

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CASA DE OSWALDO CRUZ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE**

PATRICIA JACQUES FERNANDES

**ATO MÉDICO: VERSÕES, VISÕES E REAÇÕES DE UMA POLÊMICA
CONTEMPORÂNEA DAS PROFISSÕES DA ÁREA DE SAÚDE NO BRASIL**

**RIO DE JANEIRO
2004**

PATRICIA JACQUES FERNANDES

ATO MÉDICO: Versões, Visões e Reações de uma polêmica contemporânea das Profissões da Área de Saúde no Brasil

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em História das Ciências da Saúde, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. ANDRÉ DE FARIA PEREIRA NETO

Rio de Janeiro
2004

PATRICIA JACQUES FERNANDES

ATO MÉDICO: Versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das Profissões da Área de Saúde no Brasil

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em História das Ciências da Saúde, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovada em ____ de _____ de 2004.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André de Faria Pereira Neto – Orientador
Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Prof.^a Dr.^a Heliana de Barros Conde Rodrigues
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Dilene Raimundo do Nascimento
Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Rio de Janeiro
2004

SUMÁRIO

Agradecimentos	i-ii
Resumo	iii
<i>Abstract</i>	iv
Apresentação	1-2
Introdução	3-8
CAPÍTULO I	
Referencial Teórico: <i>profissão</i> e processo de <i>profissionalização</i>	9-35
CAPÍTULO II	
ATO MÉDICO: VISÕES E REAÇÕES	
I – Bases Conceituais	36-42
II – O Processo Histórico De Regulamentação Do Ato Médico	42-60
III – Os Atores Sociais envolvidos e suas posições	61-63
IV – Mediando o debate entre os Atores	63-64
1. Vinculação e Trajetória Profissional dos depoentes	64-73
2. Avaliação: o que os atores pensam a respeito do <i>ato médico</i> ?	73-85
3. Participação: como anda a mobilização?	85-93
4. Interferência na Autonomia Profissional: como os atores percebem?	93-99
CAPÍTULO – III	
CASAS DE PARTO: VISÕES E REAÇÕES	
I – <i>Casa de Parto</i> : um espaço de disputa interprofissional	100-101
II – As <i>Casas de Parto</i> no Rio de Janeiro (1999/2004): Breve Histórico	102-115
III – Mediando o debate entre médicos e enfermeiros	116-117
1. Avaliação	117-127
2. Interferência na Autonomia Profissional	128-133
3. Conexão entre ato médico e Casa de Parto	133-138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	139-142
ANEXO 1	143-169
ANEXO 2	170-180
BIBLIOGRAFIA	181-187
APÊNDICE	1-6

AGRADECIMENTOS

A Deus e à Vida, pelas oportunidades de aprendizado;

A minha querida mãezinha, dona Marinalva, que sempre está ao meu lado, incentivando e cuidando;

Ao meu Orientador, Prof. Dr. André Pereira, pela oportunidade de aprender mais a respeito das *profissões*;

À Prof. Dr.^a Dilene Raimundo, pela paciência e gentileza;

À Heliana Conde, antes de tudo, pela amizade, por ter me apresentado o Mestrado da Casa de Oswaldo Cruz e percebido que me interessaria. Valeram todas as orientações e dicas. É sempre muito bom poder desfrutar de sua companhia e sabedoria;

Ao enfermeiro Gilberto Linhares, Presidente do Conselho Federal de Enfermagem, pelas informações oferecidas em depoimento;

Ao médico Geraldo Althoff, pela gentileza com que me recebeu em Florianópolis e pelas informações prestadas;

À psicóloga Margarete Paiva, ex-Conselheira do Conselho Federal de Psicologia, pela amizade e pelas informações prestadas. Por seu intermédio, tomei contato com a polêmica provocada pelo *ato médico*. Sua garra é inspiradora;

À Prof.^a Maria Antonieta Tyrrell, Diretora da Escola de Enfermagem Ana Néri/UFRJ, pelas informações prestadas, pela gentileza com que prestou depoimento e pelo material escrito que me ofereceu;

Ao médico Marcos Dias, Gerente do Programa de Assistência à Saúde da Mulher do Município do Rio de Janeiro, pelas informações prestadas e pela gentileza com que me recebeu;

Ao médico Aloísio Tibiriçá, Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, pelas informações prestadas e pelo material escrito que me ofereceu;

Ao médico Mauro Brandão, Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, pela gentileza com que me recebeu em sua casa e pelas informações prestadas;

À psicóloga Diva Conde, ex-Conselheira do Conselho Federal de Psicologia, pelas informações prestadas e pela gentileza com que me atendeu;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação e Cultura– CAPES/MEC –, por 12 meses de auxílio financeiro;

Ao pessoal do Departamento de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz;

Ao pessoal da Secretaria de Pós-graduação da Casa de Oswaldo Cruz, pela gentileza com que atende aos mestrandos.;

À Cláudia Teixeira, companheira de Mestrado, pela ajuda nas traduções e pelos papos que ajudaram a aliviar as tensões durante a escritura de nossas Dissertações;

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram de alguma maneira para que este trabalho pudesse ser realizado.

