoimento que ele fez — eu trouxe o depoimento — quanto às declarações do denunciado de que o depoente*

*teria declarado que o CREMESP capitulou as pressões de lobbies de transplantes declara que jamais disse isso, que essas conclusões foram o jornalista Adauto Moreira que inclusive acabou sendo demitido da Folha em função desse incidente. “Não falei que ele foi demitido.” Ele, no jornal, anunciou que “se você publicar, você vai ser demitido.” E o cara perguntou: “Como?” “Porque o Adib Jatene é o médico do Frias de Oliveira e você vai ser demitido se você publicar essa entrevista.” Ele publicou. E ele mesmo está dizendo no processo que o repórter foi demitido depois dessa publicação. É assim que funciona a ética em São Paulo. Esse caso encontra-se agora na Justiça. O juiz já se manifestou, já deu uma sentença declarando que o que os médicos fizeram foi um crime doloso e isso vai para júri popular, mas a Justiça é cheia de recursos, cheia de artifícios. E o negócio vai e volta e recorre daqui e puxa de lá, a coisa anda, anda e nós já estamos com 18 anos aguardando o julgamento. Os órgãos eram retirados em Taubaté. Quando eu comecei a mexer com isso, a documentação que a universidade oficializou era de que tinha um convênio com a Universidade de São Paulo, porque estavam sensibilizadíssimos com a fila de transplante dos pobrezinhos do HC que não têm rim. A fila é bom para fazer esse tipo de embuste, porque isso é embuste. E que eles estavam sensibilizados para fornecer órgãos para o Hospital de Clínicas de São Paulo, porque tinham feito um convênio. E eu fui atrás desses convênios, eu não achei esses convênios. Quem era o cabeça desses convênios era o Dr. Emil Sabbaga. O repórter vai atrás e aí muita coisa eu descobri foi pela imprensa, porque o repórter foi atrás quando entrevistou o Dr. Vicente Amato, que era o Diretor do Hospital de Clínicas de São Paulo, que declarou na Folha: “O Hospital de Clínicas de São Paulo é o maior pronto-socorro da América do Sul. Eu não preciso de rim de Taubaté.” Então, Dr. Emil Sabbaga, para onde vão os rins? Aí se descobriu que os rins iam para a clínica privada dele, no Hospital Oswaldo Cruz. Ele deu uma entrevista no boletim do Hospital de Clínicas de São Paulo, dizendo que a clínica particular do Sírio-Libanês, do Hospital Oswaldo Cruz não tinham acesso ao doente do SUS e do Hospital de Clínicas. Então, eles precisavam criar uma rede de doação. Ele montou uma rede, ou ele cita uma rede chamada São Paulo Interior Transplantes, que coleta rins em São Paulo e até na Bahia para fornecer órgãos para clínica privada dele. O Dr. Emil Sabbaga foi Presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia, que promove transplantes e que está a frente dos transplantes. É um médico famoso, um médico conhecido, é um*



*expoente da medicina de São Paulo. Quando essa história veio à tona, a Sociedade Brasileira de Nefrologia, num artigo assinado pelo Prof. Dr. Carlos Stabile Neto, no jornal da Associação Médica Brasileira, de fevereiro de 1989, ele disse que o interesse da Sociedade Brasileira de Nefrologia se justifica por vários motivos. Primeiro, havia associados dessa sociedade envolvidos com esse escândalo, segundo porque mexe com transplante, que é um programa deles. Ele fala que ele foi em Taubaté e teve acesso a toda a documentação dos casos. Então, ele teve acesso a isso aqui. Eles viram. São médicos e são técnicos. Disse o seguinte: “Resta a nós, da Sociedade de Nefrologia, darmos nosso apoio aos colegas nefrologistas em questão e estimulá-los para que eles e outros tenham a coragem de correrem riscos dessa natureza.” Eu não sou nefrologista, sou só um médico, mas eu me senti péssimo com a Sociedade de Nefrologia convocar que os médicos brasileiros tenham a coragem de matar doentes, tirando rins de pacientes que não está em morte cerebral para fornecer órgãos para a clínica privada do Presidente da Sociedade de Nefrologia. É essa a história. É essa a minha história. É essa a história que eu contei num livro, é essa a história que eu amargo o tempo todo, porque o mundo caiu na minha cabeça porque eu simplesmente vivi essa história. E eu estou tecendo essa história com as notas que eles escrevem, com as notas que eles publicam. É isso.”*

Perícia realizada pelo CRM do Estado de São Paulo constatou que os pacientes vítimas de nefrectomia apresentavam “sinais de atividade cerebral incompatíveis com o diagnóstico de morte encefálica”, sendo que a Lei 5479/68, vigente à época exigia para o transplante a “prova incontestável da morte”.

Há notícias de que as arteriografias dos pacientes apresentavam fluxo sanguíneo no cerebral o que afasta o diagnóstico de morte encefálica. Também constam informes acerca do uso de “Halofedrina”, substância que interfere na capacidade reflexiva de responder a estímulos, de uso incompatível, pois, com o exame clínico de morte encefálica.

Há suspeitas de que a atuação de anestesistas nas cirurgias não tenha se limitado à assistência ventilatória ou a uso de medicamentos de efeito relaxante para músculos, sendo o uso de anestesia em cadáveres carente de explicação.

Não restou bem esclarecida a origem das verbas remuneratórias relativas aos honorários médicos, despesas hospitalares, bem

como o destino dos órgãos, identificação de receptores, critérios de escolha e médicos e hospitais responsáveis, havendo suspeitas de que destinavam-se a pacientes particulares do Dr. Emil Sabaga, vinculado ao Hospital Oswaldo Cruz, de São Paulo, SP.

O *modus operandi* do esquema foi bem explicado a esta CPI pelo Dr. Marcelo Negrini, Promotor de Justiça encarregado do caso, que declarou:

**“O SR. MARCELO NEGRINI – (...) Mas desses quatro médicos, um era urologista, um nefrologista e dois neurologistas. Só que esses dois neurologistas também eram médicos legistas: um é o Dr. Antônio Aurélio e o outro é o Dr. Mariano Fiore. Então, o procedimento, na verdade, funcionava da seguinte forma: um paciente com uma lesão cerebral grave dava entrada no hospital; imediatamente, um desses dois médicos era acionado, “era constatada” — entre aspas “era constatada” — essa morte encefálica, eram acionados os outros dois médicos, o uro e o nefro, esses rins eram retirados, a pessoa falecia, e o mesmo neurocirurgião era o médico legista. Então, era ele que ia fazer o laudo necroscópico. Nesse caminho, se a gente analisar, não havia ninguém para questionar nada. Não tinha outro médico legista, não tinha outro neurocirurgião, não tinha outra pessoa para fazer a necropsia, ou seja, era tudo realizado por eles. Por isso que foi possível, até que isso fosse apurado, foi possível que isso fosse feito por eles num processo com relação a quatro casos, sem que ninguém visse nada. Então, era esse o procedimento envolvendo os quatro. Isso ficou muito claro. Tanto é que, não sou dono da verdade, o Dr. Kalume não é dono da verdade, mas esse processo passou pelas minhas mãos, teve a análise de um juiz, que teve o mesmo entendimento; esse processo foi encaminhado, antes de ir ao Tribunal de Justiça, à Procuradoria de Justiça, um procurador de Justiça deu um parecer no mesmo sentido da decisão, no mesmo sentido da denúncia. Aliás, acho que até passei uma cópia ao senhor. Se o senhor quiser, nós temos em mãos isso. Nesse parecer, o procurador foi categórico e se mostrou absurdado com o que ele presenciou nesse processo. E esse processo foi mais uma vez analisado por três desembargadores, sendo que dois desembargadores concluíram da mesma forma. Então, não é opinião de uma pessoa. Várias pessoas analisaram esse processo e todas essas pessoas alheias a tudo — que não estiveram, na época, envolvidas, que não são parentes nem amigos de ninguém. E essas pessoas todas tiveram a mesma conclusão. Então, seria uma força negativa muito grande**

que estaria pairando sobre os acusados se todas essas pessoas estivessem erradas, estivessem equivocadas.

**O SR. PRESIDENTE** (Deputado Neucimar Fraga) - No caso dos médicos que foram denunciados pela retirada ilegal, V.Sa. também investigou para onde foram os órgãos, para que tirar, quem os autorizou a retirar órgão do hospital?

**O SR. MARCELO NEGRINI** - Não havia, como bem diz o Dr. Kalume, não havia conhecimento do hospital a respeito disso. Então, o que eles faziam? A vítima dava entrada com uma lesão cerebral séria. Eles mantinham contato com os familiares, apresentavam uma autorização. Inclusive, a esposa de uma das vítimas foi enganada, porque deram autorização para ela — e ela disse isso no processo —, deram autorização para ela assinar como se fosse para ela autorizar a doação de córneas. E a pessoa, naquele momento, disseram que o parente havia falecido, completamente transtornada, não chegou nem a ler: pegou e assinou. Depois que ela assinou, depois que constatou que realmente o parente havia falecido, que ela foi ver que tinham retirado o rim. Nós temos notícias nos autos, o Dr. Kalume também tem conhecimento disso, de que chegou a ser contratada uma parapsicóloga, para que essa parapsicóloga mantivesse contato com as vítimas — perdão, com os parentes das vítimas —, e dissesse: “Olha, eu, como parapsicóloga, mantive contato extra-sensorial, extra, enfim, o que seja, com o seu parente e ele pediu que me dirigisse a você e falasse para você doar o rim”. Isso consta do livro do Dr. Kalume, salvo engano, e consta do processo. Essa era a manobra utilizada. Obviamente, depois de 11 anos, quando tivemos esse inquérito em mãos, grande parte da investigação já havia sido prejudicada. E como bem disse o Deputado, condutas irregulares e ilícitas não são documentadas. O que nós temos conhecimento é que esses órgãos eram encaminhados para São Paulo. Mas o destino final disso nunca foi apurado. E como a legislação da época era muito fraca, mesmo que naquela época se apurasse, não ia dar para fazer nada em termos de prazo prescricional. Então, acabamos nos restringindo ao fato mais grave e mais sério que seriam os homicídios. Essa comprovação foi para Oswaldo Cruz, para o Sírio, nós não conseguimos levantar isso.”

Há informes de que além da documentação médica caracterizar o quadro de pacientes vivos sendo submetidos a nefrectomia bilateral (retirada de ambos os rins), a qual se tornava efetivamente a causa da

morte, houve por ocasião das cirurgias constatação direta de que os pacientes estavam vivos (ex. respiração mesmo após o desligamento dos aparelhos), o que foi ignorado por Pedro Henrique Masjuan Torrecillas e Rui Noronha Sacramento, os quais teriam, inclusive efetuado manobras médicas com o fim de causar o óbito (corte de artérias, causando sangramentos).

Os fatos ocorreram em 1986, estando o processo aguardando julgamento no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em face de recurso de Embargos Infringentes por parte da defesa, em virtude de dois desembargadores terem mantido a decisão de pronúncia (que encaminha os médicos a Júri Popular), mas um terceiro ter entendido tratar-se de homicídio culposo, em que não se teria assumido o risco de produzir o resultado morte, mas tão somente agido com imprudência, negligência ou imperícia, o que resultaria na desclassificação do crime e no necessário reconhecimento da prescrição (perda do direito de punir do estado em face do decurso do tempo).

No decorrer desta CPI, houve entrevista levada ao ar pela TV Bandeirantes com novos depoimentos sobre este caso, que ainda não tinham sido feitos ao judiciário. Nossa Comissão ouviu Rita Maria Pereira, técnica de enfermagem, que estava presente em ato cirúrgico que consta da denúncia, e Belmira Ângela Bittencourt, que, à época dos fatos era a enfermeira –chefe do Centro Cirúrgico.

Rita narrou a esta CPI de maneira categórica fatos estarrecedores. Contou que estava de plantão no Hospital com outra técnica de enfermagem na noite dos fatos e recebeu por telefone o aviso de que era necessário preparar a sala de cirurgia para um paciente que sofrera traumatismo craniano, José Farias Carneiro. O paciente chegou à sala e se debatia muito, obviamente vivo. A depoente declarou surpreender-se porque ao invés de chegar um neurocirurgião na sala chegaram nefrologistas, os Drs. Pedro Henrique e Sacramento. Chegou também a médica anestesista, Dra. Lenita Bassi. As técnicas se espantaram quando uma briga com muitos gritos ocorreu na sala onde os médicos se preparavam para a cirurgia. A discussão ocorria porque a médica se recusava a anestésiar o paciente, que ainda se debatia e era seguro na mesa pelas técnicas. Rita ouviu a anestesista dizer “vou só fazer um cheirinho de anestesia porque me recuso a participar disso”. Assim fez a anestesista, ministrando ao paciente anestesia inalada, fraca. Os médicos disseram às auxiliares que seria uma nefrectomia. Elas começaram a mudar o paciente de posição (pois a nefrectomia exige o paciente em posição lateral na mesa), mas foram impedidas pelos médicos que disseram que iam retirar os rins com o

paciente em decúbito dorsal. Cortaram o abdômem, lesando intestinos, e retiraram os dois rins, colocando-os em caixas apropriadas. O tempo todo o paciente gemia de dor, sentiu toda a cirurgia e ao final estava quase consciente, tentando se sentar na mesa. Os nefrologistas já iam saindo e deixaram o Dr. Fernando (residente) para suturar o paciente. Este gritou quando iam saindo: “**O que eu faço? Ele não para!**”, enquanto junto com a depoente segurava o paciente na mesa. O Dr. Pedro Henrique Torrecilas voltou, pegou o bisturi e disse: “**É tão simples!**” e afundou o bisturi na região do coração, o que fez o paciente finalmente morrer. O corpo teria que ser encaminhado a algum lugar, mas ninguém mostrara documento algum, nem ficha do paciente. A ordem dada foi que o corpo fosse deixado na UTI, o que era uma ordem absurda, porque cadáveres vão para necrotérios, não para UTIs. A UTI se recusou a receber o corpo, obviamente.

Vale a pena citarmos as declarações da depoente:

*“(...)Enquanto isso, o Dr. Fernando, que era o residente, foi suturando. Terminou a sutura, o paciente estava praticamente sentando na mesa, porque ele levantava mesmo, porque fica assim, né, na tala, com duas talas presas no braço e ele queria levantar da mesa mesmo. Morto não faz isso, certo?”*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Neucimar Fraga) - Depois da cirurgia?

A SRA. RITA MARIA PEREIRA - Não, estava a cirurgia, ele terminou a sutura, mas o paciente ele levantava mesmo de tanta força que ele fazia. Eu de um lado, a Gorete, ele levantando. Mas só que a Gorete saiu para pegar a caixa que o Dr. Pedro Henrique havia mandado ela buscar, né? Enquanto ela foi, ele ficou ali, parado em frente à sala, muito nervoso, e eu segurando o paciente sozinha ali, né, aí a Gorete vindo correndo, porque o corredor é muito grande no centro cirúrgico lá. Ele terminou a sutura e o Dr. Fernando falou para ele: “Aí, olha, ele não pára”. Aí, Deus, o Dr. Pedro Henrique pegou e falou assim: “É tão simples”. Pegou assim e fez um corte assim, furou o paciente estava assim... parou, aí ele falou assim e... a outra amiga foi e fez o relatório mais ou menos, mas ela não viu, né. Eu falei: nossa, mas o paciente está parando, foi caindo a pressão, foi caindo tudo, né, rapidinho, parou. Ele falou assim: “Está morto, vai, rapidinho, manda para UTI que eles arrumam o corpo lá, rapidinho, rapidinho, anda, anda, vai, rapidinho, rapidinho,

*rapidinho”. Ele é muito grosso, sabe? Aí eu falei: “Gorete, olha ele fez isso, Gorete”, e falava para ela. Ele colocou só um... mandou fazer um curativo aqui. A Gorete, ela não acreditou, né? eu falei: “Olha lá, Gorete, fez, eu vi”, né? Ela ainda falou: “Fica quieta, porque dá medo, ele pode matar você”. “É verdade, né?” Daí o que a gente fez? Tiramos o paciente da mesa, colocamos o prontuário embaixo do colchão da maca, levamos para UTI e a UTI não queria aceitar, porque a UTI vai aceitar defunto? Não queria aceitar, avisamos a supervisora. Aí eu sei que tivemos que colocar para fora e depois disso eu nunca mais comentei isso com ninguém, senti muito medo e ainda sinto. “*

A depoente não soube o que houve depois, porque chegou ao fim de seu turno. A depoente ouviu de outras colegas, que trabalhavam de madrugada, relatos semelhantes. Instalou-se um clima de medo no Hospital. As técnicas e auxiliares de enfermagem se limitavam a comunicar as denúncias e problemas a Belmira, a Enfermeira –Chefe.

Em seu depoimento a esta CPI Belmira declarou que havia tomado conhecimento, à época, das irregularidades que cometiam os acusados. Sabia que essas cirurgias “atípicas” só ocorriam nas madrugadas ou fins de semana, o que, por si só, já era estranho. Esteve presente a uma dessas cirurgias, a do paciente Helder. Ao saber de diversos relatos de nefrectomias “não rotineiras”, quase sempre com a entrega do cadáver sem destinação – a UTI não os recebia, porque não eram de lá antes de morrerem – indagou do Dr. Rui Sacramento porque nesses casos o paciente sempre morria no corredor, lá largado após as cirurgias, uma vez que rotineiramente havia nefrectomias e os pacientes continuavam vivos, com encaminhamento à hemodiálise. Explicou que as enfermeiras estavam alarmadas, porque os pacientes eram largados se debatendo, no corredor, até morrerem. O Dr. Rui respondeu que nas nefrectomias “normais” a artéria renal era suturada e nessas “atípicas ela era deixada aberta, o que levava paciente à morte por sangramento interno. Na época, ela acreditava que podia se tratar de alguma técnica cirúrgica diferente, não questionava os médicos. Contou Belmira que no caso de Helder, ocorrido em novembro de 1986, que chegara vítima de suicídio, para fazer a nefrectomia, o anestesista consta na ficha como Dr. Gil, que era o plantonista naquele horário, mas a anestesia foi feita realmente pelo Dr. Claudio Tiohama. Neste ponto a depoente fez declaração muito contundente, que vale a pena ser aqui reproduzida:

**“O SR. DEPUTADO DIMAS RAMALHO** - Então, havia quase que uma convivência em relação a isso? Um pacto de silêncio seria? Com medo?

**A SRA. BELMIRA ÂNGELA BITTENCOURT** - É, mas tem, no centro cirúrgico corre esse medo. **Inclusive quando tem caso sério lá nós até somos obrigados a transcrever o prontuário, passar a limpo o prontuário. Tirar, então, dependendo daquilo que você anota, você é obrigado a refazer o prontuário.** Não foi nesses casos, que esses casos eu olhei, eu vi que estava até incompleto. (...) Cheguei à conclusão de que a enfermagem é difícil, porque é uma área que você luta e se você quiser mudar alguma coisa sozinha não consegue. Eu, como enfermeira, e com essa qualidade que tenho de falar o que penso, falar o que vejo, tenho muita dificuldade de arranjar emprego. **Creio também que seja por que digo a verdade.”**

Ambas as depoentes declararam que não fizeram essas denúncias à época por medo de represálias e de perderem o emprego.

Ouvidos pela CPI os médicos negaram os fatos que lhes são imputados, limitando-se a levantar suspeitas sobre o Dr. Kalume.

Todo este caso já está sendo julgado, conforme retro exposto. Por isso, esta CPI não tem recomendações a propor a não ser recomendar que o julgamento da ação penal seja mais rápido, uma vez que a controvérsia se arrasta há quase duas décadas. Somente determina o envio de cópia do presente relatório para a Prefeitura Municipal de Guarulhos, SP, onde ainda é funcionário público o Dr. Aurélio, para informação da autoridade competente sobre seu procedimento pregresso.

### **5.5) Caso Franco da Rocha**

Em dezembro de 2000, JOSÉ VIEIRA FILHO iniciou denúncia de venda de cadáveres e partes de cadáveres sem autorização legal, levada a cabo no Instituto Médico Legal de Franco da Rocha. O médico Antonio Aurélio Carvalho Monteiro, o mesmo já acusado no caso de Taubaté, agora trabalhando como médico legista do Município de Franco da Rocha, era o responsável por esse comércio macabro.