RESUMO

A discussão desenvolvida em torno da regulamentação do *ato médico* é mais uma das estratégias empreendidas pela corporação médica para formalizar, em termos legais, sua hegemonia no mercado de trabalho de saúde. Esta discussão se constituiu, em 2002, quando o PLS n.º 25/02 foi apresentado ao Senado Federal pelo ex-Senador Geraldo Althoff (PFL/SC). Em linhas gerais, “Projeto de Lei do Ato Médico” estabelece que procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento são atos privativos dos médicos. Admite, porém, que alguns destes atos podem ser compartilhados com outros profissionais de saúde. O presente trabalho identifica e analisa as visões e reações de representantes corporativos de médicos, enfermeiros e psicólogos a respeito da regulamentação do *ato médico*. Em termos metodológicos, utilizou documentação primária, bibliografia secundária, dando ênfase ao uso da História Oral. Para tanto, realizou-se a análise do material publicado na imprensa especializada e leiga que tratasse do tema. Realizou-se também a análise de bibliografia nacional e estrangeira que faz da *profissão* um objeto sociológico e histórico. Além disso, foram selecionados e entrevistados oito representantes das corporações envolvidas. A análise destas entrevistas objetivou resgatar a trajetória profissional e a opinião dos depoentes a respeito da regulamentação do *ato médico*. Detectou-se que, ao longo dos anos, a hegemonia médica no campo da saúde vem sendo questionada por saberes e práticas de profissões de saúde mais recentes, provocando disputas pelo estabelecimento de fronteiras de competência mais claras, por reconhecimento social e pela preservação da autonomia destas profissões. Um exemplo disso, é a disputa travada entre médicos e enfermeiros em decorrência da criação das denominadas *Casas de Parto* – estabelecimentos dirigidos por enfermeiros, onde são realizados partos normais considerados de baixo risco. A apresentação do “Projeto de Lei do Ato Médico” evidencia a necessidade de se regulamentar um campo que, anteriormente, era dominado exclusivamente pelos médicos e que, nos dias atuais, tornou-se conflitivo. Esta investigação é relevante porque visa ao rastreamento dos conflitos e interesses em jogo, presentes nas relações entre estes profissionais de saúde.

Regulamentação profissional, profissionalização, disputas interprofissionais.

ABSTRACT

The discussion around the *medical act* regulation represents another strategy of the medical corporation to formalize, in legal terms, its hegemony in the health work market. This discussion took place in 2002, presented by the ex-Senator Geraldo Althoff (PFL/SC) in the Senate House. In general terms, the “Project of Medical Act Law” establishes that the procedures of prevention, diagnosis and treatment are physicians’ private acts. Nevertheless, it admits that some of these acts can be shared with others health professionals. The present dissertation identifies and analyses the opinions and the reactions of representative medical corporation, nurses and psychologists about this *medical act* regulation. The methodology applied used primary documents, secondary bibliography, emphasizing the Oral History. The material published in both specialized and laical press about the theme was analyzed. The sociological and historical studies about *professions* also took part in this analysis. Besides that, there were selected eight corporative representatives which were interviewed. The interviews’ analysis aimed to release the Professional career and the opinion of the deponents about the *medical act* regulation. The results presented that throughout the years the medical hegemony in health area has been questioned by other recent health professions. This puts in dispute the establishment of more clear competence frontiers, the social recognition and the preservation of the autonomy of those professions. As an example, the creation of the “Parturition House”, an establishment directed by nurses, where normal delivery with low risk can be done, has become a dispute between physicians and nurses. The presentation of the “Project of Medical Act Law” shows the need of regulation of this field that before used to be dominated exclusively by medical doctors and that nowadays became conflictive. This investigation is relevant because it aims the pursuance of conflicts and interests that are present in those relationships between the health professionals.

Professional regulation, professionalization, interprofessional quarrels.

APRESENTAÇÃO

A Dissertação está dividida em três capítulos, algumas considerações finais, dois anexos e um apêndice. No primeiro capítulo, foi realizada a análise de bibliografia nacional e estrangeira que faz da *profissão* um objeto sociológico e histórico. Inicialmente, foi estabelecida a distinção entre *profissão* e *ocupação* para, em seguida, destacar a importância da formação profissional e a importância do conhecimento formal. As relações entre as profissões, o mercado e o Estado, mediadas pela regulamentação profissional, bem como a questão da auto-regulação, também foram contempladas neste capítulo. Ao final, foram abordadas questões referentes às estratégias de profissionalização e a sua relação com a definição das competências profissionais.

No segundo capítulo, inicialmente, foi necessário conceituar o *ato médico*, para em seguida, proceder a um breve resgate histórico do processo de discussão da regulamentação do *ato médico* dentro e fora do Senado Federal. Para tanto, foram utilizadas fontes primárias (legislação) e secundárias (matérias publicadas em na imprensa leiga e especializada) que tratavam do tema. O objetivo deste capítulo foi identificar e analisar as visões e reações de representantes corporativos de médicos, enfermeiros e psicólogos, apontando as polêmicas presentes neste processo. Neste sentido, propôs-se rastrear a heterogeneidade de opiniões a respeito *ato médico* presente nos depoimentos de oito (8) representantes corporativos, que foram selecionados, por hipótese, de acordo com a posição que ocupavam no cenário profissional e pela análise do material coletado em matérias que abordavam o *ato médico*, publicadas na imprensa leiga e especializada. A análise dos depoimentos permitiu identificar três tipos de posicionamento em relação à regulamentação do *ato médico*: defensor, crítico e mediador. A metodologia empregada foi a história oral.

No terceiro capítulo, a proposta inicial foi identificar e analisar as visões e reações médicos e enfermeiros sobre a *Casa de Parto* – estabelecimentos dirigidos por enfermeiros onde são realizados partos normais sem a presença de médicos. Para em seguida, identificar e analisar possíveis conexões entre a regulamentação do *ato médico* e a implantação deste modelo assistencial. Para tanto, foram realizadas algumas considerações acerca da adoção deste modelo assistência no Brasil e, em especial, no Município do Rio

de Janeiro, demonstrando que a *Casa de Parto* se constituiu em campo de disputas interprofissionais. Foram utilizadas fontes primárias e secundárias.

No Anexo 1, constam a Resolução CREMERJ n.º 121/98, a Resolução CFM n.º 1.627/01, o Projeto de Lei 25/02 e suas emendas, e o Projeto de Lei 25/02 (Substitutivo). No Anexo 2, consta o roteiro de entrevistas de história oral utilizado na coleta dos depoimentos.

No apêndice, consta o processo de tramitação do Projeto de Lei n.º 25/02 no Congresso Nacional.

INTRODUÇÃO

Profissão, no sentido sociológico, é um conceito que remete a uma atividade que requer formação de nível superior¹. Para se estabelecer e ser reconhecida socialmente, a *profissão* busca controlar o próprio mercado de trabalho. Com isso, visa garantir uma posição privilegiada para seus membros em detrimento das demais atividades profissionais que concorrem com ela. Neste intuito, a corporação profissional lança mão de uma série de estratégias nas quais se incluem ações que vão, desde o controle da formação acadêmica e técnica, até a elaboração de leis, Códigos de Ética e Conselhos Profissionais. Estas iniciativas visam dar legitimidade e suporte à prática e reservar formalmente parte deste mercado de trabalho apenas para estes profissionais².

Esta reserva denominada, por Freidson³, de reserva de mercado de trabalho, além de ser um complemento do controle do próprio mercado profissional, assegura que formalmente o monopólio de determinada atividade. No entendimento do autor, somente os trabalhadores portadores de credenciais que certifiquem sua competência estão habilitados a “executar uma série definida de tarefas, como cortar um corpo, ensinar a estudantes universitários, representar um cliente num tribunal e certificar a exatidão de uma declaração formal de ativos e passivos financeiros”⁴.

Quando esta noção é aplicada ao caso específico das atividades da área da saúde, por exemplo, podemos inferir que apenas os indivíduos técnica e legalmente habilitados serão capazes de monopolizar o desempenho de um conjunto específico de atividades definidas como atribuições exclusivas. Este monopólio é condição mas não garante, o reconhecimento de competência pelos clientes e pela sociedade. Ele pode assegurar à corporação certos privilégios em relação a outras profissões da área de saúde.

Nesta perspectiva, o fato de ter recebido um determinado tipo de formação e ter a proteção da lei não garante obrigatoriamente o monopólio do mercado de trabalho e as fronteiras de competência a salvo da invasão de outras profissões. Qualquer *profissão*, que

¹ Cf. BONELLI, M.^a da G. *Estudos sobre Profissões no Brasil*, pp. 287-330.

² Cf. BONELLI, M.^a da G e DONATONI, S. *Os Estudos sobre Profissões nas Ciências Sociais Brasileiras*, pp. 109-142.

³ FREIDSON, E. *Para uma análise comparada das profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais*, pp. 141-154.