Por R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) Nivaldo Pereira comprava e encaminhava a Faculdades e Instituições as partes de cadáveres e

cadáveres inteiros vendidos por Antônio Aurélio. Seguem alguns exemplos desse comércio hediondo:

- 1) Retirada do coração, pulmão, fígado, rins e intestinos de uma vítima de afogamento no Município de Mairiporã, para preencher o espaço vazio foi colocado uma grande quantidade de serragem
- 2) Cadáveres dessossados
- 3) Retirada do feto do cadáver de Elisângela Perpétua Pereira, o feto permaneceu imerso em solução de formol, no interior da geladeira até que fosse retirado pelo comprador.
- 4) Funcionários relatam em depoimento que o Dr. Antonio Aurélio falou que havia feito um convênio com faculdades e que seriam retirados alguns órgãos de cadáveres.
- 5) O delegado responsável pela apuração do caso recebeu um telefonema anônimo que informou que no IML de Franco da Rocha, o Dr. Antonio Aurélio e funcionários do cemitério de Franco da Rocha estavam sumindo com documentos e também tentando criar alguns para regularizar sepultamentos ilegais que haviam sido feitos.
- 6) Diversas “**Doações**” de cadáveres de vítimas de homicídio e a causa da morte apontada como traumatismo crânio encefálico.
- 7) Um dos cadáveres foi encaminhado para Faculdade de Minas Gerais, mesmo com determinação contrária do Juiz de Direito Titular da 2ª Vara da Comarca de Mairiporã.
- 8) Foram realizadas diversas exumações de cadáveres mencionados nos relatos, a empreita foi coroada de êxito, confirmando a retirada de todos os órgãos, tendo as cavidades preenchidas com serragem de madeira.
- 9) Ficou constatado que alguns órgãos retirados de cadáveres eram colocados em baldes com formol e encaminhadas a Nivaldo.
- 10) O Sr. JOSÉ CAMARGO ORTIZ FILHO confirmou todas as denúncias, principalmente a alegação de pagamento da quantia de R\$ 15.000,00 pelo cadáver enviado para a FAFI - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Itajubá -MG.
- 11) Em uma reunião, em sua casa, com os funcionários do IML, **o Médico Antonio Aurélio** tentou orienta-los a respeito da postura perante a



apuração realizada pela Delegacia, pressionando os funcionários para continuarem com a prática de retirada de órgãos de cadáveres.

- 12) Em todos os casos ficaram comprovadas as retiradas de órgãos
- 13) Os resultados das diligências foram extremamente surpreendentes e até mesmo assustadoras, pois **no laboratório de anatomia da FAE - Faculdades de Ensino de São João da Boa Vista**, a polícia encontrou somente os membros superiores e inferiores do cadáver de João Virgílio Alves, imersos em um tanque com formol e totalmente dissecados em relação à pele que os revestia, conforme declarou o Delegado nesta CPI.
- 14) Foram apreendidos diversos órgãos “avulsos” como: CÉREBRO, TRONCO, ESTOMAGO, PULMÕES, RIM, BEXIGA, CORAÇÕES, FÍGADOS E OUTROS.

Depois nesta CPI o Delegado Marco Antonio Dario, responsável –pelas investigações deste episódio. Vale a pena reproduzirmos sua narrativa acerca destes casos.

**“O SR. MARCO ANTÔNIO DARIO** - À época, eu trabalhava na Delegacia Seccional de Franco da Rocha e exercia a função de delegado assistente e acumulava a função de corregedor. Chegou ao meu conhecimento, através do depoimento de duas pessoas que trabalhavam no IML em verificação de óbito da Prefeitura, a notícia de que estavam sendo comercializados cadáveres e órgãos humanos, e que esse procedimento se dava com uma aparência de legalidade, uma vez que promoviam alguns processos de doação. Eu tomei a declaração dessas pessoas e iniciei a investigação. De início, me chegaram notícias de 4 casos bem graves. O primeiro se referia à subtração de órgãos de um rapaz, que chamava-se Sérgio, que havia sido vítima de afogamento na represa que existe na cidade de Mairiporã. Desse cadáver, a notícia era no sentido de que haviam sido retirados todos os órgãos, a cavidade abdominal e torácica. Nesse mesmo momento tive notícia do desossamento de um cadáver — perdão, na verdade eram dois cadáveres que haviam sido desossados. Esse desossamento era porque eles tencionavam aproveitar os ossos. E, em face do adiantado estado de putrefação dos tecidos, já não se prestava mais à conservação e à utilização do cadáver como um todo. Então desossaram esses cadáveres. E um quarto caso,

que seria a subtração de um feto de uma moça que faleceu na condição de gestante e trazia em seu ventre um bebezinho de 7 meses. Com essa notícia, instaurei inquérito policial e uma sindicância administrativa, porque a denúncia pesava contra o médico-legista, chefe do posto do IML à época, que era Antonio Aurélio Carvalho Monteiro. Ouvei outros funcionários e confirmei essas denúncias iniciais e também sobre outros fatos. E comecei a trabalhar em cima da prova técnica, ou seja, comecei exumar os cadáveres, a fim de comprovar se efetivamente haviam sido subtraídos os órgãos. Por um acaso do destino, quando subtraíam os órgãos, eles preenchiam a cavidade abdominal com uma serragem que era da Companhia Melhoramentos de Caieiras. Essa serragem tinha uma espécie, essa madeira tem uma capacidade de conservar o cadáver. E, por incrível que pareça, todos os cadáveres que exumei — foram vários — estavam totalmente conservados. Eu recebi o cadáver dessa moça que faleceu na condição de gestante, verifiquei um fenômeno até um pouco raro, que é o da saponificação. Como ela morreu na condição de gestante e estava grávida, há um acúmulo de gordura e transforma-se como se fosse um sabão, com um cheiro rançoso característico. Esse fenômeno instalado permitiu que o médico-legista verificasse, que, além do bebê, havia sido retirado o útero, o cordão umbilical com o sangue do próprio do bebê, o coração, o pulmão, o cérebro, todos os órgãos. Inclusive o fato que comprovou a subtração foi justamente encontrar dentro do cadáver o intestino. Porque é sabido que o primeiro órgão humano a se decompor é justamente o intestino. Estando ele presente e os demais ausentes, é prova evidente de que havia sido subtraído, não havia putrefato, porque estava exumando esse cadáver 4 meses após a morte. Então eu queria fazer prova neste sentido: aquilo não apodreceu, aquilo foi efetivamente subtraído. Esse foi o início. Na seqüência exumei outro. Tive a notícia de que, quando desossaram os cadáveres, eles pegaram os tecidos que já estavam em fase de putrefação e sepultaram, abriram um buraco num cemitério lá de uma forma irregular e inumaram aquilo no cemitério. Eu convoquei os coveiros do cemitério, a administração e começamos a cavar o cemitério, achei 3 ou 4 sacos e encontramos todos os tecidos, onde também novamente um outro fenômeno interessante acabou acontecendo. Eles colocaram os tecidos, resultantes da desossa do cadáver, dentro de um saco de lixo e

amarraram, fecharam quase que hermeticamente esse saco. E depois colocaram dentro de um saco do IML e enterraram. Isso criou como se fosse uma embalagem a vácuo, e conservou. Com isso, quando eu desenterrei, eu consegui ver pedaços de pele onde inclusive dava para se visualizar perfeitamente uma grande tatuagem que esse cadáver possuía nas costas. É uma tatuagem conhecida como a face da morte, uma imagem que... A partir daí, deu para identificar que esse cadáver teria sido desossado. Esse mesmo cadáver que teria sido desossado também. É importante falar isso, de tão grotesco, do absurdo que é isso tudo. Esse cadáver foi desossado, mas nesse meio tempo, porque, na verdade, esse médico-legista agia em colaboração com outro indivíduo chamado Nivaldo Pereira, que identificava-se como sendo o responsável por um laboratório chamado Restrito, salvo engano. E, na verdade, vim descobrir depois que ele era um ex-agente de necrotério do Hospital Sorocabano, não tinha absolutamente nada a ver com o Restrito. Me parece que o que ele fazia mesmo era vender órgãos mesmo. Essa informação, eu obtive porque ele entregou um cartão onde tinha número de telefone e endereço. E eu vim a constatar que era o endereço do Hospital Sorocabano. Aí nós fomos até lá e descobrimos que ele era, em verdade, um ex-funcionário desse Hospital Sorocabano. Esse segundo cadáver, como esse Nivaldo Pereira ainda não havia comparecido para retirar os ossos, nesse meio tempo compareceu uma senhora no IML de Franco da Rocha buscando de informações de um filho que havia desaparecido. O filho chamava-se Samuel. E eu creio que, não sei por engano, acabaram apresentando fotos dos cadáveres que haviam sido recolhidos ao IML. E ela identificou o cadáver do filho, justamente em função da tatuagem, que era justamente o cadáver que foi desossado. Com isso eles acabaram entregando tão-somente os ossos, desde que os tecidos já haviam sido sepultados. E a mãe acabou sepultando o cadáver em outro local, em Mairiporã. Eu acabei também exumando esses ossos para poder confirmar, mandei fazer perícia para identificar se efetivamente aquela ossada correspondia àquele tecido para demonstrar que, evidentemente, havia sido feita a desossa. Também foi comprovado esse fato. Realmente foi feita a desossa. A mesma coisa aconteceu com o segundo cadáver também da desossa, também exumei, também comprovei a mesma situação. Diante dessa notícia

começaram a surgir notícias de outros cadáveres que haviam, os quais haviam sido subtraídos. Nesse meio tempo me chegou na delegacia uma ligação anônima, onde uma pessoa dizia o seguinte: “Olha, o médico está sumindo com os documentos aqui do hospital, do IML e está tentando criar alguns para justificar certas inumações”. Eu fui para lá. Quando eu fui, eu encontrei, dentro do portamalas do carro dele, documentos de processo de doação de cadáveres. Como é sabido, existem legislações que regem a matéria e uma delas é a lei que cuida dessa doação de cadáveres. O cadáver que pode ser doado é só o cadáver que não tenha morte violenta, evidente. Ele promovia doação de cadáveres de morte violenta, vítimas de homicídio. Então, eu comecei a apurar isso e comecei a comunicar os juízes. Descobri que havia 2 cadáveres em Itajubá cujas mortes teriam sido violentas, isso em Minas Gerais. Comuniquei ao Fórum de Itajubá e comuniquei ao delegado de Itajubá. Eles promoveram a apreensão do cadáver e eu fui até Itajubá e recambiei, trouxe de volta o cadáver para Franco da Rocha. As investigações continuaram, acabei descobrindo cadáveres em São João da Boa Vista, interior de São Paulo, descobri cadáveres em Americana, órgãos — São João da Boa Vista, Americana, Itajubá e falta uma cidade ainda, que me falha a memória agora. E comecei a trazer todos de volta, todos esses cadáveres. E, para minha surpresa, nas faculdades, como documentação hábil para comprovar, vamos dizer, a posse lícita daqueles órgãos ou do cadáver, havia um ofício assinado pelo médico-legista, o que também foi apreendido aos autos, foi tudo comprovado. Exumei mais vários cadáveres e comprovei todas as subtrações. E mais um detalhe também importante o qual eu gostaria de passar à Comissão é o seguinte: esse médico-legista, talvez objetivando ter mais material, não sei, ele não mandava as individuais datiloscópicas dos cadáveres desconhecidos para legitimação junto ao IRGD, ao Instituto de Identificação. Com essa conduta, evidentemente, ninguém reclamaria o cadáver. Se eu não sei que meu parente está morto naquele IML, eu não vou reclamar o cadáver. E, conseqüentemente, ele tinha mais material. Quando esse problema eclodiu, que eu tomei conhecimento, no IML encontramos 53 fichas datiloscópicas de cadáveres que estavam ainda como desconhecidos e, no entanto, permaneciam nessa condição porque não havia sido remetida a individual para legitimação. Providenciamos

*essa remessa, mesmo depois de quase ano desse tipo de prática, conseguimos identificar 21 pessoas que figuravam ainda como desconhecidas, haviam sido sepultadas como indigentes e, na verdade, poderiam e foram identificadas. E, conseqüentemente, foram comunicados os familiares, assim por diante, foram tomadas as providências. Eu creio que, basicamente, o relato é esse. Eu visitei diversas faculdades, apreendi cadáveres e órgãos tanto em Minas Gerais, Itajubá, como no interior de São Paulo, por conta da irregularidade daquela situação. Mas eu não tive como tomar providência em relação à faculdade por uma questão técnica. Porque o crime que eles cometeram na verdade não é crime, é atípico o fato. Não poderia falar em receptação porque o corpo humano não tem valor de comércio. (...) Eu acabei ouvindo todos os diretores de faculdade, identifiquei todos diretores, identifiquei quem teve o procedimento e conclui o inquérito e remeti à Justiça. Segundo consta, houve a denúncia, mas tão-somente em relação à subtração de órgãos. (...) Também para dar a aparência de legal nessa conduta, eles pegavam notas fiscais de uma funerária do Município de Francisco Morato para poder cobrar, para poder receber as quantias pelas quais entregavam os cadáveres.”*

Ouvido pela CPI, o acusado limitou-se a dizer que realmente encaminhava cadáveres para faculdades, legalmente, e com auxílio de um assessor jurídico, ao qual tentou atribuir a ocorrência de irregularidades. Não conseguiu confrontar as provas dos autos, limitando-se a negar genericamente as acusações. A mesma versão foi sustentada nesta CPI por Nivaldo, que negou genericamente as acusações.

O médico Aurélio foi demitido a bem do serviço público de seu cargo em Franco da Rocha, porém, ainda trabalha e exerce a medicina como funcionário público em Guarulhos, SP, respondendo a dois processos penais: o relativo às ocorrências de Taubaté (item anterior) e este sobre o IML de Franco da Rocha.

Estando o caso sob julgamento do Poder Judiciário, não há o que esta CPI recomendar, exceto que haja mais agilidade na apreciação das ações penais respectivas. Este caso também gerou recomendação da CPI constante no item “Conclusões” de necessidade de legislação específica sobre necropsias.

## 5.6) Caso Atháide Patreze

Atháide Patreze conhecido apresentador de programas de rádio em São Paulo, compareceu no programa Jogo da Vida, transmitido pela TV Bandeirantes, no dia 18/04/2004.

Neste, cuja gravação foi encaminhada e analisada por esta CPI, contava como recebera a proposta de um médico do Hospital Sírio-Libanês, de São Paulo, Capital, de comprar um rim para transplante, por 100 mil dólares, preço inicial, que foi baixado para 50 mil por ser o radialista pessoa bem relacionada na sociedade paulistana.

Ao assistir o programa, Liliane Simão Cardoso, pessoa que tem seu filho regularmente inscrito na fila de transplantes, conforme determinação legal, já há cinco anos, encaminhou denúncia ao MP pelo que havia sido revelado no programa. No dizer do radialista ele ouvira do médico a seguinte afirmação: “Não seja bobo, no Brasil só pobre fica na fila, ricos não.”

O radialista depôs perante esta CPI em sua viagem a São Paulo onde relatou estar em viagem, na Bélgica, quando descobriu-se portador de insuficiência renal crônica. Narrou também que fora doador de rim a um filho na década de 80, afirmando que jamais fora receptor de rim transplantado e , que, pois, as afirmações sobre sua entrevista eram falsas.

Confrontado com a exibição da entrevista, o radialista começou a contar que, realmente, lhe fora feita a proposta, mas que nunca ocorrera o transplante, tendo ele optado desde então pela hemodiálise. Inicialmente recusou-se a nomear o médico que teria sido o autor da proposta de venda do rim, mas caiu em contradição ao narrar como vendera uma BMW de sua propriedade e como recebera um empréstimo de um amigo para completar a quantia de U\$ 100.000,00 (cem mil dólares) pedida pelo profissional.

Ao final, não resistindo às perguntas e argumentações do Relator da CPI, em depoimento reservado, revelou que tratava-se do médico Elias David Neto, do Hospital Sírio Libanês.

Ouvida a denunciante Liliane Simão Cardoso , declarou que ficou indignada com o descaramento de alguém confessar publicamente um crime, e ainda por a público a existência de um “mercado de órgãos para transplante”, facilmente a disposição das pessoas mais abastadas.

Declarou Liliane a esta CPI:

*“Não é só o tráfico de órgãos, são as pessoas que estão nas filas, precisando de todo tipo de órgãos, estão sendo prejudicadas, porque de cada 5 possíveis doadores, um só se manifesta para doar, porque tem medo de doar. Vai falar: “Vou doar, vão vender os órgãos ou coisa que o valha”. Então, milhares de pessoas estão sendo prejudicadas por causa de atitudes de irresponsáveis, ou hospitais, médicos e pessoas como o Sr. Atháide Patreze, que vai em rede de televisão, em duas redes diferentes de televisão, e fala um absurdo. Então, eu tenho um filho, que hoje está com 30 anos. Ele, há mais de 10 anos é renal crônico. Ele já fez um transplante. Eu doe o rim. Evoluiu com rejeição crônica, e ele perdeu o transplante. Está há 3 anos na fila. Faz hemodiálise 3 vezes por semana, durante 4 horas, na máquina. É um menino formado. Ele é biomédico e não pode exercer. Não tem como trabalhar, porque, se já é difícil emprego para uma pessoa sã, para uma pessoa doente ninguém dá. Mesmo porque ele tem, 3 vezes por semana, meio período, que é o tempo de chegar no hospital. Dez, quinze minutos antes de ligarem a preparação, depois tem que aguardar uns 10, 15 minutos para recuperar, porque sai mal, mesmo. Eu vou buscá-lo todas as vezes. Aliás, não é só ele. Todos os pacientes que fazem hemodiálise normalmente saem acompanhados, porque saem fracos, saem debilitados. Então, é tanta gente, tanta gente, que não é possível, deve ter uma maneira de acabar com isso e ajudar essas pessoas. Eu estou falando em nome de um paciente? Não. De todos com que eu convivo. Há 10 anos eu vivo dentro de um hospital, dentro da Beneficência Portuguesa. Graças a Deus, graças a Deus, eu tenho médicos maravilhosos ali, que dão todo o apoio, inclusive psicológico, porque a pessoa fica mesmo mal... A pessoa, um jovem, como no caso o meu filho, aos 19 anos, prestando um vestibular, querendo um futuro, de repente acaba, parece que acabou a vida: O que vai ser? E agora? Eu vou morrer. E quase morre mesmo. É muito difícil. Uma luta para se formar. Porque eu não sou uma pessoa rica. Muito pelo contrário. O meu filho se trata pelo SUS. Não tenho plano de saúde, porque não posso pagar. Então, eu acho que... Eu quero agradecer aos senhores que estão trabalhando nisso, investigando isso. Ai! Por favor, ajudem. Ajudem mesmo, porque não é só o Ricardo. É tanta gente, são milhares de pessoas, milhares de pessoas que precisam de ajuda, de muita ajuda.”*

Ouvido pela CPI, o médico Elias declarou:

*“É impossível você oferecer para qualquer pessoa um órgão, porque você não consegue. Então, não existe posição a ser ofertada, porque não existe mais posição na lista e não existe possibilidade de oferecer órgãos, porque os órgãos são selecionados de acordo com critérios. De tal forma que as afirmações dos jornalistas são falsas, porque eu jamais o procurei; dois, porque é impossível oferecer órgãos; três, porque o valor que lhe foi ofertado é um valor muito aquém daquele que ele declarou; quatro, porque ele me procurou para saber quanto custavam os honorários profissionais e hospitalares; e quinto porque ninguém neste País consegue comprar órgãos de cadáver distribuídos por Secretarias da Saúde, porque o sistema é extremamente transparente. É isso que eu queria informar a esta Comissão.”*

Neste caso, acredita a CPI que é necessária uma investigação mais profunda, uma vez que há diversas outras coisas a investigar, por exemplo, a movimentação bancária de ambos – o Sr. Patrezi e o Dr. Elias. Há também que se verificar se realmente houve apenas um encontro entre os dois, em consultório, conforme alega o médico.

Para que possam ser aprofundadas estas investigações a CPI encaminha este caso à Polícia Federal.

### **5.7) Caso da Importação de Córneas**

Segundo o SNT, a lista de espera para transplante de córneas no Brasil, em abril de 2004 era de aproximadamente 23 mil pessoas.

Nos últimos dois anos foram importadas 1.798 córneas, sendo que não há como calcular a proporção de falência de transplante para o País, vez que não há dados sobre as três UF que mais importaram: SP, RJ e GO. No DF, a falência do enxerto foi de 2%.

A ANVISA encaminhou planilhas com o número de importações de 1999 a 2004, em que constam importações para pacientes de 12 UF, num total de 1575. Em 2002 ,teriam sido importadas 530 córneas, em 2003, 463 córneas, e em 2004, 242. Observa-se divergência entre esses dados e os provenientes do SNT do MS, mencionados no parágrafo anterior.



De acordo com informações do MS (junho de 2004), pacientes de 8 UF importaram córneas provenientes de 11 instituições dos EUA, das quais duas fornecem as córneas gratuitamente (o paciente paga por custos com transporte, receita federal e conservação); sobre duas instituições não foram apresentadas informação sobre custo; e para sete instituições é citado valor em dólar, sugestivo de que se está pagando para a obtenção da córnea, o que é crime, tipificado no Art. 15 da Lei nº 9.434/97.

O custo total para o paciente variou entre duzentos a mil dólares.

A análise da lista de pacientes que importaram córneas (anexada a esse relatório), não permite a identificação do local específico de procedência da córnea, pois trazem indicações genéricas com EUA ou USA, entretanto em alguns casos foi possível identificar que as córneas foram provenientes de locais não identificados como gratuitos na planilha encaminhada pelo Ministério da Saúde.

Os casos associados ao Tissue Bank International (Maryland – USA), em que se indicou um valor unitário de U\$ 1.015,00, e marcados na lista com a sigla “TBI”, foram 11 no total, 9 em SP (todos relacionados a um único médico) e 2 no DF (relacionados a dois médicos diferentes).

Dados dessa organização disponibilizados no seu site na Internet <http://www.tbionline.org/> indicam que se trata de organização sem fins de lucro, entretanto é necessário que se verifique a razão do elevado valor atribuído pelo SNT às córneas provenientes desse local.

Esta CPI encaminha ao Ministério Público a lista constante no anexo VI, sigiloso, contendo os nomes de pacientes que importaram córneas, recomendando o INDICIAMENTO de pacientes, médicos e funcionários do Ministério da Saúde que autorizaram a importação com compra e venda das córneas, que é CRIME conforme o Art. 15 da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Também é preciso apurar a regularidade dos atos dos Ministros que possibilitaram tal prática.

Esclarece-se que se deixa de fazer o indiciamento neste Relatório porque é necessário distinguir no rol fornecido pelo Ministério da Saúde quem realmente comprou a córnea e quem somente ressarcio despesas com transporte e eventuais impostos. Como essa distinção demandará longa

investigação, inclusive internacional, encaminhamos o caso ao Ministério Público Federal.

Note-se que deixamos de publicizar os nomes dos implicados, mantendo-os em anexo sigiloso porque se houve crime as pessoas foram induzidas a erro pelo próprio Ministério da Saúde.

## VI - CONCLUSÕES

Os trabalhos desta CPI permitiram que seus membros tomassem conhecimento de extensa informação a respeito do funcionamento do sistema de transplantes de órgãos no Brasil.

É relevante destacar o sucesso que o nosso País tem obtido nessa área.

Os números apresentados no item sobre transplantes no Brasil não deixam dúvida a respeito da importância do sistema de transplantes e dos benefícios que tem prestado a milhares de brasileiros.

Novamente salientamos que os dados do Sistema Nacional de Transplantes para o primeiro bimestre de 2004 indicam que o País aumentou em 44% o número de transplantes registrados em relação ao mesmo período do ano anterior.

Por isso mesmo, nos cabe a tarefa de zelar pelo seu aperfeiçoamento e vigiar para que especuladores não se aproveitem das vulnerabilidades sociais, falhas e brechas não previstas, que geralmente surgem ao longo do processo de implantação de um sistema público complexo e pioneiro no nível mundial.

Embora tenhamos em mente o zelo que é necessário ao abordar denúncias nessa área, uma vez que existem os que temem que o número de doações seja reduzido pela simples menção e investigação dos problemas, consideramos, pelo contrário, que a investigação dos poucos casos suspeitos dentre os milhares casos de sucesso, contribuirá para fortalecer nas famílias dos doadores a percepção de que o sistema de transplantes funciona com seriedade e não admite a prática de abusos como o comércio de órgãos.

Deixamos claro ao longo do relatório que o mundo vive uma situação de alta demanda por órgãos para transplantes (mesmo nos países desenvolvidos existem grandes filas de espera para transplante), e que as sociedades com menor desenvolvimento econômico estão vulneráveis às ações de indivíduos inescrupulosos que comercializam os mais diversos tipos de órgãos.

Listamos uma série de problemas na área detectados pela Organização Mundial de Saúde na área dos transplantes, dentre os quais se

destacam a falta de informações confiáveis no nível internacional, a constatação da existência de comercialização de órgãos, exemplificada pelo “turismo para transplante”, e a necessidade de revisão dos princípios internacionais para que sejam mantidas as restrições ao comércio de órgãos.

É preocupante a constatação de que alguns países estão começando a aceitar e a não punir práticas mercantilistas e que os organismos internacionais ainda não dispõem de informações suficientes e de protocolos padronizados sobre os procedimentos relacionados aos transplantes.

Em geral, apesar de existir consenso sobre o conceito de morte encefálica, ainda existem consideráveis diferenças no modo como seu diagnóstico é feito no mundo, havendo necessidade de um mínimo de padronização internacional.

Tal padronização impediria que organizações criminosas se aproveitassem de vulnerabilidades decorrentes da existência de padrões menos exigentes em determinados países.

Constatamos, com satisfação que a legislação brasileira sobre transplantes está entre as mais avançadas e rigorosas do mundo, pois, por exemplo, aqui é aplicado o conceito de morte encefálica de “todo o encéfalo”, e não apenas do “tronco encefálico”; exigimos a realização de teste confirmatório, enquanto muitos países exigem apenas o exame clínico; e há previsões de crimes relacionados especificamente aos transplantes.

Entretanto, detectamos tópicos que precisam ser aperfeiçoados, como é o caso do protocolo do teste da apnéia e uma melhor explicitação dos fatores de exclusão do diagnóstico de morte encefálica.

No caso do teste da apnéia, deixamos claro por meio de sugestão destinada ao CFM e explicitada no item sobre sugestões que é necessário aperfeiçoar e aprofundar o protocolo para a realização desse teste, fundamental para o diagnóstico da morte encefálica.

Em nossa opinião, a técnica de realização desse teste é o principal “elo fraco” de nossas normas relacionadas ao diagnóstico da morte encefálica no Brasil.

Já mencionamos que temos legislação e normas sobre transplantes das mais rigorosas do mundo, mas em relação ao teste da apnéia, infelizmente, não podemos afirmar o mesmo, pois atualmente a norma técnica não exige que todos os testes sejam acompanhados de dosagem do nível de gás

carbônico no paciente, o que é recomendado para uma maior segurança do teste.

Também nos preocupa o pouco ou nenhum destaque dado aos fatores de exclusão, que são apenas mencionados em anexo da Resolução do CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997.

Por exemplo, um desses fatores, o uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central, foi diretamente questionado por ocasião da apuração do caso Pavesi, e consideramos que realmente há lacuna na orientação técnica aos profissionais médicos.

Não há indicação conclusiva sobre a possibilidade de um paciente que tenha usado tal medicamento possa vir a participar novamente de protocolo para diagnosticar a morte encefálica.

Além disso, fatores relevantes como o choque e distúrbios metabólicos não recebem o devido destaque.

Outras falhas e brechas em nossas normas também precisam ser eliminadas para que a comercialização de órgãos seja evitada.

Com esse objetivo, um conjunto de alterações na Lei dos Transplantes são apresentadas e justificadas no próximo item.

Essas alterações incorporam ao texto da lei, algumas previsões já existentes em normas infralegais, e, até mesmo, que existiam em normas que foram revogadas, mas que pela sua relevância consideramos ser necessário que estejam explicitadas na Lei dos Transplantes.

É importante salientar que no processo de elaboração de normas sobre transplantes, iniciado em 1963, ocorreram avanços e retrocessos, já destacados no tópico sobre a legislação dos transplantes, e que atualmente podemos usufruir dessa experiência para evitar os erros do passado.

Dentre os problemas que são objeto de medidas que propomos para aperfeiçoar a legislação estão os relacionados aos direitos dos potenciais doadores e seus familiares, pois é preciso garantir maior transparência nos procedimentos relacionados com decisões de elevada responsabilidade, como é a indicação da morte encefálica de um indivíduo, a fim de que esses procedimentos sejam realizados com eficiência e segurança cada vez maior.

Por essa razão estamos propondo a obrigatoriedade de que esses procedimentos sejam acompanhados por médico de confiança da família do potencial doador.

Além disso, estamos prevendo alteração na Lei dos Transplantes para que seja prevista regulamentação de financiamento desta atividade, para que os familiares de menor poder aquisitivo possam exercer tal direito.

A respeito da doação de órgãos entre vivos, apesar de alguns proporem a sua completa proibição para evitar o comércio de órgãos, consideramos tal medida extrema e limitadora de gestos altruísticos genuínos.

Entretanto, propomos uma série de medidas para tornar a autorização judicial mais rigorosa para as doações entre os não-aparentados; como também medidas para estimular a doação proveniente de cadáver, que tem o grande potencial de reduzir o problema da fila de espera por órgãos no País, particularmente aqueles de maior demanda, como os rins e as córneas.

É claro que é importante continuar promovendo a doação de órgãos baseada no diagnóstico de morte encefálica, pois há órgãos que precisam ser removidos enquanto o coração do doador esteja funcionando, entretanto a grande demanda por transplantes no país, representada por rins e córneas, pode ser atendida por meio de doações, que são menos complexas, como é o caso das situações após a completa parada circulatória.

Vale salientar que órgãos para doar não faltam, o que faltam são condições logísticas para realizar os transplantes.

Não detectamos problemas relacionados ao desejo de a população doar órgãos, mas, sim, de desperdício de órgãos.

A questão da importação de córneas é outro relevante tópico que precisa ser abordado e para o qual também apresentamos proposta legislativa para definir quais são os custos aceitáveis.

Nossa Constituição impede a comercialização de órgãos, mas a regulamentação do Ministério da Saúde não está abordando a questão adequadamente, pois não é explícita o suficiente a respeito da impossibilidade de que o paciente pague por custos caracterizados como comércio, além de não garantir o respeito à ordem de inscrição na lista única.

Além disso, foram detectados indícios de importação de córneas com custos outros, além do transporte e do pagamento de impostos.

Outro problema que detectamos é que as campanhas de esclarecimento sobre transplantes praticamente só se dirigem ao público em geral, para promover a doação, sem esclarecer a respeito da estrutura local para aproveitamento dos órgãos.

Os profissionais de saúde quase que não são orientados sobre os procedimentos legais relacionados aos transplantes e há grande desconhecimento sobre os corretos procedimentos relacionados ao diagnóstico da morte encefálica, o embasamento legal e operacional necessário para a realização de transplantes, e a adequada abordagem de familiares de doadores e de receptores de órgãos.

Além disso, há deficiência estrutural do sistema de saúde para realizar os procedimentos adequados a todos os casos em que se detecta um possível doador de órgãos, o que também contribui para reduzir a notificação dos casos de morte encefálica.

A esse propósito, destacamos que estamos propondo que se estenda a obrigação de notificar esses casos também aos médicos, e não apenas aos serviços de saúde, a fim de que a responsabilidade pela notificação seja compartilhada pelos profissionais que têm a competência para realizar tal ato.

Consideramos fundamental o investimento no sistema de saúde como um todo, e no de transplante, em particular, e também na capacitação dos profissionais de saúde, que tradicionalmente não tem recebido adequada instrução sobre os procedimentos administrativos, legais, e, até, técnicos relacionados aos transplantes.

É relevante destacar que o SUS tem investido recursos consideráveis na área dos transplantes, pois, como já mencionamos, em 1996 foram aplicados R\$ 75 milhões, e em 2004, o orçamento foi de R\$ 400 milhões.

Entretanto, é preciso considerar que os investimentos na prevenção de doenças que terminam por demandar a realização de transplantes, como a hipertensão, o diabetes e a infecção urinária são fundamentais, e, certamente, apresentam elevada relação custo / benefício.

Desse modo, é preciso que o SUS remunere os serviços dos níveis de prevenção primária e secundária de modo a permitir a prestação de serviços de qualidade, a exemplo da, em geral, adequada remuneração de

serviços de maior nível de complexidade, situados no nível de prevenção terciária, como os transplantes e os serviços de hemodiálise.

A ampliação desses investimentos aliada à aplicação séria da legislação poderão evitar casos dramáticos como os observados nesta CPI.

É preciso reduzir o nível de informalidade no funcionamento de serviços de transplante e de centrais de captação.

Detectamos que no ano 2000, alguns anos após a aprovação da Lei dos Transplantes e de seu Decreto regulamentador, que exigiam autorização de serviços e centrais de notificação e captação de órgãos pelo Ministério da Saúde, uma central em Poços de Caldas funcionava de modo que não pode fugir à denominação de clandestina, apesar do conhecimento das autoridades de todos os níveis de gestão do SUS.

Apesar de os procedimentos relacionados aos transplantes se revestirem de nobreza, não significa que podem ser realizados de qualquer maneira, sem o adequado respeito pelo doador e seus familiares, refletido no correto aconselhamento e registro da situação de morte encefálica.

O bem que é feito aos receptores não é justificativa para suplantarem os direitos mínimos dos que ainda tem alguma chance de sobrevivência.

Salientamos também a detecção de numerosos casos em que o adequado registro da assistência à saúde de potenciais doadores não foi realizado, a exemplo dos casos em investigação pela Polícia Federal na região de Poços de Caldas.

A consideração dos direitos dos potenciais doadores e dos receptores aumentará a confiança de todos no sistema de transplantes.

A CPI também investigou casos de flagrante desrespeito às leis, como foi o caso de Taubaté, em que órgãos de cadáveres foram vendidos para instituições de ensino.

Felizmente não nos deparamos com um grande número de casos de tráfico de órgãos relacionados ao comércio inescrupuloso de órgãos, mas muitos dos casos que investigamos possuíam em comum a complacência dos envolvidos, e, até, certo descaso, pela aplicação das normas existentes, além de desorganização no sistema local de assistência à saúde e inadequada fiscalização e avaliação dos serviços de transplante.



Esses fatos nos fazem refletir que a descentralização das ações de saúde é uma importante diretriz do SUS, mas precisa ser conduzida e implantada com extrema responsabilidade, oferecendo-se os meios adequados para que os municípios possam desenvolver as ações com qualidade.

Infelizmente detectou-se que a implantação apressada e mal preparada de serviços de transplante terminaram por se acompanhar de problemas que tiveram como conseqüência o fechamento do serviço naquela região, com inegável prejuízo para a população local.

Entretanto, não podemos esquecer dos prejuízos à saúde da população que poderiam ocorrer caso tais serviços continuassem a funcionar, além disso, o SUS tem mecanismos previstos para absorver as demandas de determinada região, mesmo que ali não sejam oferecidos determinados serviços.

O que não se pode é tentar “culpar” os que lutam pela melhoria do sistema por eventuais retrocessos na implantação de alguns programas locais, viciados na implantação, mal geridos e fiscalizados, estes, sim, geradores de desconfiança no público.

Pelo contrário, tais pessoas, que muitas vezes superam as dificuldades pessoais, até mesmo de ordem emocional, pois certamente é doloroso para um familiar reviver os fatos denunciados, precisam ser adequadamente apoiadas, para que os problemas que venham a ser detectados possam ser corrigidos e que os responsáveis sejam identificados e legalmente punidos.

Neste momento, é importante ressaltar que apesar de esta CPI ter investigado casos envolvendo a atuação de profissionais médicos, reconhecemos o valor que a categoria médica e seus órgãos de fiscalização têm para a saúde de nossa população.

Estamos convencidos que a discussão aberta e serena dos problemas fortalecerá o sistema de transplante, pois pela identificação dos mesmos poderemos agir para evitá-los e corrigi-los e nos mantermos em estado de alerta, para reduzir nossas vulnerabilidades às investidas de grupos criminosos, como as comprovadas no caso do Recife.

## 6.1) Recomendações e Propostas Legislativas

### I – Sugestões para o Legislativo

#### I.1 – Alterações na Lei dos Transplantes, Lei nº 9.434, de 1997

1) No **art. 2º**, onde se lê: “A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde”; leia-se: **”A retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para fins de transplante e a realização de transplante ou enxertos só poderão ser realizadas por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde”** (NR).

Justificativa: explicitar que equipes e estabelecimentos que retiram tecidos para fins de transplante também precisam de autorização do SUS, limitando as tarefas apenas a equipes que necessariamente contenham médicos, impedindo por exemplo, a retirada de córneas sem a presença desse profissional.

2) No **art. 3º**, onde se lê: “A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina”; leia-se: **”A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, sendo um deles portador de título de especialista em neurologia reconhecido no País, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina”** (NR).

Justificativa: A exigência já está prevista no § 1º, do art. 16, do Decreto nº 2.268, de 1997, mas é relevante a presença na Lei para qualificar o diagnóstico de morte encefálica, que necessita de experiência para ser bem realizado.

3) No **art. 3º**, que trata da retirada de órgãos post mortem apenas após o diagnóstico de morte encefálica, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina; acrescenta-se o seguinte parágrafo (o 4º): **”São dispensáveis os procedimentos previstos no caput deste artigo, quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico, de acordo com critérios definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina”**.

Justificativa: A dispensa já está prevista no § 2º, do art. 16, do Decreto nº 2.268, de 1997, entretanto é relevante destacá-la na lei, pois é fundamental para fomentar a retirada de órgãos que não necessitam de que o coração do doador esteja funcionando para que sejam viáveis, simplificando a retirada de órgãos como as córneas e os rins, que, aliás, representam a maior demanda atual para transplantes no Brasil.

Acrescentou-se que também nesse caso o CFM deverá definir os critérios por meio de resolução.

4) No **art. 3º, no § 1º**, onde se lê: “Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º; 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º, e 10, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.”; leia-se: **” Os prontuários médicos, contendo os resultados bem como os respectivos laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º; 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º, e 10, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.”** (NR)

Justificativa: A troca da palavra “ou” pela expressão “bem como os respectivos laudos” obriga o arquivamento tanto dos laudos como dos resultados dos exames, o que é relevante, particularmente no caso dos exames comprobatórios do diagnóstico de morte encefálica, fornecendo mais um elemento para garantir a lisura do processo e facilitar o seu controle.

5) No **art. 3º, no § 2º**, onde se lê: “As instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes

receptores ao órgão gestor estadual do Sistema único de Saúde”; leia-se: “As instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes **doadores e** receptores ao órgão gestor estadual do Sistema único de Saúde”. (NR)

Justificativa: Facilitar o controle pela sociedade das doações de órgãos e de seu destino.

6) No **art. 3º, no § 3º**, onde se lê: “Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica”; leia-se: “**É obrigatória a presença de médico indicado pela família do paciente para acompanhar os trabalhos relacionados à comprovação e atestação da morte encefálica**”.(NR)

Justificativa: Permitir que a família do paciente acompanhe a realização do diagnóstico de morte encefálica e tenha segurança de que todas as opções terapêuticas para recuperar o familiar foram adequadamente realizadas.

Atualmente o Decreto regulamentador apenas “admite” a presença de médico de confiança da família, apenas “se a demora de seu comparecimento não tornar, pelo decurso do tempo, inviável a retirada, mencionando-se essa circunstância no respectivo relatório”, o que parece reduzir os direitos de um indivíduo que ainda não teve a morte encefálica comprovada.

O artigo que propomos por meio do item 17 estabelece que a regulamentação da lei definirá o ressarcimento dos custos, para que os familiares independente do poder aquisitivo possam exercer esse direito.

7) No **art. 4º**, onde se lê: “A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.”, leia-se: “A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, **obtida após aconselhamento psicológico e técnico, inclusive sobre procedimentos para o diagnóstico da morte encefálica, realizado por profissionais capacitados da central de notificação e captação de órgãos, e** firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.” (NR)

Justificativa: Permitir que os familiares tenham oportunidade de realizar decisão fundamentada sobre a doação de órgãos, a fim de evitar sofrimentos futuros causados por dúvidas a respeito dos procedimentos adotados.

8) No **art. 4º**, que trata da autorização da família para a retirada de órgãos de pessoas falecidas, acrescente-se o seguinte parágrafo: **“A autorização de que trata o caput deste artigo é dispensada se o doador tiver manifestado em vida o desejo de doar órgãos, por meio de documento subscrito por duas testemunhas e registrado em cartório, mantendo-se, entretanto, o direito de a família acompanhar o processo de diagnóstico de morte encefálica previsto no art. 3º, § 3º”**.