⁴ *Ibidem*, p. 145.

almeja obter efetivo controle do próprio mercado de trabalho e garantir o monopólio de seu exercício profissional, dispõe de pelo menos duas características: um conjunto de conhecimentos específicos, ou seja, deter uma base cognitiva consistente e o domínio sobre a transmissão destes conhecimentos por via institucional. Isoladamente, estas características são insuficientes, na medida em que a simples existência de uma base cognitiva não garante o monopólio do mercado. Mas, o que fazer então?

Na busca pelo fortalecimento da *profissão* em um determinado mercado, cada corporação profissional se organiza internamente por meio da auto-regulação. O conjunto da *profissão* se auto-regula, pois estabelece o seu próprio padrão de comportamento e define um modo específico de ser profissional, cria uma identidade. Isto possibilita o reconhecimento de quais procedimentos são compatíveis com a atuação de um profissional e facilita o relacionamento entre os seus pares, a clientela e os outros profissionais. É no Código de Ética que a auto-regulação se corporifica. Constituído por regras que deverão ser seguidas pelo conjunto da *profissão*, o Código de Ética trata de dos princípios considerados fundamentais para o exercício da *profissão*, define o padrão de relacionamento entre os pares, com outros profissionais e com a clientela. O Código também institui as punições no caso de seu descumprimento⁵. Por outro lado, cabe dizer que o Código de Ética é um instrumento que pode ser acionado por todo indivíduo que se sentir constrangido em relação ao comportamento de qualquer profissional. Cabe mencionar que o Código de Ética é dinâmico, podendo sofrer alterações em seu texto de acordo com a decisão da corporação, ao longo do tempo.

Apesar de ter uma base cognitiva definida, domínio da transmissão dos conhecimentos instituídos e auto-regulação formulada em Códigos e Conselhos, uma *profissão* não tem garantido o monopólio do mercado de trabalho. É inegável que uma corporação profissional que apresenta coesão suficiente para elaborar conhecimentos que fundamentam as suas práticas e se auto-regular tem maiores chance se tornar hegemônica em um mercado, quando comparada com outras que não estejam no mesmo nível de organização. Contudo, pode-se dizer que é a partir da auto-regulação que a corporação vai se articular em busca de estratégias que afirmem a sua relevância num mercado disputado por outras corporações. Este tipo de mobilização tem por objetivo identificar as necessidades do conjunto da *profissão*, ao mesmo tempo em que busca a aprovação do

⁵ Cf. PEREIRA NETO, A de F. *A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica*, pp. 600-615.

Estado para as suas reivindicações. Os profissionais pressionam o Estado para que ele atenda as suas reivindicações voltadas para a garantia do monopólio de sua atividade. Esta ação é corporativa. Traduz ou busca traduzir interesses do conjunto da corporação.

A profissão médica obedece à mesma estratégia. Ela tem sido uma das profissões mais competentes no estabelecimento de amplo consenso social assegurando seu monopólio sobre as atividades que atuam no mercado de serviços de saúde como a enfermagem, a nutrição, a fisioterapia e a psicologia. Por esta razão, boa parte da literatura histórica e sociológica internacional considera a profissão médica paradigmática.

No Brasil, a corporação médica tem estabelecido diferentes estratégias de afirmação de sua hegemonia no mercado de trabalho de saúde, tais como a aprovação do seu Código de Ética e a Regulamentação dos Conselhos, através da Lei 3.268/57. Estas e outras iniciativas de valorização profissional e de preservação do monopólio no mercado de trabalho parecem não ter sido suficientes. Em 2002, foi apresentado ao Senado Federal, o Projeto de Lei 25/02, de autoria do ex-Senador e médico Geraldo Althoff (PFL/SC), que estabelece que procedimentos de diagnóstico, tratamento e prevenção são atos privativos dos médicos. Admite, porém, que alguns destes atos podem ser compartilhados por outros profissionais da área de saúde.

Desde sua apresentação, o denominado “Projeto do *ato médico*” vem gerando uma série de conflitos entre os profissionais de saúde. Descontentes com o conteúdo do PLS n.º 25/02, as diversas corporações profissionais do campo da saúde chegaram a questionar a constitucionalidade de tal proposta junto ao Congresso. Contudo, depois de muitas idas e vindas, o projeto foi aprovado no final de 2002 na “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania” do Senado, passando a tramitar em conjunto com o Projeto de Lei 268/02 – projeto mais abrangente no que tange o exercício da Medicina. Podemos afirmar que, por meio de seus representantes e aliados, a corporação médica tem empenhado esforços para formalizar, em termos legais, sua hegemonia no mercado de trabalho de saúde. E o “Projeto do *ato médico*” se apresenta como mais uma iniciativa neste sentido.

Neste contexto, configura-se um campo de disputas pela manutenção e/ou ampliação do mercado de trabalho, de fronteiras de competência, de prestígio social e cultural, e de autonomia para as profissões da saúde.

O objetivo deste trabalho é identificar e analisar as visões e reações de representantes oficiais de médicos, enfermeiros e psicólogos a respeito da regulamentação do *ato médico*. Cabe dizer que o processo de regulamentação do *ato médico*, adotado nesta

investigação, compreende o período de 1998 até 2004. Em termos metodológicos, o trabalho utiliza documentação primária, bibliografia secundária e destaca uso da História Oral.

Uma vez que esta investigação analisa fatos recentes e em desenvolvimento, a utilização da história oral possibilitará um contato mais próximo com as vivências dos atores sociais envolvidos. Neste sentido, faremos algumas considerações acerca desta metodologia.

A história oral é uma metodologia de pesquisa que utiliza entrevistas com pessoas que testemunharam sobre acontecimentos, viveram instituições e/ou conjunturas, modos de vida ou outros aspectos contemporâneos, através de sua fala gravada. Neste sentido, sua construção do acervo oral detém três dimensões: Por um lado, o depoimento oral é alternativo em relação à inexistência de documentos escritos. Por outro, pode ser complementar, pois possibilita o preenchimento de lacunas documentais, acrescentando informações aos documentos escritos já existentes. Finalmente, o documento oral pode ser concorrente, pois permite o confronto entre as informações presentes em documentos escritos e/ou outras fontes orais. Em todos os casos, o material oral coletado será arquivado, possibilitando a sua posterior utilização e análise em diferentes estudos⁶.

A história oral privilegia as vivências pessoais dos atores envolvidos nos processos sociais investigados, valorizando a percepção e a subjetividade dos depoentes, oferecendo versões dos acontecimentos. Além disso, o depoimento oral também pode ser visto como prova incontestável do vivido. Esta metodologia possibilita que, por meio do depoimento da experiência pessoal, se construa uma memória individual e coletiva de fatos históricos recentes.

A memória é a um só tempo social e individual. Social, porque é configurada e transformada por modelos sociais de uma época. Individual, porque é um processo e não um depósito de dados, concretizando-se quando mentalizada ou verbalizada por pessoas. Assim, a memória é seletiva, pois o que é lembrado depende de diversos fatores: a conjuntura, a relação estabelecida com o entrevistador, as condições clínicas do depoente, a vontade que o depoente tem (ou não tem) de falar e lembrar-se de certa passagem de sua vida⁷. Neste sentido, o documento oral também apresenta as mesmas características. De

⁶ Cf. FERREIRA, M. de M. *História, tempo presente e história oral*. pp. 315-332; MEIHY, J. C. S. B. *Manual de História Oral*.

⁷ PORTELLI, A. *Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na História Oral*. pp. 13-33.

um lado, traduz um pensamento/visão compartilhado por outras pessoas. De outro, é a expressão de uma vivência única.

O método utilizado pela história oral não se traduz em um interrogatório objetivo e preciso. Ele também não é uma conversa informal entre amigos. O entrevistador escolhe o entrevistado porque este atende parte de seus objetivos. Não é uma escolha aleatória. O projeto de pesquisa, seus objetivos e hipóteses justificam a escolha do entrevistado.

Entre os dois – entrevistador e entrevistado – estabelece-se uma relação de dupla cumplicidade. O entrevistado sabe que seu depoimento servirá para um trabalho acadêmico. Este depoimento será limitado a estas circunstâncias. Por sua vez, o entrevistado conduzirá a entrevista de forma a contemplar os itens que constam em seu roteiro. A relação de confiança pode se estabelecer na medida em que as entrevistas são realizadas.

A utilização de depoimentos orais traz em seu bojo, além das críticas a respeito da sua validade, a questão da contemporaneidade dos fatos estudados. Segundo o modelo tradicional de se fazer História, a idéia do uso de fontes orais e de fatos recentes era desqualificado, pois concebia-se que a objetividade do estudo histórico residia na tomada de distância dos episódios recentes⁸

Araújo⁹ aponta que um grupo de historiadores franceses se reuniu no *Instituto de História do Tempo Presente de Paris* em busca de uma “justificativa teórica para a história do presente” que fizesse com que “elementos na perspectiva de uma historiografia tradicional, que eram vistos como problemáticos, passassem a ser vistos como positivos: a proximidade temporal e o envolvimento pessoal”¹⁰.

Neste sentido, o uso da metodologia da história oral é útil para uma história do tempo presente e serve como recurso a mais para esta investigação. Considerando que a pesquisa trabalha com documentos escritos elaborados recentemente, esta metodologia possibilita o resgate das trajetórias profissionais de atores sociais que, de alguma forma, participaram do processo. Simultaneamente, permite o registro de uma experiência que afeta diretamente as profissões da área de saúde.