Justificativa: A polêmica introduzida pelo texto original da Lei 9.434, de 1997 a respeito da doação “presumida”, provocou forte reação que provocou modificação na Lei, a qual transferiu toda a decisão para os familiares e terminou por excluir a possibilidade de um doador convicto ter seu desejo atendido independente da vontade de outras pessoas. Essa possibilidade existia em todos os textos legais sobre transplantes no País desde 1963!

Atualmente a Lei é paternalista, pois não mantém em todos os casos a vontade autônoma e livre expressa em vida.

Além de preservar a via majoritária para doação de órgãos representada pela autorização familiar, as exigências previstas no novo parágrafo, de certo modo, representam barreiras que, ao nosso ver, apenas uma minoria representada por aqueles que pretendem se prevenir contra o não cumprimento de sua vontade estarão dispostos a cumprir.

A menção ao direito da família em acompanhar o processo de diagnóstico de morte encefálica visa garantir que o paciente receba o melhor tratamento na tentativa de recuperar sua saúde.

9) No **art. 4º**, que trata da autorização da família para a retirada de órgãos de pessoas falecidas, acrescente-se o seguinte parágrafo: **“O documento de autorização mencionado no caput deste artigo deverá especificar que tecidos poderão ser retirados do corpo da pessoa falecida, bem como os meios a serem empregados na retirada, e o destino que será dado aos tecidos”**.

Justificativa: Permitir que os familiares saibam efetivamente o que está sendo doado e como serão utilizados os órgãos doados. Por

exemplo, é importante que se saiba que a doação de córnea pode envolver a retirada de todo o globo ocular, e que alguns órgãos podem ser extraídos em “bloco” para posterior preparação para o transplante.

Em relação ao destino dos órgãos é relevante que a família não seja surpreendida com a retirada de órgãos para um fim para o qual não desejaria dar autorização, como, por exemplo, uso para fins científicos.

10) No **art. 4º**, que trata da autorização da família para a retirada de órgãos de pessoas falecidas, acrescente-se o seguinte parágrafo: **”Os órgãos retirados e eventualmente não utilizados deverão ser incinerados ou enterrados em cemitério pelo serviço de saúde responsável pela retirada, após autorização da família e registro das circunstâncias relacionadas no prontuário do falecido”**.

Justificativa: Permitir que a família conheça o destino final dos órgãos doados, e que o registro do fato seja arquivado por no mínimo 5 anos, como prevê o art. 3º, § 1º.

11) No **art. 6º**, onde se lê: “É vedada a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas”; leia-se: **”É vedada a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas para fins de transplante e tratamento”**. (NR)

Justificativa: É necessário especificar a vedação da remoção de tecidos para fins de transplante e tratamento, no caso de pessoas não identificadas, pois, do contrário, ao nosso ver, fica inviabilizada a remoção de órgãos para fins de estudo de “cadáver não reclamado” que não tiver “qualquer identificação”, permitida pela Lei nº 8.501, de 1992 (art. 3º, inciso I).

12) No **art. 9º**, que trata da disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes, acrescentar o seguinte parágrafo: **”A autorização judicial referida no caput deste artigo apenas será concedida após a comprovação:**

- I- **da sanidade física e mental do doador;**
- II- **de informação ao doador sobre as conseqüências e riscos possíveis da retirada de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, para doação;**
- III- **da coleta de dados que caracterizem o nível socioeconômico do doador e do receptor;**

- IV- **da inexistência de qualquer tipo de retribuição, seja monetária, material ou de outra espécie;**
- V- **da inexistência de coação;**
- VI- **da existência de termo de doação;**
- VII- **de comunicação ao Ministério Público e ao Ministério da Saúde.”**

Justificativa: Esse artigo da Lei é visto por alguns como propiciador do comércio de órgãos, particularmente de rins, por permitir a doação para não-aparentado, e considerando que há riscos para o doador, ainda não completamente estudados, existe a sugestão de simplesmente proibir tal tipo de doação.

Considerando que a drástica proibição impediria eventuais doações altruístas legítimas, consideramos oportuno manter o tipo de doação, mas aumentar as exigências necessárias.

13) No **Capítulo IV**, das disposições complementares, acrescentar o seguinte **art. 10-A: “É proibida a aquisição e venda de tecidos para transplante, no Brasil ou no exterior, permitindo-se, entretanto, a remuneração dos custos relacionados ao transporte, impostos, e conservação, na forma do regulamento desta Lei e das normas técnicas do Ministério da Saúde.”**

Justificativa: Para evitar que se cometam ilegalidades é preciso normatizar adequadamente a questão de aquisição de tecidos para transplantes.

O § 4º do art. 199 da Constituição Federal veda qualquer comercialização de sangue e de órgãos para transplante, entretanto, os regulamentos atuais estão permitindo a importação de córneas, sem que seja verificada a existência de remuneração visando o lucro.

No que se refere ao sangue, seus componentes e derivados, a questão foi resolvida por meio da Lei nº 10.205, de 21 março de 2001.

Essa Lei estabelece, em seu art. 14, que, entre os princípios e diretrizes que regem a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, fica proibida a comercialização da coleta, processamento,

estocagem, distribuição e transfusão do sangue, componentes e hemoderivados; permitindo-se, entretanto, a remuneração dos custos dos insumos, reagentes, materiais descartáveis e da mão-de-obra especializada, inclusive honorários médicos, na forma do regulamento desta Lei e das Normas Técnicas do Ministério da Saúde.

É preciso, pois, regulamentar adequadamente a situação, especificando como podem ser remuneradas as aquisições de tecidos para transplante, pois dados do próprio Ministério da Saúde sugerem que pacientes têm adquirido regularmente córneas no exterior, que necessitam de autorização da Anvisa, sendo que para dois dos bancos de córneas especifica-se que “a córnea é grátis, o paciente paga os gastos com transporte, receita federal e conservação”, para sete bancos é informado que o paciente paga entre 200 e 1.000 dólares americanos, e para dois bancos não há esse tipo de informação.

Vale destacar que no Brasil, onde aproximadamente 1 milhão de pessoas morrem a cada ano, é constrangedor verificar que cidadãos sejam obrigados a importar córneas.

Essa proposta fornecerá embasamento legal para que, enquanto as necessárias medidas para ampliar as doações de córneas provenientes de doador cadáver no País sejam implementadas, o Poder Público importe, se considerar adequado, córneas de reconhecida qualidade, a fim de reduzir a fila de espera para transplantes de córnea no País.

14) No **parágrafo único do art. 11**, onde se lê: “Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.”; modifique-se o referido parágrafo e acrescente mais dois:

*” § 1º Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento **dirigidas aos profissionais de saúde e ao público em geral sobre os benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.**” (NR)*

**§ 2º As campanhas dirigidas ao público deverão destacar os tipos de órgãos que estão sendo captados em sua região de residência.**



**§ 3º As campanhas dirigidas aos profissionais de saúde deverão valorizar os corretos procedimentos relacionados ao diagnóstico da morte encefálica, o embasamento legal e operacional necessário para a realização de transplantes, e a adequada abordagem de familiares de doadores e de receptores de órgãos.**

Justificativa: Permitir que o público conheça os tipos de órgãos que estão sendo aproveitados em sua região de residência, para que o ato altruístico da doação não seja frustrado pela eventual falta de estrutura local.

No caso dos profissionais de saúde a proposta visa reduzir o considerável desconhecimento dos profissionais a respeito dos temas relacionados aos transplantes, particularmente no que se refere às previsões legais e aos procedimentos técnicos e administrativos.

15) No **art. 13**, onde se lê: “É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.”, leia-se: “É obrigatório, **para todos os médicos notificar aos estabelecimentos de saúde e a estas instituições** notificar às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.” (NR).

Justificativa: A CPI detectou que muitos casos de morte encefálica não chegam a ser notificados, quando se considera a ocorrência estimada no País.

Consideramos, pois, que é importante ampliar a obrigação de notificar para os médicos que atendem os pacientes com morte encefálica.

16) No **Capítulo IV**, das disposições complementares, acrescentar o seguinte **art. 13-A: “É proibida a atuação de coordenadores de centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos em equipe de remoção e transplante de órgãos.”**

Justificativa: A proposta se deve a que não consideramos a realização de transplantes compatível com a função de um indivíduo que, entre outras atribuições, coordena a lista de transplante local.

A proposta impede a ocorrência de conflito de interesses.

17) No **Capítulo IV**, das disposições complementares, acrescentar o seguinte **art. 13-B: “As despesas com retiradas de tecidos,**

**órgãos ou partes do corpo humano e com transplantes realizados pelo Sistema Único de Saúde serão custeadas por este sistema na forma determinada pela regulamentação desta lei.**

**Parágrafo único. A regulamentação mencionada no caput deste artigo definirá as formas de ressarcimento dos honorários de médico designado pela família do paciente para acompanhar os trabalhos relacionados à comprovação e atestação da morte encefálica nos termos do § 3º, do art. 3º, desta lei.”**

Justificativa: A proposta estabelece a regulamentação do financiamento das atividades relacionadas ao transplante, além de garantir, em seu parágrafo único, que os familiares dos potenciais doadores, independente do poder aquisitivo, possam exercer o direito mencionado no item 6.

#### I.2 – Outras recomendações para a Câmara dos Deputados

1) Recomenda-se à Presidência da Câmara, à Comissão de Relações Exteriores e de Defesa Nacional, e à Comissão de Seguridade Social e Família que incluam em suas atividades envolvendo organismos internacionais, a discussão de temas que aparentemente carecem de maior apoio político, como a revisão dos princípios internacionais sobre transplantes, em discussão na Organização Mundial da Saúde.

Justificativa: O tráfico de órgãos ocorre por meio de redes internacionais, de modo que é importante que essa Casa amplie sua participação nos fóruns internacionais que definem normas e princípios que terminam por demandar alterações na legislação nacional.

2) Recomenda-se à Comissão de Direitos Humanos e Minorias que realize ações de fiscalização e acompanhamento das atividades Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e do Ministério da Justiça relacionadas ao Tráfico de Seres Humanos, particularmente no que se refere ao tráfico de órgãos.

Justificativa: O tráfico de órgãos é uma ameaça real e constante para os países com vulnerabilidade social e econômica, de modo que é preciso que as instituições se mantenham vigilantes para detectar e coibir os casos de comércio de órgãos.

3) Apoiar a tramitação do Projeto de Lei nº 4.165, de 2004, de autoria do Deputados Rafael Guerra, Dr. Francisco Gonçalves e Geraldo Resende, que altera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, a Lei dos

Transplantes, para inserir diretrizes sobre o funcionamento da lista única de espera, tratando da divulgação periódica de dados sobre doações, situação na fila de transplantes, e outros.

Justificativa: Os autores participaram da Comissão Externa que verificou irregularidades na lista para transplante de medula óssea e apresentaram a proposição que beneficiam os transplantes em geral, com base nos trabalhos da referida Comissão Externa realizados em 2004.

4) Apoiar a tramitação do Projeto de Lei do Deputado Federal Aloysio Nunes, de nº 7.398, de 2002, que teve a redação final aprovada (24/8/2004) na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, e que visa alterar o art. 9º da Lei nº 9.434, de 1997, estabelecendo procedimentos e documentação para petição de autorização judicial para doação de órgãos ou partes do próprio corpo vivo para terceiros.

Justificativa: A matéria é relevante para evitar o comércio de órgãos.

5) Apoiar a tramitação do Projeto de Lei nº 2.558, de 1992, de autoria do Senado Federal (PLS-66/1991), que dispõe sobre a necrópsia como método de diagnóstico médico e de investigação médico-legal e dá outras providências.

Justificativa: Essa proposição tramita na Câmara dos Deputados sujeita à apreciação do Plenário e em regime de prioridade há mais de dez anos. Há injustificada lacuna na legislação federal dessa atividade no País.

6) Apoiar a tramitação do Projeto de Lei nº 2.845, de 2003, de autoria do Deputado Nelson Pellegrino, que “estabelece normas para a organização e a manutenção de políticas públicas específicas de prevenção e enfrentamento ao tráfico de seres humanos, especialmente mulheres e crianças, institui o Sistema Nacional de Prevenção e Enfrentamento ao Tráfico de Seres Humanos e dispõe sobre a regulamentação de seus aspectos civis e penais”.

A proposição também inclui o tráfico de órgãos como uma das espécies de tráfico de seres humanos, uma vez que adota as recomendações da "Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional" e seus Protocolos.

Justificativa: Revisar a legislação nacional visando recepcionar os importantes avanços do Protocolo de Palermo como:

responsabilizar desde o agenciador, até o traficante e o comprador de órgãos, pois atualmente só se responsabiliza o traficante.

7) Alterar a Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos para incluir o tráfico de órgãos.

Justificativa: Explicitar que tráfico de órgãos é crime hediondo.

8) Tipificar crime relacionado à falta de registro pelo responsável pelo diagnóstico de morte encefálica.

Justificativa: Para punir adequadamente os que desrespeitam os procedimentos estabelecidos para o diagnóstico de morte encefálica.

## **II – Recomendações para o Executivo**

### **I.1 – Sugestões para a Presidência da República e para o Ministério da Justiça**

1) Documentar e sistematizar denúncias e irregularidades sobre tráfico nacional e internacional de órgãos, por meio da elaboração de banco de dados.

Justificativa: A existência de informações confiáveis favorecem o combate ao tráfico de órgãos e permitem a elaboração de política pública eficaz, tanto de prevenção como de repressão.

2) Que a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República informe sobre a existência de investigações, na última década, envolvendo a adoção internacional e o tráfico para fins de transplante de órgão.

Justificativa: Obtenção de esclarecimentos sobre rumores relacionados a essa associação.

3) Que o Disque - Direitos Humanos da Secretaria Especial de Direitos Humanos, de nível nacional, divulgue sua disponibilidade para receber denúncias sobre o tráfico de órgãos.

Justificativa: Facilitar o conhecimento e a pronta repressão a eventuais novos casos.

4) Revogação do art. 14 do Decreto nº 2.268, de 1997, que tornou-se incompatível com as alterações promovidas na Lei dos Transplantes em 2001, a respeito da autorização para transplante.

Justificativa: Para que a norma regulamentadora torne-se compatível com a Lei dos Transplantes, no que se refere à identificação de doador de órgãos em documentos de identificação.

### I.2 – Sugestões para o Ministério da Saúde

1) Documentar e sistematizar denúncias e irregularidades sobre transplante de órgãos, por meio da elaboração de banco de dados.

Justificativa: A existência de informações confiáveis favorecem o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Transplante.

2) Elaboração de uma Política nacional para os transplantes em geral, com foco na prevenção.

Justificativa: A política é necessária para o desenvolvimento planejado do setor de transplantes, e o foco na prevenção tem grande potencial, ainda pouco explorado, para reduzir as longas filas de espera para transplantes no nosso País, ou seja, por meio da redução da necessidade de transplante de rins, que se obtém, por exemplo, reduzindo a ocorrência de causas importantes como as infecções renais, e as complicações do diabetes e da hipertensão arterial.

3) Fortalecer a estrutura do Sistema Nacional de Transplantes, por meio de:

- disponibilização de recursos para que os hospitais possam comprovar o diagnóstico de morte encefálica e manter um potencial doador e as centrais de captação de órgãos possam mobilizar os órgãos doados para outras regiões;

- implementação das Comissões intra-hospitalares em todos os serviços que realizam transplantes;

- promoção da notificação de morte encefálica;

- divulgação mais transparente da lista de espera para transplante;

- supervisão e avaliação a cada dois anos da qualidade dos procedimentos envolvidos, inclusive da qualidade dos diagnósticos de morte

encefálica realizados, em todos as instituições que realizam captação e transplante de órgãos.

Justificativa: A fim de que sistema tenha mais eficiência, reduzindo a vulnerabilidade dos que precisam desse tratamento.

4) Promover também a doação e retirada de órgãos de doador cadáver que não precisem necessariamente do diagnóstico de morte encefálica, por já haver parada cardíaca.

Justificativa: Segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO, as córneas podem ser retiradas até seis horas após a parada cardíaca do doador, e os rins, até 30 minutos após a parada cardíaca.

Considerando que os transplantes de córnea foram responsáveis por mais da metade dos transplantes realizados no Brasil nos cinco primeiros meses de 2004, e que o transplante de rins também são freqüentes, ficam claros os benefícios de empreender esforços para captar esses órgãos de doadores cadáveres em situações que não necessitam do diagnóstico de morte encefálica, que é mais complexo e dispendioso.

Não se está sugerindo que sejam reduzidos os esforços para captar órgãos provenientes de doadores com morte encefálica, pois que são indispensáveis para os transplantes de coração e pâncreas, por exemplo.

Entretanto, não é compreensível a existência de filas prolongadas de espera para órgãos que podem ser captados por processos menos complexos.

4) Campanhas de comunicação para o público em geral e para profissionais de saúde realistas e fundamentadas nas condições locais para realização de transplantes.

Justificativa: Já apresentada no item 14 das propostas de alterações na Lei dos Transplantes.

5) Coletar e divulgar informações sobre a doação em vida entre pessoas não-aparentadas.

Justificativa: Do total de 3.126 transplantes de rins realizados em 2003, 239 utilizaram doadores vivos não-aparentados. Desses 239 casos, em 153 o doador foi o cônjuge, que obviamente apresenta forte ligação emocional com o receptor.

Observa-se que é relativamente pequeno o número de casos envolvendo doadores vivos não-aparentados, de modo que é factível para o Ministério da Saúde monitorar o nível socioeconômico dos doadores vivos, a fim de facilitar a verificação da existência de abusos.

6) Adapte suas normas sobre importação de córneas às exigências da Constituição Federal e da Lei dos Transplantes.

Justificativa: O tema foi apresentado no item 5.7, de modo que essa atividade é indispensável para que sejam mantidas as determinações legais de gratuidade e respeito à lista de espera.

**É preciso que o Ministério da Saúde faça cessar imediatamente a compra e venda de córneas do exterior, que é crime, e que está sendo feita com anuência do Ministério, conforme sua própria informação ( Anexo VI).**

7) Revisar e condensar a complexa legislação sobre transplantes de responsabilidade do Executivo, incluindo regras claras para o aproveitamento de órgãos rejeitados por determinada central de notificação e captação de órgãos.

Justificativa: Simplificar o entendimento das normas.

8) Esclarecer sobre a posição que o governo brasileiro tem adotado nas Assembléias Mundiais da Saúde sobre a situação da revisão das Resoluções da Organização Mundial da Saúde WHA42.5 (1989); WHA44.25 (1991), e do documento EB113.R5, relacionados aos princípios internacionais a serem considerados nos transplantes de órgãos.

Justificativa: Conhecer a posição adotada pelo governo brasileiro nessa área, para que se possa influir na revisão dos princípios estabelecidos em 1999 e promover: a coleta de dados sobre segurança de doação entre vivos no curto e no longo prazo; a aplicação de padrões e avaliação de risco de receber ou não um transplante; a responsabilização e monitoramento de órgãos doados; e a cooperação internacional para harmonização de práticas.

### I.3 – Sugestões para o Ministério das Relações Exteriores

1) Esclarecer sobre a posição que o governo brasileiro tem adotado nas Assembléias Mundiais da Saúde sobre a situação da revisão das Resoluções da Organização Mundial da Saúde WHA42.5 (1989); WHA44.25

(1991), e do documento EB113.R5, relacionados aos princípios internacionais a serem considerados nos transplantes de órgãos.

Justificativa: Idêntica a apresentada no item semelhante proposto para o Ministério da Saúde.

2) Esclarecer sobre as posições que o governo brasileiro tenha adotado em relação à importação de tecidos e órgãos humanos no âmbito da Organização Mundial de Aduanas.

Justificativa: Conhecer a posição adotada pelo governo brasileiro nessa área, onde podem estar sendo aprovados tópicos relacionados ao comércio de órgãos, sem a devida integração com o setor da saúde.

### **III – Sugestões para o gestor estadual do SUS de Minas Gerais**

1) Que esclareça os motivos de ter atuado com centrais de transplantes informais no final da década de 90, quando já existiam regulamentos requerendo a formalização dessas instituições.

Justificativa: A MG Sul transplantes é um exemplo dessa situação. A CPI constatou que a Secretaria de Saúde de MG, apesar de ter convidado o Dr. Ianhez para representá-la na região de Poços de Caldas em 1998, só formalizou a central em outubro de 2000.