Neste sentido, a investigação se justifica na medida em que pretende rastrear os conflitos e interesses em jogo, presentes nas relações entre esses profissionais em um

⁸ FERREIRA, M. de M. (org.). *História oral: um inventário das diferenças*. pp. 1-13.

⁹ ARAÚJO, M.ª P. N. *Por uma história da esquerda brasileira*. pp. 333-353.

¹⁰ *Ibidem*, p. 344.

determinado contexto histórico.

Dado que o objetivo desta investigação é identificar e analisar as diferentes formas pelas quais profissionais de saúde percebem e reagem ao processo de regulamentação do ato médico, propõe-se que esta análise ocorra sob duas perspectivas: Na primeira, propõe-se uma análise das visões e reações de médicos, enfermeiros e psicólogos num espectro mais amplo da regulamentação. Na segunda, a análise considera as visões e reações de médicos e enfermeiros em um ambiente específico: a casa de parto – identificada como um *locus* de disputas entre médicos e enfermeiros.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO: *PROFISSÃO E PROCESSO DE PROFSSIONALIZAÇÃO*

O que é uma *profissão*? O que é *ocupação*? Que critérios devem ser utilizados para distinguir estes dois conceitos? Responder a estas perguntas não é tarefa simples considerando que diversos autores apresentaram diferentes definições para os conceitos *ocupação* e *profissão*. Assim, para um melhor entendimento, será desenvolvida uma apresentação destacando alguns autores que trataram deste assunto. No decorrer deste capítulo, pretendemos promover um diálogo entre os autores, apontando distinções e definições gerais destes conceitos.

Parece haver um certo consenso na literatura sociológica anglo-saxã no que tange a distinção entre os conceitos de *ocupação* e *profissão*¹¹. A bibliografia analisada aponta que Goode¹², Wilensky¹³, Moore¹⁴, Larson¹⁵ e Freidson¹⁶ entendem que *ocupação* seria todo tipo de atividade realizada no bojo da divisão do trabalho. Já *profissão* seria um tipo específico de *ocupação*, no qual o conhecimento institucionalizado, complexo, especializado e sistematizado seria preponderante. Podemos afirmar assim que toda *profissão* é uma *ocupação*, mas nem toda *ocupação* é uma *profissão*. Mas, o que se quer dizer com isso? Seria o domínio do conhecimento especializado suficiente para que uma *ocupação* se tornasse *profissão*? De acordo com os referidos autores, além do conhecimento especializado, seriam necessários outros aspectos constituintes, tais como:

¹¹ Cf. MACHADO, M. H (org.) *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*; PEREIRA NETO, A. de F. *A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica*, pp. 600-615; BONELLI, M.^a da G. e DONATONI, S. *Os Estudos sobre Profissões nas Ciências Sociais Brasileiras*, pp. 109-142.

¹² GOODE, W. J. The Theoretical Limits of Professionalization, in: *The Semi-Professions and their Organization* (A. Etzione, ed.), New York: Free Press, 1969.

¹³ WILENSKY, H L. The Professionalization of everyone?, in: *The Sociology of Organizations: Basic Studies*. (O. Grusky & G. Miller, eds.), New York: The Free Press, 1970.

¹⁴ MOORE, W. *The Professions: Roles and Rules*. New York: Russel Sage Foundation, 1970.

¹⁵ LARSON, M. S. *The Rise of Professionalism: a Sociological Analysis*. Los Angeles: University of Califórnia, 1977.

¹⁶ FREIDSON, E. *La Profesión Médica: un estudio del la sociologia del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ediciones Península, 1978.

auto-regulação, autonomia, competência e hegemonia no mercado de trabalho. Aspectos estes que serão abordados mais adiante. Todavia, antes de tratarmos do processo de *profissionalização*, relacionaremos o binômio *ocupação/profissão* com o mundo do trabalho. Para tanto, recorreremos fundamentalmente às idéias do sociólogo das profissões Eliot Freidson¹⁷ expostas na obra intitulada “Renascimento do Profissionalismo” que reúne artigos do autor, divulgados entre 1973 e 1993, cujas atualidade e relevância encontram-se preservadas.

Inicialmente, iremos analisar a distinção conceitual existente entre *profissão*, *classe social* e *amadorismo*.

No entendimento de Freidson¹⁸, o estudo das profissões deveria buscar sustentação numa teoria das ocupações e não numa teoria de classes como vem ocorrendo no campo da Sociologia das Profissões, pois, para ele, “uma profissão é, genericamente, uma ocupação, e certamente não é uma classe”. O autor conclui esta idéia afirmando que “o que distingue as ocupações umas das outras é o conhecimento e competência especializados necessários para a realização de tarefas diferentes numa divisão do trabalho”.

Freidson¹⁹ critica o estudo das profissões empreendido por meio da teoria de classes, porque, segundo ele, esta teoria não leva em conta a organização social do trabalho. O autor argumenta que a teoria de classes, pelo fato de ter sido formada pelas teorias capitalista de Adam Smith e crítica de Karl Marx, tornou-se herdeira de uma espécie de recusa à idéia de *ocupação* estável e organizada. Freidson explica que as noções de desigualdade das teorias capitalista e crítica não deixam espaço para a organização social dos trabalhadores, o que impede que se constitua uma estabilidade ocupacional que permita carreiras de longo prazo ou a possibilidade de comunidade ocupacional. Em outras palavras: a constituição de profissões ficaria inviável. Para o autor:

“O modelo utópico que está por baixo da crítica ao mercantilismo feita pela teoria clássica é um mercado de trabalho não-coagido por ‘combinações’, um mercado fluido em constante movimento, à medida que os indivíduos competem livremente na busca de melhores oportunidades e remuneração. O modelo utópico subjacente à teoria marxista, ainda que não claramente especificado, também concebe um movimento livre entre várias tarefas sem especialização de longo prazo em qualquer conjunto isolado de tarefas. Ambos os corpos de teoria parecem compartilhar a visão de um sistema de mobilidade perfeita, com uma divisão de trabalho bastante fluida. Os grupos ocupacionais são considerados conspirações ou, de qualquer forma, coerções indesejáveis a tal fluidez. Em ambos os casos, é difícil ver como pode ser

¹⁷ FREIDSON, E. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política*.

¹⁸ *Ibidem*, p.40.

¹⁹ FREIDSON, E. *Autonomia Ocupacional e Abrigos no Mercado de Trabalho*, pp. 113-132.

socialmente viável aquele trabalho complexo que para um desempenho efetivo requer longos períodos de treinamento e prática”²⁰.

A partir disso, podemos inferir que, para Freidson, a teoria de classes propõe uma divisão do trabalho uniforme e sem conflitos, “natural”, ou seja, a-histórica. De uma maneira geral, os trabalhadores seriam livres competidores em busca de empregos para realizar tarefas especializadas e interdependentes, e a coordenação das tarefas seria dada naturalmente pelas forças do mercado livre e por administradores em busca da redução dos custos da produção. Nesse contexto, os trabalhadores não seriam profissionais. Numa crítica a essa forma a-histórica e natural de divisão do trabalho, Freidson²¹ aponta que:

“(…) Qualquer combinação social explícita dos participantes da divisão do trabalho era considerada inatural. Mas, na realidade, ainda que fora do auto-interesse econômico, trabalho e capital tendem a organizar-se em combinações destinadas a influenciar os mercados de trabalho de um modo que seria impossível a agregados de indivíduos em competição. Enquanto o *conceito* de divisão do trabalho de Smith descartava a organização social, na *realidade* histórica da Revolução Industrial a divisão do trabalho foi submetida continuamente a forças organizadas socialmente e nunca foi um mero arranjo técnico de tarefas especializadas e interdependentes. Empiricamente, devemos tratar a divisão do trabalho como uma organização social”²².

Diante do exposto, podemos afirmar que promover o estudo das profissões por meio da teoria de classes é algo pouco adequado. Os conceitos de *profissão*, *divisão do trabalho* e *organização ocupacional* se encontram relacionados, por isso não podem ser entendidos fora de um contexto sócio-histórico, tampouco generalizados sem se levar em conta a conjuntura política, econômica e social de cada nação estudada.

Como dissemos anteriormente, toda *profissão* é uma *ocupação*, mas nem toda *ocupação* é *profissão*. Nesse sentido, entendemos necessário estabelecer a distinção entre atividade profissional e atividade amadora. Esta distinção é importante para estreitar a relação entre *profissão* e *trabalho*. Mas, o que é *trabalho*? Todas as atividades são *trabalho*? Todo *trabalho* é regido por uma atividade profissional?

Para Freidson²³ o que define uma atividade como *trabalho* é o seu valor de troca dentro de um mercado. Por conseguinte, as atividades não empreendidas no contexto do mercado não podem ser chamadas de *trabalho*. Nesse sentido, aqueles que realizam

²⁰ FREIDSON, E. *Autonomia Ocupacional e Abrigos no Mercado de Trabalho*, p.120.

²¹ FREIDSON, E. *A Profissionalização e a Organização do Trabalho de Classe Média na Sociedade Pós-Industrial*, pp. 133-144.

²² *Ibidem*, pp.141-142.