### **IV – Sugestões para o CFM**

1) Considerar punição aos médicos de Poços de Caldas que atenderam ao paciente Paulo Pavesi, pelas flagrantes infrações ao Código de Ética por não preencherem adequadamente o prontuário – ausência de descrição de neurocirurgia, anotações de teor técnico duvidoso em documentos da cirurgia de retirada de órgãos, termo de declaração de morte encefálica sem horário do segundo exame clínico e com data de conclusão (20/04/00) anterior ao exame de arteriografia (21/04/00).

2) Considerar punição aos médicos de Poços de Caldas que atenderam ao paciente Paulo Pavesi, particularmente o neurocirurgião e o intensivista, a respeito de eventual erro médico que possa ter ocorrido diante dos fatos e contradições detectadas pela CPI.

3) Considerar punição ao Dr. Ianhez, sobre sua atuação no caso do paciente Paulo Pavesi, em função de ter atuado na atenção clínica a um



candidato a doador de órgãos, ao mesmo tempo em que era o coordenador da equipe de transplante.

4) Definir com maior clareza e profundidade os seguintes temas: fatores de exclusão para o diagnóstico da morte encefálica; orientações sobre o teste da apnéia; e critérios para que se realize o diagnóstico de morte encefálica após a terapia com hipotermia e o uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central.

Justificativa: Alguns desses temas fundamentais para o diagnóstico da morte encefálica estão indicados apenas em anexo de resolução do CFM, como os fatores de exclusão para o diagnóstico da morte encefálica, sendo que não se mencionam as intoxicações metabólicas.

Em relação ao teste da apnéia, a Resolução CFM nº 1.480, de 1997, não nos parece suficientemente clara e abrangente, por não mencionar as contra-indicações do método, não deixar claro o que deve ser monitorado no paciente, e não explicitar as situações em que deva ser suspenso.

Com o objetivo de colaborar para o fortalecimento desse teste imprescindível para o diagnóstico da morte encefálica, tendo em mente o desenvolvimento dos transplantes no País, mas também considerando os direitos da pessoa que são submetidas a esse teste, consideramos relevante solicitar ao CFM melhor definição a respeito das razões de se adotar um alvo de pCO<sub>2</sub> inferior a 60 mmHg, de não haver recomendação explícita para que seja monitorada a pCO<sub>2</sub> em todos os casos, além de recomendar que se divulgue um protocolo mais detalhado para que sejam evitados erros de realização do teste.

Sobre as terapias utilizando a hipotermia e medicamentos depressores do sistema nervoso central, não há recomendação a respeito de critérios que possam ser adotados para diagnosticar a morte encefálica após o uso desses medicamentos, o que gera incerteza sobre o período que deve ser observado antes que se possa retomar o protocolo.

5) Promover a divulgação para os profissionais médicos sobre conceitos e procedimentos técnicos, administrativos e legais relacionados ao diagnóstico da morte encefálica e ao transplante de órgãos.

Justificativa: Durante os trabalhos da CPI ficou evidente que vários profissionais médicos desconheciam aspectos fundamentais da legislação relacionada aos transplantes e tópicos relacionados.

Como exemplo citamos a utilização por anestesista de Poços de Caldas no ano 2000, da classificação ASA V – relativa a pacientes moribundos, mas vivos – para um paciente com suposta morte encefálica – que deveria ter sido classificado como ASA VI, classificação essa disponível há vários anos.

6) Revogar a Resolução CFM Nº 1.752, de 8 de setembro de 2004, que aborda a autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, e encaminhar o tema de acordo com o processo legislativo em vigor.

Justificativa: Essa resolução extrapola as atribuições previstas para o CFM, conforme apresentado no item sobre morte encefálica.

#### **V – Sugestões para a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde**

1) Esclarecer sobre a situação da revisão das Resoluções da Organização Mundial da Saúde WHA42.5 (1989), WHA44.25 (1991), e do documento EB113.R5, relacionados aos princípios internacionais a serem considerados nos transplantes de órgãos.

Justificativa: Esclarecer sobre os encaminhamentos dados ao tema por ocasião da última Assembléia Mundial da Saúde realizada em 2004.

2) Esclarecer sobre posicionamento diante de grande variação internacional nos protocolos relacionados ao diagnóstico de morte encefálica.

Justificativa: Para que se compreendam as razões da inexistência de protocolos padronizados aceitos por todos os países.

#### **VI – Encaminhamento à Polícia Federal**

Para aprofundar investigações nos seguintes casos:

1) Paulo Pavesi (item 5.2), sobre o possível esquema de lavagem de dinheiro com empréstimos fictícios feitos a empregados da Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas, bem como sobre as circunstâncias da morte de Carlos Henrique Marcondes;

2) Caso Athayde Patrese (item 5.6)

3) Acompanhamento do desenrolar das investigações da Interpol sobre a quadrilha identificada no caso Pernambuco, item 5.1.

**VII -Encaminhamento ao Ministério Público de São Paulo** para noticiar os novos depoimentos relativos ao caso Taubaté obtidos por esta CPI, para as providências cabíveis.

**VIII– Encaminhamento de cópia deste Relatório aos seguintes órgãos:**

- Comissão de Segurança Pública;
- Comissão de Seguridade Social e Família
- Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
- Ministério da Saúde;
- Ministério da Justiça;
- Ministério das Relações Exteriores;
- Tribunal de Justiça de São Paulo;
- Tribunal de Justiça de Minas Gerais;
- Ministério Público Federal, acompanhado de cópias de todos os volumes e documentos que compõem os autos desta CPI;
- Ministério Público de São Paulo, acompanhado das notas taquigráficas dos depoimentos de Rita Maria Pereira e Belmira Ângela Bittencourt;
- Prefeitura do Município de Guarulhos, SP;
- Assembléia Legislativa de Pernambuco;
- Assembléia Legislativa do Ceará;
- Câmara Distrital do DF;
- Embaixada de Israel e da África do Sul;

- Polícia Federal;
- Interpol;
- Conselho Federal de Medicina;
- Conselhos Regionais de Medicina de São Paulo, Pernambuco, Ceará, Distrito Federal e Minas Gerais;
- Secretarias de Saúde de todos os Estados e Distrito Federal;
- Comissão de Relações Exteriores e de Defesa Nacional.

## **IX - INDICIAMENTOS**

Esta CPI **INDICIA, nos autos deste Inquérito Parlamentar**, os médicos abaixo mencionados, por terem realizado procedimentos de transplante e captação de órgãos em desacordo com as normas da Lei nº 9.434/97, encaminhando-os ao Ministério Público:

- Álvaro Ianhez – conduta típica: Art. 14 -aceitar autorização assinada apenas pelo pai da criança (quando a lei exige de ambos os genitores), liderar a Mg Sul Transplantes clandestinamente, exercer atos de captação e destinação de órgãos sem a imprescindível autorização legal, destinar córneas à Campinas, SP, desobedecendo a ordem da lista;
- Odilon Trefligio Netto – Art. 14 – atuar no transplante de córneas sem a imprescindível autorização do Ministério da Saúde;
- Celso Roberto Frasslon Scafi, Sérgio Poli Gaspar e Cláudio Rogério Carneiro Fernandes – Conduta típica - Art. 14 - atuarem em captação de rins em pessoa encaminhada por central clandestina e com autorização concedida apenas por um dos genitores do doador.

- Dr. Gustavo Abreu e Dra Sandra Fiorentini, da Clínica Penido Burnier, de Campinas, SP, que implantaram as córneas irregularmente retiradas de Paulo Pavesi – Conduta típica: Art. 16- atuar no transplante de córneas sem a imprescindível autorização do Ministério da Saúde.
- José Luiz Gomes da Silva e José Luiz Bonfitto – conduta típica do art. 302 do CP. – assinarem laudo de declaração de morte encefálica sem cumprir os parâmetros da Lei, propiciando a captação irregular de órgãos-
- Encaminha ao Ministério Público Federal, como possíveis indiciados todos os nomes constantes do Anexo VI, sigiloso, que tenham realizado comercialização de córneas, conforme explicitado no item 5.7, inclusive requerendo a apuração de responsabilidade de funcionários e Ministros, se for o caso. Há necessidade de maiores investigações para concretizar o indiciamento.

## X – Projetos de Lei

### PROJETO DE LEI Nº , DE 2004

(Da Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos)

Altera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, a Lei dos Transplantes, alterando os artigos 2º, 3º, 4º, 6º, 11, e 13, acrescentando parágrafos aos artigos 3º, 4º, 9º, 11, e incluindo os artigos 10-A , 13-A e 13-B.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1 Esta Lei modifica dispositivos da Lei 9434, de 4 de fevereiro de 1997.

Art. 2 Os citados dispositivos da Lei 9434, de 4 de fevereiro de 1997 passam a vigorar conforme abaixo:

I - Dê-se ao *caput* do art. 2º a seguinte redação:

*“A retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para fins de transplante e a realização de transplante ou enxertos só poderão ser realizadas por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde. (NR)”*

II - Dê-se ao *caput* do art. 3º a seguinte redação:

*“A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica,*

*constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, sendo um deles portador de título de especialista em neurologia reconhecido no País, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina” (NR).*

III - Acrescente-se ao art. 3º o seguinte parágrafo 4º:

*“São dispensáveis os procedimentos previstos no caput deste artigo, quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico, de acordo com critérios definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina”.*

IV - Dê-se ao § 1º, do art. 3º, a seguinte redação:

*“Os prontuários médicos, contendo os resultados bem como os respectivos laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º; 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º, e 10, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.” (NR)*

V - Dê-se ao § 2º, do art. 3º, a seguinte redação:

*“As instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes doadores e receptores ao órgão gestor estadual do Sistema único de Saúde”. (NR)*

VI - Dê-se ao § 3º, do art. 3º, a seguinte redação:

*“É obrigatória a presença de médico indicado pela família do paciente para acompanhar os trabalhos relacionados à comprovação e atestação da morte encefálica”.(NR).*

VII -Dê-se ao caput do art. 4º a seguinte redação.

*“A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, obtida após aconselhamento psicológico e técnico, inclusive sobre procedimentos para o diagnóstico da morte encefálica, realizado por profissionais capacitados da central de notificação e captação de órgãos, e firmada em documento*

*subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. (NR)”*

VIII - Acrescente-se ao art. 4º os seguintes parágrafos:

*“§ 1º A autorização de que trata o caput deste artigo é dispensada se o doador tiver manifestado em vida o desejo de doar órgãos, por meio de documento subscrito por duas testemunhas e registrado em cartório, mantendo-se, entretanto, o direito de a família acompanhar o processo de diagnóstico de morte encefálica previsto no § 3º, do art. 3º.*

*§ 2º O documento de autorização mencionado no caput deste artigo deverá especificar que tecidos poderão ser retirados do corpo da pessoa falecida, bem como os meios a serem empregados na retirada, e o destino que será dado aos tecidos.*

*§ 3º Os órgãos retirados e eventualmente não utilizados deverão ser incinerados ou enterrados em cemitério pelo serviço de saúde responsável pela retirada, após autorização da família e registro das circunstâncias relacionadas no prontuário do falecido.”.*

IX - Dê-se ao art. 6º a seguinte redação:

*“É vedada a remoção post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas, para fins de transplante e tratamento. (NR)”*

X - Acrescente-se ao art. 9º o seguinte parágrafo 9º:

*“A autorização judicial referida no caput deste artigo apenas será concedida após a comprovação:*

- da sanidade física e mental do doador;*
- de informação ao doador sobre as conseqüências e riscos possíveis da retirada de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, para doação;*
- da coleta de dados que caracterizem o nível socioeconômico do doador e do receptor;*
- da inexistência de qualquer tipo de retribuição, seja monetária, material ou de outra espécie;*
- da inexistência de coação;*
- da existência de termo de doação;*
- de comunicação ao Ministério Público e ao Ministério da Saúde.”*

XI - No Capítulo IV, das disposições complementares, acrescente-se o seguinte art. 10-A:



*”Art. 10-A É proibida a aquisição e venda de tecidos para transplante, no Brasil ou no exterior, permitindo-se, entretanto, a remuneração dos custos relacionados ao transporte, impostos, e conservação, na forma do regulamento desta Lei e das normas técnicas do Ministério da Saúde.”*

XII -Dê-se ao parágrafo único do art. 11 a redação que se segue, alterando sua designação para § 1º, e acrescentem-se os seguintes §§ 2º, e 3º :

*”§ 1º Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento dirigidas aos profissionais de saúde e ao público em geral sobre os benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.” (NR)*

*§ 2º As campanhas dirigidas ao público deverão destacar os tipos de órgãos que estão sendo captados em sua região de residência.*

*§ 3º As campanhas dirigidas aos profissionais de saúde deverão valorizar os corretos procedimentos relacionados ao diagnóstico da morte encefálica, o embasamento legal e operacional necessário para a realização de transplantes, e a adequada abordagem de familiares de doadores e de receptores de órgãos.”*

XIII - Dê-se ao art. 13 a seguinte redação:

*“É obrigatório, para todos os médicos notificar aos estabelecimentos de saúde e a estas instituições notificar às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos. (NR)”*

XIV - No Capítulo IV, das disposições complementares, acrescentem-se os seguintes artigos 13-A e 13-B:

*”Art. 13-A É proibida a atuação de coordenadores de centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos em equipe de remoção e transplante de órgãos.*

*Art. 13-B As despesas com retiradas de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano e com transplantes realizados pelo Sistema Único de Saúde serão custeadas por este sistema na forma determinada pela regulamentação desta lei.*

*Parágrafo único. A regulamentação mencionada no*

*caput deste artigo definirá as formas de ressarcimento dos honorários de médico designado pela família do paciente para acompanhar os trabalhos relacionados à comprovação e atestação da morte encefálica nos termos do § 3º, do art. 3º, desta lei.”*

XV - Acrescenta-se ao Art. 14 § 5º com a seguinte redação:

“Art. 14.....

.....

..

*§ 5º Incorrem nas mesmas penas do caput os médicos que atestam falsamente a ocorrência de morte encefálica.”*

Art. 3º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

### **JUSTIFICAÇÃO**

A CPI destinada a investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos detectou vários problemas, especificados no relatório da CPI, que demandam aperfeiçoamento da Lei dos Transplantes, a fim de que sejam reduzidas as possibilidades de comércio de órgãos e que os procedimentos relacionados aos transplantes tenham seu nível de segurança e transparência elevados.

Diante da relevância das alterações para o fortalecimento do sistema de transplantes do País, solicitamos o apoio dos ilustres Deputados para aprovar a proposição.

Sala das Sessões, em            de            de 2004.

Comissão parlamentar de inquérito com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos

**PROJETO DE LEI Nº            , DE 2004**

**(Da Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos)**

Dispõe sobre o prontuário médico e a criação de comissões de revisão de prontuários.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei regulamenta o prontuário médico e as comissões responsáveis por sua revisão.

Art. 2º O prontuário médico consiste em documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente

e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 3º A responsabilidade pela elaboração do prontuário médico cabe ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento ao paciente.

Art. 4º Cabe à direção da instituição de saúde aonde ocorrer o atendimento a responsabilidade pela preservação do prontuário médico pelo período mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários em suporte de papel.

Art. 5º É obrigatória a criação de comissões de revisão de prontuários nos estabelecimentos de saúde onde se presta assistência médica, de acordo com regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 6º A inobservância ou desobediência à norma dessa lei, acarretará ao profissional responsável uma multa de dez mil Reais, que será destinada ao Fundo Municipal de Saúde do local de ocorrência, e será dobrada a cada reincidência.

Art. 7º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

A CPI destinada a investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos detectou inúmeros casos em que a baixa qualidade do preenchimento dos prontuários médicos dificultou a investigação dos procedimentos relacionados ao diagnóstico de morte encefálica, bem como a verificação da qualidade da atenção oferecida a determinados pacientes.

Além disso, observaram-se casos em que os prontuários estavam incompletos e “fragmentados”, negando, assim, o direito dos pacientes à informação vital sobre sua própria saúde.

Considerando que o Conselho Federal de Medicina emitiu em 2002 as Resoluções nº. 1.638, e 1.639, definindo o prontuário médico, tornando obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde, e estabelecendo prazos mínimos para arquivamento de prontuários, a referida CPI decidiu pela apresentação dessa proposição, que se

utiliza dos conceitos técnicos referidos nas mencionadas resoluções, a fim de que as “obrigações” existentes nas mesmas ganhem a força que é própria de uma lei, segundo nossa Constituição Federal.

Foram incluídas penalidades visando coibir a práticas contrárias às obrigações previstas.

Diante das considerações apresentadas, solicitamos o apoio dos nobres Pares para aprovar a proposição.

Sala das Sessões, em            de            de 2004.

Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar a atuação de organizações criminosas atuantes no tráfico de órgãos humanos

### **PROJETO DE LEI Nº            , DE 2004**

**(Da CPI Destinada a Investigar a Atuação das Organizações Criminosas Atuantes no Tráfico de Órgãos Humanos)**

Torna hediondos os crimes da Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei torna hediondos os crimes da Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997.

Art. 2º O Parágrafo Único do Art. 1º da Lei nº8.072, de 25 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 1º -.....

*Parágrafo Único – Consideram-se também hediondos o crime de genocídio previsto nos arts. 1º, 2º e 3º da Lei nº 2.8899, de 1º de outubro de 1956, tentado ou consumado e os crimes da Lei nº9.434, de 4 de fevereiro de 1997 (NR).”*

Art. 3º . Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

### **JUSTIFICAÇÃO**

Trata-se de Projeto que visa a tornar hediondos todos os crimes da Lei dos Transplantes, 9434/97. Tal medida visa a salvaguardar o mandamento constitucional que proíbe o comércio de órgãos humanos, conforme o Art. 199, § 4º da CF.

Esta proposição se escuda em todo o Relatório da CPI que o propõe, que revelou que nosso país corre o risco de tornar-se “celeiro” fornecedor de seres humanos para transplantes remunerados, o que leva à exploração da miséria e à degradação da pessoa humana. É preciso tomar medidas drásticas e imediatas para coibir esse descalabro.

Conclamamos os Nobres Pares a aprovarem, esta proposição

Sala das Sessões, em            de            de 2004 .

CPI Destinada a Investigar a Atuação das Organizações Criminosas Atuantes no

Tráfico de Órgãos Humanos

Sala da Comissão, 19 de outubro de 2004

Este é o Relatório que nos cabia elaborar.

Sala da Comissão, em 19 de outubro de 2004.

Deputado PASTOR PEDRO RIBEIRO

RELATOR

**ANEXO I.**  
**ASPECTOS RELEVANTES DO DECRETO Nº 879, DE 22 DE**  
**JULHO DE 1993, REVOGADO:**

- estabeleceu que o sangue, o esperma e o óvulo não estariam compreendidos entre os tecidos a que se referia a norma;
- atribuiu a responsabilidade pela definição de morte encefálica ao Conselho Federal de Medicina (CFM);
- proibiu o médico que atestou o óbito a participar da equipe de transplante;
- admitiu a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica;
- estabeleceu que o indivíduo menor poderia fazer doação de medula óssea, desde que houvesse consentimento dos seus pais e autorização judicial e não existisse risco para a sua saúde;
- impôs restrições às doações de órgãos por gestantes;
- determinou que a doação em vida somente seria realizada se o doador gozasse de boa saúde, e se existisse histocompatibilidade sangüínea e imunológica comprovada entre ele e o receptor;
- o doador seria prévia e obrigatoriamente esclarecido sobre as conseqüências e riscos possíveis da extração de tecidos, devendo o doador manifestar expressamente o seu assentimento;
- estabeleceu que a autorização judicial para doação entre vivos não-aparentados seria precedida de: I - constatação da sanidade mental do doador; II - inexistência de qualquer tipo de retribuição, seja monetária, material ou de outra espécie; III - inexistência de coação; IV - respeito ao anonimato do doador e do receptor; V - termo de doação;



- definiu que as despesas hospitalares para a retirada de tecidos seriam remuneradas pelos órgãos gestores do Sistema Único de Saúde, de acordo com a tabela de remuneração de procedimentos de assistência à saúde, ainda que o hospital não mantenha convênio ou contrato com o Poder Público;
- autorizou às entidades públicas e privadas de pesquisa, bem como as instituições de ensino da área biomédica a dispor, para fins de pesquisa científica de tecidos que não fossem utilizados para transplantes, tendo preferência os órgãos e entidades públicas;
- mencionou que a utilização de cadáver não reclamado para fins de estudos e pesquisas obedeceria ao disposto na Lei nº 8.501, de 30 de novembro de 1992.
- sobre a seleção dos receptores de órgãos, indicou que a Central de Notificação da Secretaria de Saúde do Estado selecionaria mais de um indivíduo receptor, até o máximo de dez, e os encaminharia ao hospital responsável pela realização do transplante;
- o hospital, observados critérios médicos, determinaria qual paciente receberia o tecido;
- indicou que no âmbito do SUS, os bancos de tecidos funcionariam vinculados às Centrais de Notificação das Secretarias de Estado da Saúde;
- estabeleceu que o Ministério da Saúde (MS) providenciaria distribuiria modelo padronizado de documento de doação de tecidos;
- determinou o arquivamento no hospital onde ocorreu o falecimento do doador da documentação relativa à utilização de tecidos para fins científicos;
- determinou que o dirigente do hospital exigiria dos familiares documento escrito e assinado com autorização, caso o cônjuge, ascendente ou descendente não se opusesse à retirada do tecido, órgão ou parte do corpo do seu familiar, e não houver

manifestação de vontade, em vida, do falecido, contrária àquela utilização.

**ANEXO II.**  
**ASPECTOS RELEVANTES DO DECRETO Nº 2.268, DE 30 DE JUNHO DE 1997, EM VIGOR:**

- cria o Sistema Nacional de Transplante - SNT, que desenvolverá o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas, tendo como âmbito de intervenção as atividades de conhecimento de morte encefálica verificada em qualquer ponto do território nacional e a determinação do destino dos tecidos, órgãos e partes retirados;
- estabelece as atribuições dos componentes do SNT: o órgão central, os órgãos estaduais, as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos – CNCDO (admitindo que o Município considerado pólo de região administrativa poderá instituir CNCDO, que ficará vinculada à CNCDO estadual);
- destacam-se como atribuições do SNT o **gerenciamento da lista única nacional de receptores** e a coordenação das CNCDO dos estados;
- estabelece que a retirada de tecidos, órgãos e partes e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde;
- detalha os requisitos exigidos para a autorização pelo Ministério da Saúde dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas envolvidos na retirada e transplante de tecidos;
- ainda prevê a retirada de tecidos “post mortem”, independentemente de consentimento expresso da família e não prevê as restrições à doações entre vivos, além de não explicitar a gratuidade, o que não está de

acordo com as modificações da Lei n.º 10.211, de 2001, que alterou a Lei n.º 9.434, de 1997, de 2001;

- prevê o envio de cópia do documento de doação de tecidos entre vivos “ao órgão do Ministério Público em atuação no lugar de domicílio do doador, com protocolo de recebimento na outra, como condição para concretizar a doação”.
- aborda o tema da comprovação da morte a ser baseada em Resolução do CFM, exigindo que um dos dois médicos que atestarem a morte encefálica tenha título de especialista em neurologia reconhecido no País;
- prevê que são dispensáveis os procedimentos previstos para comprovação de morte encefálica, esta decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico;
- indica que os familiares passíveis de serem contatados serão obrigatoriamente informados do início do procedimento para a verificação da morte encefálica, e que será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato de comprovação e atestação da morte encefálica, se a demora de seu comparecimento não tornar, pelo decurso do tempo, inviável a retirada, mencionando-se essa circunstância no respectivo relatório;
- antes da realização da necropsia, obrigatória por lei, a retirada de tecidos, órgãos ou partes poderá ser efetuada se estes não tiverem relação com a causa da morte, o que deve ser mencionado em relatório, excetuando-se os casos de morte ocorrida sem assistência médica ou em decorrência de causa mal definida ou que necessite de ser esclarecida diante da suspeita de crime, quando a retirada dependerá de autorização expressa do médico patologista ou legista;
- estabelece que se o estabelecimento de saúde não dispuser de condições para a comprovação da morte encefálica ou para a retirada de tecidos, órgãos e

partes, a CNCDO acionará os profissionais habilitados que se encontrarem mais próximos para efetuarem ambos os procedimentos;

- a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo será precedida da comprovação de comunicação ao Ministério Público e da verificação das condições de saúde do doador para melhor avaliação de suas conseqüências e comparação após o ato cirúrgico;
- o doador será prévia e obrigatoriamente informado sobre as conseqüências e riscos possíveis da retirada de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, para doação, em documento lavrados na ocasião, lido em sua presença e acrescido de outros esclarecimentos que pedir e, assim, oferecido à sua leitura e assinatura e de duas testemunhas, presentes ao ato;
- atribui à CNCDO poderes para deixar de observar ordem de inscrição na lista de espera de acordo com critérios do órgão central do SNT;
- estabelece que os prontuários relacionados aos transplantes devem ser mantidos por cinco anos nas instituições de saúde, e após isso, por 20 anos na CNCDO;
- não poderão ocorrer transplantes em receptor não indicado pelas CNCDO;
- estabelece que os procedimentos de diagnóstico de morte encefálica, de manutenção homeostática do doador e da retirada de tecidos, órgãos ou partes, realizados por estabelecimento hospitalar privado, poderão ser custeados segundo valores fixados em tabela aprovada pelo Ministério da Saúde, independentemente de contrato ou convênio, mediante declaração do receptor, ou, no caso de óbito, por sua família, na presença de funcionários da CNCDO, de que tais serviços não lhe foram cobrados.

**ANEXO III.**  
**ASPECTOS RELEVANTES DA RESOLUÇÃO DA ANVISA RDC Nº**  
**1, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2002, QUE APROVA O**  
**REGULAMENTO TÉCNICO PARA FINS DE VIGILÂNCIA**  
**SANITÁRIA DE MERCADORIAS IMPORTADAS, INCLUINDO**  
**TECIDOS HUMANOS:**

- definição de importação como a introdução em um país, de “mercadorias” procedentes de um outro;
- definição de órgãos e tecidos como “de natureza humana, incluindo sangue de cordão umbilical, medula óssea, sangue placentário, cabelos e unhas”;
- orientação para que a importação de córneas, fluidos, outros tecidos ou órgãos humanos, destinada à transplante em seres humanos no território nacional, ocorra por meio da Declaração Simplificada de Importação - não eletrônica, o que as sujeitam à fiscalização sanitária das mercadorias antes do desembarço e da entrega de exposição ou consumo humano;
- a importação de órgãos e tecidos humanos, incluindo sangue de cordão umbilical ou placentário e de medula óssea, destinada à transplante, deverá ser analisada e aprovada pelo órgão competente da ANVISA Segundo o (art. 87), em Brasília, previamente à sua autorização de embarque no exterior, a ser concedida pela autoridade sanitária em exercício, no local de desembarço, mediante a apresentação de documentos, dentre os quais: laudo diagnóstico emitido por profissional da especialidade, credenciado perante o Sistema Nacional de Transplante (SNT), e documento comprobatório de ausência de órgão/tecido disponível no Brasil, aparentado ou não, emitido pelo órgão credenciado pelo SNT, além de dados sobre o material importado;

- excetua-se da autorização e das exigências documentais de que trata o artigo 87 as importações de córneas e de cabelo humano;
- a liberação sanitária da importação de córneas para atendimento de paciente inscrito na lista da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), deverá ser precedida de autorização da CNCDO da unidade federada de destino.

## **ANEXO IV. PROTOSCOLOS PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE APNÉIA**

Segundo **Flowers**, um método aceito para a realização do teste de apnéia é a ventilação com oxigênio puro ou uma mistura de oxigênio e dióxido de carbono por 10 minutos antes da retirada do ventilador, seguida por fluxo passivo de oxigênio. Esse procedimento permite que a pCO<sub>2</sub> eleve-se sem os prejuízos da hipóxia (redução do oxigênio). A hipercapnia adequadamente estimula a respiração dentro de 30 segundos quando a pCO<sub>2</sub> é maior que 60 mm, e este nível deve ser confirmado por dosagem no sangue arterial. Um período de 10 minutos de apnéia é usualmente suficiente para atingir esse nível de hipercapnia.

Segundo **Wijdicks**, a oxigenação prévia é necessária para eliminar as reservas de nitrogênio e facilitar o transporte de oxigênio.

Tipicamente, a pCO<sub>2</sub> aumenta nos primeiros minutos devido ao equilíbrio do dióxido de carbono arterial com o dióxido de carbono venoso, seguido por rápida elevação da pCO<sub>2</sub> devido à produção metabólica de dióxido de carbono.

Estima-se que uma elevação da pCO<sub>2</sub> de aproximadamente 3 a 6 mmHg por minuto ocorra após a desconexão do ventilador. O alvo da pCO<sub>2</sub> é de 60 mmHg, mas várias precauções adicionais são necessárias antes de realizar o teste. A hipotermia deve ser corrigida 32°, o que é um requisito para a determinação de morte encefálica, para a 36° a 37°. Pacientes com hipotensão sistólica, com níveis de pressão inferior a 90 mmHg, devem receber líquidos ou elevação da dopamina intravenosa.

A oxigenação prévia visando uma pO<sub>2</sub> de pelo menos 200 mmHg, como também a correção hipocapnia visando uma pCO<sub>2</sub> normal (40mmHg) é necessária antes da desconexão do ventilador.

Geralmente 10 minutos de oxigênio a 100% com uma FiO<sub>2</sub> de 1 é suficiente para aumentar pO<sub>2</sub> para esses níveis.

Após a desconexão do ventilador é preciso fornecer uma fonte adequada de oxigênio, usando um cateter colocado na carina (6 L/minuto).

Por aproximadamente oito minutos (8 vezes 3 mm Hg corresponde a um aumento de 24 mmHg do valor da linha de base na direção do



valor almejado) observa-se a ocorrência de movimentos no abdômen e tórax do paciente.

Se não são observados movimentos é retirada uma nova amostra de sangue para dosagem gasosa. Quando a pCO<sub>2</sub> alcançar 60 mmHg o teste de apnéia é positivo e em combinação com a exclusão de fatores de confusão, ausência de reflexos do tronco encefálico e presença de coma, o diagnóstico de morte encefálica poder ser feito.

Durante o teste de apnéia é preciso o monitoramento contínuo da saturação de oxigênio, pulso, e pressão arterial.

Se a pCO<sub>2</sub> não se elevou para o nível alvo desejado, o teste de apnéia deve ser repetido, dessa vez por dez minutos.

## ANEXO V. INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO USO DE MEDICAMENTOS DEPRESSORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL NO DIAGNÓSTICO DA MORTE ENCEFÁLICA.

Segundo Wijdicks<sup>11</sup>, a ingestão de medicamento pode confundir seriamente o exame neurológico, embora tenham ocorrido apenas poucos relatos (antidepressivos tricíclicos) de exames em pacientes que claramente mimetizavam o diagnóstico de morte encefálica.

Uma importante característica clínica diferenciadora é a resposta pupilar à luz persiste na maioria das intoxicações.

Uma abordagem razoável para pacientes possivelmente intoxicados que podem ter morte encefálica é a seguinte:

- administrar inicialmente o antídoto naloxone e flumazenil ao se considerar intoxicação por opióides e benzodiazepínicos.

- a morte encefálica pode ser declarada se a dosagem dos níveis do medicamento estiver abaixo da dosagem terapêutica.

- quando uma droga ou veneno não puder ser quantificado mas parece ser altamente provável pela história, não deveria ser realizado o diagnóstico de morte encefálica, mas se deveria observar o paciente **por no mínimo quatro vezes a meia vida de excreção da droga**, presumindo que não exista prolongação da meia vida devido à disfunção orgânica adicional.

- em qualquer outro caso em que a suspeita de intoxicação por drogas permanece alta mas que não pode ser identificada, o paciente deveria continuar em observação por pelo menos **dois dias** para verificação de modificação nos reflexos do tronco encefálico e da resposta motora. Caso nada seja observado, pode ser realizado um teste confirmatório, preferentemente uma angiografia cerebral, quando se considera a realização de transplante.

---

<sup>11</sup> Disponível em <http://www.snowtigermed.com/cgi-local/viewarticle.pl?doc=20001222150458>

**ANEXO VI.  
INFORMAÇÕES SOBRE IMPORTAÇÃO DE CÓRNEAS DOCS DO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**(DOCUMENTOS SIGILOSOS)**

**ANEXO VII**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO**  
**RELATÓRIO N.º 33 100**  
**RELATÓRIO DE AUDITORIA**  
**TRANSPLANTES POÇOS DE CALDAS/MG**

**Interessado: MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**DEZEMBRO DE 2000**

**EQUIPE:**

NOME	CATEGORIA
Júlio Abreu Neto	Médico
Flávio Azenha	Médico
Edward Ladislau Ludkiewicz Neto	Médico
Raquel Von Sucro	Médica
Maria Verity F. Armes	Enfermeira
Maria Helena de Souza Gurgel	Contadora

**INDICE**

<i>I - INTRODUÇÃO</i> .....	<b>4</b>
<i>II- METODOLOGIA</i> .....	<b>4</b>
<i>III- AS CONSTA TAÇÕES</i> .....	<b>5</b>
<i>III.1 - A CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DR. PEDRO SANCHES</i> .....	<b>5</b>
<i>III.2 - A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS</i> .....	<b>8</b>
<i>III.3 - O LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE</i> .....	<b>10</b>
<i>III.4 - QUANTO ÀS EQUIPES ESPECIALIZADAS.</i> .....	<b>10</b>
<i>III.5 - A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</i> .....	<b>10</b>
<i>III.6 - Quanto á CNCDO Regional Para o Sul de Minas</i> .....	<b>12</b>
<i>III.7 - Quanto ao procedimento de Busca Ativa pela Regional no caso de Paulo Veronesi Pavesi</i> .....	<b>14</b>
<i>III.8 - Quanto á análise do PRONTUÁRIO MÉDICO de internação de Paulo Veronesi Pavesi e de documentos que compõem a internação na Santa Casa</i> .....	<b>15</b>
<i>III.8.1 - No Hospital Pedro Sanches</i> .....	<b>15</b>

<b>III.9 - A conta apresentada pela Casa de Saúde e Maternidade Dr.PedroSanches</b>	<b>17</b>
<b>IV - NA SANTA CASA DE POÇOS DE CALDAS,</b>	<b>18</b>
<b>V- CONCLUSÕES</b>	<b>19</b>
<b>Em relação ao Sistema Nacional de Transplantes/SAS:</b>	<b>19</b>
<b>Em relação ao Gestor Estadual:</b>	<b>19</b>
<b>Em relação à CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos) -Nível Regional:</b>	<b>19</b>
<b>Em relação ao Gestor Municipal:</b>	<b>21</b>
<b>Em relação à Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas:</b>	<b>21</b>
<b>Em relação à Casa de Saúde Pedro Sanches</b>	<b>22</b>
<b>VI - RECOMENDAÇÕES</b>	<b>22</b>
<b>À Coordenação Nacional:</b>	<b>22</b>
<b>À Secretaria de Estado de Saúde:</b>	<b>23</b>
<b>A Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas:</b>	<b>23</b>
<b>Ao DENASUS:</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO - Conta Revisada pela Equipe de Auditoria</b>	<b>25</b>

## I - INTRODUÇÃO

A presente auditoria foi realizada em cumprimento á determinação do Exmo. Sr Ministro da Saúde, com o objetivo de verificar a organização e funcionamento do Sistema de Transplantes de Órgãos em Poços de Caidas - MG, em decorrência de denúncia apresentada.

No dia 11/11/2000 foi enviada uma equipe do DENASUS para a verificação do ocorrido, com apresentação de Nota Técnica ao Ministro José Serra. A Nota Técnica apontou a necessidade da realização de uma auditoria, cujos trabalhos de campo foram realizados em dezembro de 2000 e janeiro de 2001.

Considerando a complexidade dos procedimentos que resultam no transplante de órgãos, a auditoria verificou os procedimentos nos hospitais envolvidos no processo, nos órgãos responsáveis pela Coordenação de Transplantes no Estado de Minas Gerais e nas áreas de controle e avaliação da Gestão Municipal do SUS em Poços de Caldas - MG, bem como solicitou documentação ao MG SUL Transplantes. da Secretaria de Estado de Minas Gerais.

## II - METODOLOGIA

Preliminarmente procedeu-se a análise de documentos relativos às normas reguladoras dos transplantes e os dados constantes nos Relatórios dos Sistemas de Informações Hospitalar e Ambulatorial / DATASUS.

Os trabalhos de campo abrangeram a Casa de Saúde e Maternidade Dr. Pedro Sanches Ltda., a Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas, o local referido como Central de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO Regional. a Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas, a CNCDO do Estado de Minas Gerais e a MG SUL Transplantes.

Na Casa de Saúde e Maternidade Dr. Pedro Sanches foi realizada avaliação físico funcional (UTI, Centro Cirúrgico e Centro de Materiais), análise de prontuários, em especial o de Paulo Veronesi Pavesi, além de entrevistas, inclusive

**Responsável Administrativo :** Lucas Neto Barbosa (CRM/MG 9.522 e CPF 276.383.406-04)

**Responsável Técnico:** Homero Junqueira de Abreu (CRM/MG 10.985 e CPF 425316837-04)

**Responsável pelo Serviço de Enfermagem:** Luzia de Moraes Oliveira (COREN/MG 10.011 e CPF 30599188-96)

**Responsável pela Unidade de Terapia Intensiva :** José Luis Bonfitto (CRM/MG 30054 e CPF 872479098-20)

A Casa de Saúde e Maternidade Dr. Pedro Sanches Ltda. É credenciada junto ao SUS para realizar internações em geral. Na área ambulatorial possui credenciamento apenas para atendimentos de Acidentes do Trabalho, com programação física de 10 procedimentos ambulatoriais/mês. Assim não possui porta de entrada para atendimento direto de pessoas por não estar credenciado para prestação de assistência de ambulatório em Urgência e Emergência (Pronto Socorro).

**Não mantém de forma visível para o público a informação de que atende por meio do SUS, conforme normas específicas. Não há esta informação em nenhuma das dependências visitadas pela equipe, inclusive na recepção. A informação existente refere-se ao atendimento de clientes do plano de saúde “CLIMEPE” próprio do hospital.**

POSSUI:

<b>Leito</b>	<b>Existentes na CSPS</b>	<b>Contratados da CSPS</b>	<b>No. de Leitos Na Rede SUS</b>	<b>Participação da CSPS no SUS</b>
Cirúrgico	20	14	119	11,8%
Obstétrico	32	20	106	18,9%
Clínico	27	22	200	11,0%
Total	79	56	425	13,2

Embora não tenha leitos de pediatria cadastrados, a Casa de Saúde internou 13 (28,3%) crianças em 46 internações médicas não cirúrgicas ou obstétricas em 2000.

Não está cadastrado para realização de procedimentos de alta complexidade (SJIPAC).

Não possui UTI cadastrada, contudo internou no ano de 2000:

- Acidente Vascular Cerebral - 5 casos:
- Contusão - Concussão Cerebral (1 adulto e 1 criança);
- Septicemia - 1 caso;
- Processo Toxi-infeccioso do Cérebro e da Medula - 1 caso:
- Distúrbios de Condução (cardíaco) - 1 caso; e
- Infarto Agudo do Miocárdio -1 caso.

Não possui serviço e nem equipamento para realização de arteriografia seletiva e eletroencefalografia.

A visita às instalações mostrou o seguinte:

- Não há condições de classificação e cadastramento da UTI do Hospital Pedro Sanches pelas graves deficiências existentes em sua estrutura física, além da falta de equipamentos e de pessoal (no período noturno a enfermeira fica á distância).
- O Centro Cirúrgico funciona na mesma área física do Centro de Materiais e Esterilização, com apenas uma única via de acesso, por onde acontece todo o fluxo de pessoal, pacientes e materiais. Esta situação demonstra a inadequação das instalações e dos fluxos, com potencial perigo de infecção pelos cruzamentos que ocorrem. A situação é agravada pela existência de uma única sala para atendimento de recepção ao paciente, pré anestésico e de recuperação pós-anestésica, em conjunto com um escritório para serviços burocráticos de anestesia.

## **O MOVIMENTO DE INTERNAÇÕES /SUS.**

<b>Ano</b>	<b>Quantidade Média de AIH/mês Aprovada</b>	<b>Participação do hospital no total das AIHs da cidade(*)</b>
1997	34	34/725 = 4,7%
1998	24	24/753 = 3,2%
1999	17	17/860 = 2,0%
2000	09	09/764= 1,2%

(\*) Consideradas apenas as especialidades existentes no hospital.

Segundo o cadastro, 13.25% dos leitos de cirurgia, obstetrícia e clínica, disponíveis para o SUS são contratados da Casa de Saúde Pedro Sanches. CSPS. Entretanto a análise da quantidade de internações realizadas no hospital demonstram que ele efetiva apenas 1,2% das internações no município.

A ANÁLISE DE AIH E DE 48 PRONTUÁRIOS no Hospital Dn Pedro Sanches mostrou que:

- Foram apresentadas AIHs que seriam certamente rejeitadas em decorrência da curta permanência (os funcionários não sabem se foram rejeitadas e/ou quais o foram). Constatou-se que não há acompanhamento e interesse nas internações realizadas pelo SUS.
- O hospital utiliza a conta do SUS para descontar as parcelas referentes a uma dívida negociada com o INSS.
- Em 3 internações foi utilizada a UTI, mas as diárias cobradas foram de acomodações de enfermaria.
- Em 1 caso não houve cobrança de longa permanência.
- Em 1 caso foram utilizadas Órtese e Prótese e não cobradas.
- Em 1 caso não houve cobrança de procedimentos de transfusão.
- Observou-se, no demonstrativo de frequência das internações, a existência de internações desnecessárias, segundo o procedimento indicado pela própria patologia.
- Em 4 casos de acidente de trabalho constatou-se o relacionamento com a prestadora de serviços CLIMEPE (encaminhamento com receituário de Plano de Saúde - CLIMEPE).
- Em 5 casos identificou-se encaminhamento e prescrição de consultórios particulares.
- Todos os prontuários apresentavam as duas vias dos laudos e da AIH, estando sem carimbos de identificação do emissor e do profissional regularizador (as AIHs seriam entregues em branco e preenchidas pelo hospital, observando o procedimento solicitado, e corrigido pela



SMS, se fosse o caso, no laudo que retorna junto com as duas vias para o hospital, nada ficando na SMS).

• O cruzamento de internações pelo SUS, realizado pela Agência de Saúde Complementar, mostrou 3 casos de pacientes com contrato do CLIMEPE e que foram internados em decorrência de doença excludente ou período de carência.

Os prontuários são precários, com dados insuficientes e mesmo com ausência de dados indispensáveis, como registros das avaliações médicas (evolução médica), descrição de cirurgia, resultados de exames e outros. Há incoerência de dados, inclusive entre os registros dos profissionais. No caso de Paulo Veronesi Pavesi, a-análise foi realizada tendo como base as anotações da enfermagem, tal a precariedade dos registros médicos.

O perfil das internações, os achados em prontuários, e o fato de que o hospital não está articulado com o SUS e apresenta produção inexpressiva. São indicativos de que o hospital utiliza as intemações do SUS para complementação da cobertura do Plano de Saúde (CLIMEPE) e para possuir as condições de credenciado ao SUS.

### **III. 2- A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS**

Estabelecimento autorizado junto ao MS com N.º no SNT 2.01 .99.MG.O1, para realização dos procedimentos inerentes aos processos de remoção e transplante conforme PT/SAS/MS. 365 de 21 de julho de 1999.

A Análise dos prontuários médicos de doadores de receptores apontou o seguinte:

- 1) o paciente doador possui três prontuários: um prontuário médico, um prontuário referente ao faturamento junto ao SUS e outro prontuário na CNCDO que contém os documentos relativos à busca, captação, notificação do diagnóstico de morte encefálica e exames complementares.
- 2) o paciente receptor possui quatro prontuários: um prontuário clínico, um prontuário de UTI, outro prontuário referente ao faturamento junto ao SUS e um prontuário na CNCDO que contém aos exames e documentos referente à recepção.

Tal prática dificulta a avaliação criteriosa de cada caso pois um doador pode estar vinculado a vários receptores, obrigando busca dos prontuários em vários setores da Unidade para organizar um prontuário por paciente, contrariando o disposto na RES/CFM/1480/97, art. 8º

PARJCFM/16/90.

3) A AIH (formulário 7) encontra se anexada ao prontuário em uma via (2ª via) mas sem a assinatura do responsável pela regularização **nem a identificação do órgão emissor.**

4) Os documentos e prontuários são insuficientemente preenchidos, com freqüentes ausência de assinatura e dados e presença de rasuras. No caso de Paulo Pavesi, conforme se constata no atestado de óbito, não há registro do horário da segunda avaliação clínica, faltando clareza quanto diagnóstico clínico de morte encefálica.

5) Em outro caso, houve 3 avaliações clínicas de morte encefálica a saber 12:30h de 23/10/00, 09:00h de 24/10/00 e 20:00h (rasura sobre 21:00h) de 24/10/00, totalizando mais de 31 horas - necessário apenas 6 horas -, todos sem alteração dos critérios clínicos de morte encefálica. O cumprimento das orientações técnicas pode significar o aproveitamento de outros órgãos.

6) No caso de transplante entre vivos não há protocolo no Ministério Público em atuação na área de residência do doador, necessário pela legislação.(art. 15 § 5 - Dec. 2268/97)

Houve demoras injustificadas (2 anos sem alteração do doador com necessidade de refazer todos os exames que estavam conclusos.) No mesmo caso há solicitação de procedimento não justificado no prontuário (Ressonância Magnética de coluna) e realizada de forma particular assim como anotações em diversos campos, seja de exames ou impressos, da palavra particular (Receptor Arnaldo Araújo de Souza Tx 06/03/98).

7) Não houve realização de necrópsia no caso de morte natural em que houve retirada de órgãos, - que permitisse atestar a exatidão do procedimento seja de diagnóstico como de retirada dos órgãos e recomposição do cadáver.

**8) Não houve solicitação de autorização do medico legista para a retirada dos órgãos em caso de morte não natural:**

**No caso de Laércio Clarino Martins, óbito em 25/10/00 e prontuário 037.720, vítima de agressão com trauma crânio encefálico (paulada segundo informações) não foi submetido a necessária autopsia pelos médicos legistas por ter sido previamente retirado órgão, conforme se verifica no atestado de óbito.**

**No caso de Paulo Pavesi também não foi realizada necrópsia, conforme atestado de óbito e declaração da Diretora Clínica da Santa Casa de Misericórdia.**

9) O conjunto de documentos necessários e que correspondem a identificação, diagnóstico e doação, não apresenta, padrão oficial adotado pela central de transplantes de Minas Gerais.

Observação: Bernardete Balducci Scafi, enfermeira e membro do sistema municipal de auditoria, controle e avaliação, responsável pelo relatório de auditoria municipal sobre o caso bem como pelas autorizações de internações para transplante (sic) tem o mesmo sobrenome do urologista membro da equipe transplante - Celso Roberto Scafi.

### **III.3 - O LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE**

Segundo o cadastro do DATASUS, o Laboratório Poços de Caldas Ltda. - LABORPOÇOS. CGC 02525748/0001-33, tem com sócios proprietários: ÉLCIO PEREIRA VALADÃO e JOSÉ WURTEMBERG MANSO.

Responsável Técnico: ANGÉLICA DE LIMA. cadastramento SUS PT/SAS n.º 337, de 18/09/00, recadastramento SUS PT/GM/MS n.º 1313, de 30/11/00, classificado como Tipo I.

Observação: segundo informações de funcionários, o laboratório vem realizando exames de histocompatibilidade desde 1997, antes mesmo de estar autorizado pela SAS/MS, **sendo o pagamento dos exames realizados efetuado diretamente pela Santa Casa de Poços de Caldas (sic).**

### **III.4 - QUANTO ÀS EQUIPES ESPECIALIZADAS.**

A Equipe que atua na Santa Casa de Misericórdia em remoção e transplante de órgãos, partes ou tecidos está autorizada com cadastro no SNT 1 01 99 MG 01, conforme PT/SAS/MS.Nº 357 de 21 de julho de 1999 e está assim constituída:

Alvaro lanhez, nefrologista. CRM/MGI 2902-S (Responsável Técnico)

Celso Roberto Frasson Scafi, urologista, CRM/MG 27848 (membro)

Cláudio Roberto Fernandes, urologista, CRM/MG2 1440-5 (membro)

Saulo Zenum, urologista. CRM/MG4980 (membro)

Mirtes M. Rodrigues Barbosa, nefrologista CRM/MG 17720 (membro)

João A. Gois Brandão, nefrologista CRM/MG25137 (membro)

Sergio Visom Vargas, urologista, CRM/MG 12589 (membro)

Eduardo Silva, urologista. CRM/MG 29769 (membro)

Pode-se verificar na relação apresentada que o Dr. Alvaro lanhez é o

responsável formal pela equipe.

### **III.5 - A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

O Município encontra se em Gestão Plena do Sistema.

A equipe verificou que os recursos financeiros referentes aos transplantes e buscas realizados na cidade são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de Poços de Caldas.

Em Poços de Caldas o gestor vem autorizando a emissão de AIH nos casos de transplantes, o que contraria o disposto na PT 3410/98 que em seu artigo 20 § 4º determina a competência da CNCDO para fornecimento de AIH mediante avaliação individual e realização de auditorias a cargo de CNÇDO Regional e Equipes de Auditoria do Estado.

O gestor municipal não apresentou documentos comprobatórios de delegação por parte da SES/MG de Autorização para realização de tais ações.

O Município vem gastando 112% de seu extra teto para garantir assistência de alta complexidade/custo.

De janeiro a setembro (13/09/2000), do total de recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao município, R\$ 690.969,23 foram para pagamento de remoções e transplantes de órgãos (dados do DATASUS), com média mensal de R\$76.744,44, pagos para a Santa Casa. Este valor equivale a 11,26% do teto mensal do município, que é de 681.548,02 (MAC e PAB).

A Secretaria Municipal de Saúde não executa as devidas ações de controle, avaliação e auditoria, - indispensáveis para a gestão - com efeitos observados na precariedade dos documentos, prontuários e utilização inadequada dos serviços de saúde.

A SES/MG - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais -Delegacia Regional de Saúde/Pouso Alegre - realizou em abril/2000 uma auditoria na Gestão de Poços de Caldas, e retornou para reavaliação em novembro/2000, e concluiu, segundo o relatório:

- ainda há auditores do SUS que atuam também na prestação de serviços, configurando o conflito de interesses; e

- Inexistência de controle na qualidade da assistência prestada e no resultado alcançado.

O relatório não menciona aspectos do planejamento, execução e controle da gestão, inclusive da organização e utilização dos recursos de saúde.

Não há referência aos transplantes e às irregularidades da CNCDO.

Quanto ao caso do Sr. Paulo Veronesi Pavesí, há um relatório elaborado pela equipe de auditoria do município que informa:

“... não houve cobrança do SUS pelo Hospital Dr. Pedro Sanches e apenas a Santa Casa abriu AIH de n.º224200170-7 no dia 21/04/2000 como Busca Ativa de Órgãos.”

Concluindo que: “por tratar-se de internação particular, não temos condições de analisar os valores cobrados pelo Hospital e no que diz respeito ao SUS não foi observado nenhuma distorção.” (grifo nosso)

Assim o Gestor Municipal, se eximiu da solução do caso considerando que a internação ocorreu em caráter particular e em prestador privado. Porém, uma vez que o hospital é credenciado junto ao SUS e, em conformidade com a NOB/SUS/96, subitens e alíneas 15.2.1 .d, 15.2.2.d e 15.2.3.e, fica evidenciada sua responsabilidade de gestão, independente da gerência das unidades assistenciais - ‘existentes no município.

### **III.6 - Quanto à CNCDO Regional Para o Sul de Minas**

O Dr. Alvaro lanhez apresenta se como responsável pela Coordenação Regional de Transplantes - MG- SUL Transplantes, localizada à R.: Francisco Escobar.nº.27, 3º andar - sala Pró-Rim, Poços de Caldas/MG.

Não apresentou à equipe documentos comprobatórios da autorização da SES/MG para o funcionamento, da Central, funcionando **sem autorização formal e sem os devidos credenciamentos** junto à Coordenação Estadual de Transplante e junto ao Sistema Nacional de Transplantes - Nível Central - (SAS/MS), contrariando o estabelecido na PT/SAS/MS 294/99 quanto ao cadastramento.

Não houve, segundo o Dr. Álvaro, a capacitação da CNCDO Regional pela Coordenação Estadual de Transplante - contrariando a PTISAS/MS 294/99.

Segundo relatório apresentado pelo Doutor Álvaro, em anexo, foram realizadas, pela “CNCDO’ regional, captações e transplantes, desde 1991.

Segundo as informações do Dr. Álvaro lanhez, a CNCDO de Poços de Caldas é

responsável pela cobertura assistencial de 2,7 milhões de habitantes, em captação e transplante de órgãos.

Utiliza formulários e impressos com timbre da SES/MG. Nota se que os impressos utilizados, as rotinas estabelecidas e os critérios adotados para

formalização dos processos inerentes às atividades tiveram origem no nível local.

Dr. Álvaro lanhez. não tem vínculo empregatício com a SES/MG é o responsável técnico pela equipe que realiza retirada de órgãos e também pela equipe cirúrgica que realiza transplantes - cadastrada junto a SAS/MS

Os documentos referentes à morte encefálica são arquivados fora do prontuário dos pacientes doadores contrariando a RES/CFM 1480/97.

**Não foi possível identificar, quem foi formalmente, o notificante do provável doador à CNCDO Regional no caso da denúncia referente ao doador Paulo Veronesi Pavesi, contrariando o disposto na resolução CFM 1480197 art.9.**

Ainda segundo Dr. Álvaro, a CNCDO Regional alimenta o Banco de Dados Nacional através da Coordenação Estadual de Transplante

Não apresentou cópia do termo formal de cooperação intermunicipal/estadual apesar de fornecer partes ou tecidos para Unidades localizadas em outros municípios/estados, conforme foi verificado pela equipe na avaliação dos prontuários.

Não observou a sistemática obrigatória de comunicação/encaminhamento dos órgãos excedentes (no caso córneas) para Central de Minas Gerais, tendo as enviado para entidade PARTICULAR (Instituto Penido Burnier) em Campinas (São Paulo). no caso de Paulo Veronesi Pavesi.

**O aluguel da área física onde funciona a “CNCDO” é mantido pela Santa Casa.**

Segundo as informações encaminhadas pela Coordenação MG Transplantes, a proposta do Estado é a regionalização da CNCDO no Sul de Minas com sede em Pouso Alegre, no norte em Montes Claros, no Triângulo em Uberlândia, e Leste/Nordeste em Coronel Fabriciano. As regionais já autorizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, mas também ainda não credenciadas junto ao Ministério da Saúde são duas: Metropolitana (Belo Horizonte) e Zona da Mata (Juiz de Fora) - ainda segundo as informações - em fase de instalação.

Os documentos confirmam a ilegalidade da “CNCDO” de Poços de Caldas.

Quanto à LISTA (emissão em 07104/2000)

Paciente	Idade	Inic. Diálise	Inscrição	UF	Condição	Informe 21/11	Exame Histoco.	Conclusão
Jacira Silva	43	10/02/88	09/08/98	MG	Não local	Não local		
José Campos	46	20/10/88	06/01/00	MG	Aviso	Sem Condi	Sim	Exame desnece
Antônio Ribeiro	51	18/05/90	06/01/00	MG	Aviso	Sem Condi	Sim	Exame desnece
José Oliveira	63	01/03/93	29/10/96	MG	Aviso	???	Sim	Preterido
José Souza	43	02/04/94	01/04/98	MG	Aviso	???		Sem informa
Ana Dores	44	01/08/94	20/01/92	MG	Aviso	Não local		Incoerência
Marcio Fortes	21	01/02/95	19/05/96	MG	Aviso	???		Sem informa
Angela Lima	48	14/02/95	20/10/99	MG	Aviso		Sim	
Neide Borges	54	01/06/95	05/11/96	MG	Aviso	Sem Condi	Sim	Elab desnece
Maria Carvalho	35	01/08/95	02/02/96	MG	Aviso	Não local		Incoerência
Antônio Prado	48	12/10/95	03/03/97	MG	Aviso	Sem Cond		
Alessandra Salles	22 6	18/10/95	17/09/98	SP	Não local	Não local		
Paulo Andrade	33 5	03/02/96	03/09/98	MG	Aviso	Não Comp		
Maria Ferreira	44 5	10/02/96	03/03/97	MG	Aviso	Não Comp		
Sidnei Oliveira	28	21/03/96	20/08/98	MG	Não local	Não local		
Ciro Russo	36	06/09/96	10/10/96	MG	Aviso		Sim	
Marcos Corrêa	44	13/09/96	09/03/00	SP	Aviso	Não Comp		
Yolanda Silva	53	03/02/97	20/05/98	MG	Aviso	Não Comp		
Leila Dias	39	19/05/97	24/09/98	MG	Aviso	Não Comp		
Luiz Isidoro	42	27/05/97	01/07/99	MG	Não local	Não local		
Josmar Júlio	33	01/06/97	21/10/97	MG	Aviso	Não Comp		
Sebastião Diogo	62	09/06/97	23/09/97	SP	Aviso		Sim	
Alice Tavares	49	01/07/97	09/07/98	MG	Aviso		Sim	Último chamado

1 – A lista única **não** é regionalizada por contar com 04 receptores de São Paulo (1 da capital, 1 de Espírito Santo do Pinhal, 1 de São José do Rio Pardo e 1 de Mogi Guaçu)

2 - A listagem **não** obedece a norma da cronologia de **inscrição** e sim de início de Diálise, não se sabendo a razão dos lapsos temporais (início da Diálise em 20/10/88 e matrícula apenas em 06/01/2000 como exemplo).

3 - Houve realização de exames de histocompatibilidade desnecessários (03 em 8 - 37,5%), em razão da falta de condições clínicas para o transplante destes pacientes.

4 - Um paciente foi preterido - José Oliveira mas nada foi informado.

5 - Houve incoerência de informações em 2 casos (Informação de avisado numa listagem e não localizado em outra)

6 - Houve insuficiência de informações em 2 casos (Informação de avisado e nada sobre ter comparecido ou não em outra)

7 - Nota se que na listagem a Paciente Ana Maria das Dores foi matriculada em 20/01/92 tendo iniciado a Diálise apenas depois de dois anos e meio desta data (início em 01/08/94)

8 - Não há vinculação com a Coordenadoria MG Transplante, havendo evidências de que a lista é **“local”**.

**III.7 - Quanto ao procedimento de Busca Ativa pela Regional no caso de Paulo Veronesi Pavesi**

A notificação teria sido feita por funcionária da enfermagem - Elisa - não por um médico assistente do caso.

O aviso teria ocorrido às 13:00h de 20/04/2000, momento em que o coordenador já comparecia ao hospital, já havendo inclusive, conforme relatório, a concordância da família.

OBSERVAÇÃO: Neste momento não havia sido realizado qualquer exame clínico que atestasse a morte encefálica do doador. Não há, no prontuário, qualquer anotação de comunicação médica do fato.

O impresso com a identificação e dados do doador, efetuada pelo Dr. Alvaro lanhez, apresenta erros nos exames complementares anotados e encontra-se sem a assinatura do mesmo.

O primeiro exame clínico de morte encefálica está registrado as 13:00h do dia 20/04/000. nada constando do horário do segundo exame clínico

O doador foi encaminhado para exame complementar e invasivo de diagnóstico de morte encefálica as 18:35 (anotação da enfermagem) ou 18:30 (“ficha de anestesia”), contrariando o intervalo mínimo de 6 horas entre os dois exames clínicos de morte encefálica, disposto no artigo 5º da Resolução 1480/97 do conselho Federal de Medicina.

No termo de autorização de retirada de órgãos é citada a Lei 8.489 de 18 de Novembro de 1992 e que foi REVOGADA pela Lei 9434 de 04/02/97.

O termo de autorização de retirada de órgãos encontra-se rasurada, entre outros, na data da autorização.

**O termo de autorização de retirada de órgãos encontra-se assinado apenas pelo pai do paciente.**

**III.8 - Quanto à análise do PRONTUÁRIO MÉDICO de internação de Paulo Veronesi Pavesi e de documentos que compõem a internação na Santa Casa**

**111.8.1 - No Hospital Pedro Sanches**

Aproximadamente às 13:30h do dia 19 de abril de 2000, Paulo Veronesi Pavesi, 10 anos, sofreu acidente por queda de altura aproximada de 10 metros, vindo a apresentar trauma de crânio e



ferimentos na face.

Socorrido por vizinhos e pela mãe, foi levado ao hospital Pedro Sanches, localizado muito próximo ao local da queda.

Deu entrada pelo Pronto Socorro (chamado de “ambulatório”), sendo atendido por Leda Cristina Patrezi Modesto, plantonista médica.

*Não consta a ficha de atendimento de urgência na documentação apresentada pela instituição.*

Realizou, no local, radiografias de crânio e de ossos da face, além de terem sido solicitados: Hemograma, glicose, uréia, sódio e potássio.

Às 14:30h foi internado, em estado de coma neurológico, na Unidade de Terapia Intensiva, tendo sido efetuada sutura dos ferimentos pela médica plantonista (Leda).

*Não há preenchimento da ficha médica de admissão hospitalar.*

Às 15:10h foi encaminhado a serviço externo (local: CDI - Centro de Diagnóstico por Imagem) em UTI móvel para realização de exame tomográfico de crânio.

*Não foram localizadas as radiografias e a tomografia ou mesmo os laudos nos serviços consultados - Santa Casa, Hospital Pedro Sanches e Central de Captação -, um atribuindo ao outro a retirada.*

*Segundo informações de uma funcionária, no intervalo da saída do paciente para o exame (das 15:10h às 16:00h), a família foi chamada pela recepção para regularizar a internação, tendo uma vizinha, Sra. Daniele Maria Ramos, assumido a internação às 15:37h de 19/04/00, como particular, deixando na ocasião um cheque seu como caução, não tendo, contudo, assinado a declaração de concordância com as condições de internação.*

Segundo anotações da enfermagem no prontuário, o paciente retornou as 16:00h, evoluindo com Midríase Unilateral “Esquerda” (rasurado), apresentando vômitos e atendendo a comandos verbais.

Foi encaminhado às 17:45h ao centro cirúrgico tendo sido submetido a “craniotomia frontal esquerda com drenagem de hematoma intra-cerebral e plástica de duramater”.

*Não há descrição da cirurgia.*

Segundo as anotações da enfermagem, a cirurgia ocorreu das 18:10h às 20:30 horas: e segundo as anotações na ficha de anestesia das 18:00h às 21:30 horas. Na ficha de anotações dos

materiais gastos na cirurgia, preenchida pela enfermagem, consta que o término da cirurgia foi às 20:30 horas. Ainda nas anotações da enfermagem observa-se que o retorno para a UTI ocorreu às 20:45 horas e que a primeira medicação pós-operatória foi aplicada às 21 horas.

Nesse horário, segundo as anotações da enfermagem, Paulo Pavesi apresentava “midríase bilateral”, e estava “inconsciente mas agitado”, respirando com aparelho. Foram realizados os seguintes exames: glicose, sódio, potássio e gasometria.

Ainda segundo as anotações da enfermagem, o paciente permaneceu respondendo a estímulos dolorosos até as 06:00 horas do dia 20 de abril de 2000, sendo que na evolução das 07:00 horas está anotado que não mais respondia a estes estímulos.

A enfermagem anotou que às 12:00 horas estava hipotenso (70 x 40) e hipotérmico (35° C), e que foi instalado às 18:20 horas o vasopressor (UMA ÚNICA VEZ e por orientação do Dr. Álvaro Ianhez). Às 18:25 horas apresentava 110x80 de pressão arterial, para permanecer, após a realização da arteriografia carotídea, em 60x40, das 21:00h às 06:00 horas do dia seguinte, 21 de abril de 2000.

Houve balanço negativo de infusão de líquidos nestas 24 horas (cerca de 3.100 ml) conforme “controle hídrico” da enfermagem.

Encontra-se na anotação de enfermagem que às 13:00 horas do dia 20 o “Dr. Álvaro avalia paciente...” tendo pedido vários exames e gasometria.

*Assim, certamente a Central de Captação de órgãos foi cientificada da existência de potencial doador ANTES das 13:00 horas de 20/04/00.*

*Não há a informação escrita de quem teria feito a comunicação, obrigatória por lei e nada foi anotado na evolução médica pela coordenação da central. No relatório dirigido ao Sistema Nacional de Transplantes e datado de 16 de novembro de 2000, o Dr. Álvaro informa que o pedido foi feito pela própria família. Segundo informação da enfermeira que o havia notificado, após apresentação do caso pelo médico da UTI, o pai da criança recebeu as explicações a respeito dos procedimentos para o diagnóstico de morte encefálica.*

Às 18:05 horas o mesmo Dr. Álvaro passou visita e às 18:35 horas acompanhou o paciente para a realização do procedimento arteriografia carotídea. O paciente, que saíra com pressão arterial de 110x80, retorna a UTI as 20:40h com pressão arterial de 60x40.

No documento, “ficha anestésica” da arteriografia, há anotação de que o procedimento ocorreu das 18:30h às 21:00h, permanecendo, a pressão, estável em 110x70. Às 19:00h há um valor anotado de 70x30.

Nada consta do resultado (ou laudo) da arteriografia ou mesmo das condutas adotadas.

*No relatório dirigido ao Sistema Nacional de Transplantes e datado de 16 de novembro de 2000, o Dr. Álvaro informa que houve presença de contraste em uma carótida e assim haveria a necessidade de um intervalo mínimo de 12 horas para repetir o exame.*

*A Resolução CEM 1480/97, que trata da morte encefálica, não estabelece intervalo entre exames complementares, mas sim, entre os exames clínicos - obrigatoriamente dois -, com intervalo estipulado conforme faixa etária e, neste caso - maior de 2 anos -, de 6 horas.*

*Informou ainda o Dr. Álvaro lanhez em relatório dirigido ao Sistema Nacional de Transplantes e datado de 16 de Novembro de 2000 que “as 08:00h do dia 21/04/00, o potencial doador respondia a volume e que foi feito novo contato com a família para explicar o que poderia ser feito para esclarecer o diagnóstico e principalmente a angústia da família. Neste momento muito difícil sugeri-lhes que a criança fosse transferida para o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas, onde seria completado o diagnóstico de morte encefálica. E que o transplante, os exames e tudo o mais necessário que fosse feito, não incorreria em ônus para nenhum dos responsáveis pela criança. (...) Após as explicações, os familiares aceitavam que isso fosse feito.” Lembramos que tal atitude, de conformidade com a legislação em vigor deveria ter sido adotada de imediato ao ser notificada a central de captação.*

Na folha de UTI do dia 21/04/00, estão em branca a evolução médica e os cuidados de enfermagem.

A prescrição médica desta data não tem qualquer checagem ou mesmo colocação de horários para a aplicação de medicamentos. A pressão arterial, que chegou a ser inaudível às 10:00h e mantinha-se em 50x20, com frequência cardíaca de 48 batimentos por minuto, foi anotada como sendo de 60x20 com 46 batimentos e rasurada para 120x80 e frequência cardíaca de 96, às 12:00h (última evolução antes da remoção).

Foi anotado pela enfermagem que o paciente foi removido para a Santa Casa às 13:00h do dia 21/04/00, não havendo qualquer anotação e formalização da alta médica, de enfermagem ou mesmo administrativa para a transferência.

### **III.9 - A conta apresentada pela Casa de Saúde e Maternidade Dr. Pedro Sanches**

Da internação no Hospital Pedro Sanches foi gerada uma conta no valor de R\$ 11.668,62 correspondente ao ato cirúrgico e à internação de 3 dias sendo:

- R\$ 4.046,10- diárias e taxas de equipamentos, centro cirúrgico e pessoal próprio do hospital;

- R\$ 1.752,65 - materiais e medicamentos;

- R\$ 580,00 - exames laboratório;

- R\$ 680,00 - exames radiológicos;

- R\$ 579,98 - expediente; e

- R\$ 4.030,00 - honorários médicos e instrumentadora.

Substituindo o cheque dado pela vizinha no momento da internação, o Sr. Paulo Airton Pavesi emitiu cheque da sua empresa no valor acima e sofreu execução judicial com pedido de falência da empresa - ação esta que já foi suspensa.

A substituição do cheque ocorreu em 24/04/2000 (3 dias após o óbito), ocasião em que o Sr. Paulo Airton Pavesi recebeu o demonstrativo da fatura de cobrança. Ao não concordar com os valores e procedimentos cobrados que incluíam o de diagnóstico da morte cerebral, sustou o cheque, segundo suas informações.

Em 08/11/00, o Dr. Álvaro orientou o Hospital Pedro Sanches no sentido de que este somente deveria cobrar diária e taxas referentes a 1 diária de 24 horas (de UTI) e que não deveria cobrar a arteriografia cerebral e o transporte para a Santa Casa. O Hospital fez uma revisão da conta, incluindo duas diárias de UTI, e não uma, como sugerido, com um valor total de R\$10.367,67 e com finalidade de acordo.

Após solicitação desta equipe de auditoria, de revisão, considerando apenas uma diária, e os procedimentos realizados no período que antecedeu a presença do Dr. Álvaro, resultou um novo valor de R\$7.869,15.

A equipe de auditoria procedeu uma revisão das cobranças efetuadas que resultou no VALOR TOTAL de R\$ 7.011,10, incluídos os honorários médicos, exames, materiais, medicamentos, diárias e taxas .

#### **IV - NA SANTA CASA DE POÇOS DE CALDAS.**

Com a remoção do paciente para a Santa Casa foi emitida a AIH de numero 224200170-7 no dia 21/4/2000 como Busca Ativa de Órgãos.

Foi submetido à neuroangiografia, agora completa por envolver os quatro vasos que irrigam o encéfalo, não havendo progressão de contraste intra parenquimatoso e estabelecendo se o diagnóstico de morte encefálica.(sic)

NÃO CONSTAM DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE O LAUDO RADIOLÓGICO EVIDENCIANDO A NÃO PROGRESSÃO DO CONTRASTE NAS ARTÉRIAS INTRACEREBRAIS E O DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE MORTE ENCEFÁLICA, ESTANDO APENAS A ANOTAÇÃO E DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DE RETIRADA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS (RINS) E UMA ANAMNESE ASSIM DESCRITA: “MORTE CEREBRAL POR TRAUMA CRANIANO, AUTORIZADA(?) DOAÇÃO DOS ÓRGÃOS PELA FAMÍLIA”

A ficha de registro mostra que o mesmo foi internado ou matriculado na Santa Casa as 1B:13h do dia 21/04/00 quando, pela ficha de anestesia, já estava sendo procedida a retirada dos órgãos (início da anestesia às 17:30 h e da cirurgia as 17:40h). A descrição da cirurgia informa da retirada em bloco dos rnis ai ligadura da aorta subdiafragmática e dos ureteres.

**Não foi submetido a necropsia e muito menos solicitada a autorização do medico legista competente para a retirada dos órgãos de paciente em razão da existência de morte não natural.**

A Declaração de Óbito (n.º 066064) foi expedido pela Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas como ocorrido as 19:00h de 21/04/2000 (horário do final da cirurgia) e assinado por medico não pertencente ao como clinico da instituição. O médico que assinou o atestado foi Dr. José Luís Silva, neurocirurgião do Hospital Pedro Sanches e que teria acompanhado o diagnóstico clinico da morte encefálica.

#### **V – CONCLUSÕES**

##### **Em relação ao Sistema Nacional de Transplantes/SAS:**

- Ausência de controle quanto à notificação, captação e distribuição de órgãos estadual em MG.
- Ausência de fiscalização das listas de espera de transplante em MG, levando à existência de listas paralelas.
- Ausência de controle da regularidade das entidades participantes do SUS.

##### **Em relação ao Gestor Estadual:**

- Falta de acompanhamento da gestão municipal;
- Procedimentos irregulares na captação, distribuição e transplante de órgãos

em MG;

- Existência de lista irregular para transplante de órgãos no estado de MG.

### **Em relação à CNCDO (Central de Notificação. Captação e Distribuição de Órgãos) - Nível Regional:**

- A regional MG Sul Transplantes não esta legalizada por não possuir ato de sua instituição e nem termo de cooperação;
- O espaço físico é custeado pela Santa Casa (aluguel) e por associação d transplantados da região (PRÓ RIM);
- Utiliza se de formulários não oficiais;

Em relação ao Dr. Álvaro Ianhez:

- Atribui a si título (Coordenador do MG Sul transplantes) de unidade n habilitada, cadastrada ou oficializada e que ainda encontra se em estudo/implantação.
- Assume também o papel incompatível de responsável técnico por equipe de retirada de órgãos e transplante. (PORTARIA SAS N.º 357 DE 21/07/99).
- Atua também como responsável técnico de equipe de remoção e transplante, participou na identificação do doador, acompanhou o diagnostico da morte encefálica e orientou procedimentos médicos de manutenção, afrontando diretamente o exposto no artigo 16 § 3 - Dec. 2268/97, que veda tal participação.
- Utiliza critérios contrários a legislação ao estabelecer na lista única regional o critério de início de Diálise e não do tempo de inscrição, conforme informa em comunicado ao Sistema Nacional de Transplantes e datado de 16 de Novembro de 2000.
- Não atua de forma integrada com a central estadual de transplantes o que dificulta a captação de outros órgãos doados que não os rins (utilizados pela equipe do coordenador) e ctrneas (encaminhadas posteriormente).
- Solicitou exames de histocompatibilidade mesmo em pacientes sem condições clinicas de transplante (resultados em 37,5% dos casos da

listagem analisada), quando poderia ter obtido as informações sobre as condições clínicas quando do aviso de comparecimento.

- Houve incoerência de informações (avisado e não localizado) ou insuficiência (avisado apenas)
- Não observa a necessidade de necrópsia dos doadores.

Em relação ao caso de Paulo Veronesi Pavesi:

- Não procedeu a orientação de captação de órgãos ao corpo clínico e à administração da Casa de Saúde Pedro Sanches.

- Não preencheu as notificações necessárias da comunicação de potencial doador que lhe foi feita, nem procedeu a qualquer registro no prontuário.

- Não assumiu de imediato as condições necessárias de potencial doador (transferência para UTI de unidade pública ou similar para complementação dos exames) só o fazendo no dia seguinte do seu conhecimento.

- Não orientou de imediato a família de que as despesas a partir da notificação de potencial doador seriam pelo SUS.

- Não procedeu a comunicação para a direção clínica e/ou a administrativa do Hospital Pedro Sanches do início dos procedimentos para a captação de órgãos e suas implicações legais e financeiras.

- Não procedeu a comunicação para a direção clínica e/ou a administrativa do Hospital Pedro Sanches da possibilidade, em caráter excepcional, conforme portaria GM/3410 de 05/08/98 em seu artigo 11, de receber os procedimentos de busca e retirada, por se tratar de hospital cadastrado no SIH/SUS.

- Acatou formulário de diagnóstico de morte encefálica sem anotação intervalo temporal, de exigência legal, entre as avaliações de estado clínico/neurológico, para o diagnóstico.

- Acatou formulários com deficiência de preenchimento, falta de assinaturas e inclusive rasuras.

- Não colheu a anuência de ambos os pais no caso da doação de órgãos de Paulo Pavesi, contrariando frontalmente o disposto no artigo 19 § 4 - Dec. 2268/97, que estabelece esta exigência legal.
- Utiliza formulários de caráter particular (Banco de olhos e de órgãos do sul de Minas, antiga organização não governamental fundada em 1993 mas com CNPJ ativo).
- A CNCDO Regional não observou a sistemática obrigatória de comunicação/encaminhamento dos órgãos excedentes (no caso córneas) para Central de Minas Gerais, tendo as enviado para entidade PARTICULAR (Instituto Penido Burnier) em Campinas (São Paulo).

#### **Em relação ao Gestor Municipal:**

- Não possui controle e avaliação efetivo pois distribui as autorizações de internação não preenchidas conforme normas específicas inviabilizando qualquer controle e acompanhamento das mesmas (entrega as duas vias e/ou não preenche os campos necessários);
  - Não atua formalmente como gestor permitindo distorções no atendimento hospitalar pelo Casa de Saúde Pedro Sanches;
  - Não faz auditoria de acompanhamento das internações e nos prontuários da Santa Casa
  - Não controla a realização de necrópsias, em especial em doadores de órgãos e em casos de morte não natural.
- Bernardete Balducci Scafí, enfermeira e membro do Sistema Municipal de Auditoria, Controle e Avaliação, é a responsável pelo relatório de auditoria municipal sobre o caso que envolve transplante, bem como pela regularização das autorizações de intemações para o mesmo fim (captação e transplante) sendo que tem o



- mesmo sobrenome do urologista e membro da equipe de transplante Celso Roberto Scafi; e
- Prestadores de serviços ao SUS atuam como auditores municipais.

### **Em relação à Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas:**

Tem conhecimento na dupla militância do coordenador da central e responsável técnico pela captação e transplante;

Custeia o aluguel para órgão que seria ou deveria ser público;

Não procede a necropsia ou verificação de óbito, notadamente nos casos de doador de órgão;

Não possui controle sobre sua documentação/internação ao permitir que paciente já em centro cirúrgico e sendo submetido a retirada de órgãos, não tenha sido legalmente internado.

### **Em relação à Casa de Saúde Pedro Sanches**

- Omite a informação de ser credenciado pelo SUS.
- As instalações físicas da UTI e Centro Cirúrgico são precárias
- No caso de Paulo Veronesi Pavesi não regularizou de imediato a internação do paciente, e não colheu a assinatura do responsável nos documentos da internação. Houve retirada de documentos do prontuário.
- Alegou desconhecer as obrigações constantes da Lei de transplantes (9434 de 04/02/97).
- Os prontuários são precários e incompletos.
- Utiliza o contrato do SUS para complementar o atendimento de seu próprio convênio médico (carências e exclusões). acidente de trabalho - vir de retaguarda para o consultório médico particular.

## **VI- RECOMENDAÇÕES**

### **A Secretaria de Assistência à Saúde:**

1 - Adoção de medidas de controle efetivo, pela Coordenação Nacional de Transplantes/SNT, com vistas a sanear as graves irregularidades praticadas em área sob responsabilidade da Coordenação Estadual de Minas Gerais, incluindo a:

- Auditoria na coordenação de transplantes de MG.
- Revisão nas listagens únicas regionais, estaduais e nacional
- Reorientação dos estabelecimentos de saúde cadastrados na área de transplante, quanto a aplicação da legislação, inclusive no acionamento dos órgãos competentes (Ministério Público e Instituto Médico Legal).
- Capacitação dos técnicos da CNCDO Estadual com vistas a aprimorar e reforçar o controle e avaliação nas unidades e serviços sob sua área de atuação.
- Supervisionar as centrais estaduais e corrigir as irregularidades ou distorções semelhantes em outros pontos do país.

À Secretaria de Estado de Saúde:

- Adoção de medidas pela SES/MG com vistas a sanear as distorções praticadas sob sua responsabilidade, incluindo:
  - a avaliação da gestão municipal de Poços de Caldas,
  - capacitação dos técnicos do sistema estadual de auditoria,
  - capacitação dos técnicos do sistema municipal de auditoria, controle e avaliação,
  - controle e avaliação da assistência ambulatorial e hospitalar.

À Secretaria Municipal de Saúde de Pocos de Caldas:

- Excluir a Casa de Saúde e Maternidade Doutor Pedro Sanches Ltda. da rede de serviços do SUS.
- Controlar e avaliar a assistência hospitalar e ambulatorial no município.

- Regularizar o sistema municipal de auditoria.

**AO DENASUS :**

- Auditoria de Gestão no Município de Poços de Caldas pelo Componente Federal do Sistema Nacional de Auditoria e em especial na Santa Casa de Misericórdia local.
- Encaminhamento à Agência de Saúde Suplementar para a verificação do CLIMEPE.
- Encaminhamento para o Grupo de Acompanhamento e Responsabilização (GAR) para as medidas cabíveis.

São Paulo, 10 de Janeiro de 2001.

**COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO COM A FINALIDADE DE INVESTIGAR A ATUAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES CRIMINOSAS ATUANTES NO TRÁFICO DE ÓRGÃOS HUMANOS (CPI – TRÁFICO DE ÓRGÃOS HUMANOS).**

**PARECER DA COMISSÃO**

A Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de Investigar a Atuação de Organizações Criminosas Atuantes no Tráfico de Órgãos Humanos, em reunião realizada nesta data, aprovou o Relatório apresentado pelo Deputado Pastor Pedro Ribeiro, com as alterações propostas pelo Colegiado.

Participaram da votação os Deputados Neucimar Fraga - Presidente; Pastor Frankembergen, Zico Bronzeado e Dr. Pinotti - Vice-Presidentes; Pastor Pedro Ribeiro - Relator; André de Paula, Antonio Joaquim, Dr. Benedito Dias, Dr. Ribamar Alves, Geraldo Resende, Ivo José, Jefferson Campos, João Campos, José Ivo Sartori, Manato, Marcus Vicente, Perpétua Almeida, Rafael Guerra, Rubinelli e Walter Feldman - Titulares; Angela Guadagnin e João Tota – Suplentes.

Sala da Comissão, em 09 de novembro de 2004.

Deputado **NEUCIMAR FRAGA**  
Presidente

Deputado **PASTOR PEDRO RIBEIRO**  
Relator