²³ FREIDSON, E. *Os Futuros da Profissionalização*, pp. 145-168.

atividades pela satisfação de realizá-lo ou para obter admiração ou gratidão de outros não podem ser denominados *profissionais*. Em outras palavras, o que distingue uma atividade *profissional* de uma atividade amadora é o fato de a primeira ser *trabalho* e a segunda não. Apesar disso, não é possível afirmar que todo trabalhador é um profissional. Neste sentido, Freidson²⁴ esclarece, dizendo que:

“‘Profissão’ é sinônimo de ‘ocupação’: diz respeito ao trabalho especializado pelo qual uma pessoa ganha a vida numa economia de troca. Mas não é simplesmente *qualquer* tipo de trabalho que os profissionais fazem. O tipo de trabalho que realizam tem caráter esotérico, complexo e arbítrio: requer conhecimento teórico, competência e discernimento que as pessoas comuns não possuem, podem não compreender completamente e não podem avaliar prontamente. Além do mais, o tipo de trabalho que realizam é considerado especialmente importante para o bem-estar de indivíduos ou da sociedade em geral, e tem um valor tão especial que o dinheiro não lhe pode servir de única medida: é também Boa Obra. É a capacidade de realizar esse tipo especial de trabalho que distingue os chamados profissionais da maioria dos outros trabalhadores”²⁵.

Até esse ponto, foram apresentadas distinções e definições que dizem respeito a *ocupação* e *profissão*. Ressaltamos que estes termos, apesar de serem usados de forma genérica como sinônimos, para nós, eles guardam grandes distinções. De forma geral, entendemos a *ocupação* como um conjunto amplo de atividades profissionais e não-profissionais. *Grosso modo*, podemos dizer que a promoção de uma *ocupação* ao *status* de *profissão* está relacionada à maneira pela qual os seus praticantes se organizam em busca de legitimidade enquanto profissionais. As chances aumentam quando a *ocupação* é dotada de um corpo de conhecimento esotérico, aplicável, e possui monopólio sobre a transmissão e aplicação deste conhecimento; quando os participantes buscam a auto-regulação e, a partir disso, vão a busca do reconhecimento legal da *profissão* por parte do Estado; quando os participantes se tornam donos de uma fatia do mercado mantendo seus concorrentes à distância. A partir dessas breves considerações, podemos passar a apresentação das etapas que trabalhadores não-profissionais buscam superar visando ascender ao *status* de trabalhadores profissionais.

O domínio de um conjunto de conhecimentos específicos é outro aspecto que distingue uma *profissão* de uma *ocupação*. Pereira Neto²⁶, após analisar os trabalhos de

²⁴ FREIDSON, E. *Alimentando o Profissionalismo*, pp. 245-264.

²⁵ *Ibidem*, p. 246.

²⁶ PEREIRA NETO, A. de F. *A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica*, pp. 600-615.

Goode²⁷, Wilensky²⁸ e Moore²⁹, aponta que “o conhecimento em uma profissão deve ser complexo, sistematizado, institucionalizado, aplicável por poucos e de utilidade reconhecida pela clientela”. Neste sentido, constituir uma base cognitiva consistente e ter total controle sobre a transmissão e aplicação deste conhecimento são condições imprescindíveis para que uma *ocupação* tenha maiores chances de se constituir como *profissão*. Desta maneira, ela poderá controlar um determinado mercado de trabalho e ser reconhecida socialmente. Todavia, o domínio deste atributo não é considerado suficiente para garantir a exclusividade sobre sua transmissão e aplicação.

Além de dominar um conhecimento específico, os membros de uma *ocupação*, que aspira ao *status* de *profissão*, devem criar mecanismos para controlar sua transmissão e aplicação de seu conhecimento. O conhecimento especializado também deve ser esotérico e institucionalizado. Em outras palavras, tal conhecimento deve apenas ser transmitido àqueles que mereçam ser detentores de algo tão complexo: os *eleitos*. Para garantir que ele seja transmitido e aplicado por pessoas qualificadas e habilitadas, uma série de mecanismos e instrumentos voltados para o recrutamento, a seleção, o treinamento e a avaliação do desempenho devem ser criados e formalmente institucionalizados. A importância desse controle para a *profissão* se expressa de três modos: Primeiro, assegurando que somente os mais capazes sejam legalmente habilitados para ter acesso ao arcabouço teórico de uma determinada *profissão*. Segundo, reduzindo a possibilidade de que aventureiros ou curiosos apliquem e transmitam tais conhecimentos livremente. Somente os que passam por um longo e denso treinamento em instituições de ensino superior devem ser credenciados para transmitir e aplicar tal conhecimento. Terceiro, dando maiores condições para que seus membros de pleiteiem exclusividade sobre a transmissão e utilização desse conhecimento. Mas, quem transmite tal conhecimento? Como e onde se dá a formação dos profissionais? E quê tipo de conhecimento é ministrado aos *eleitos*?

Para responder a estas questões, recorreremos às idéias de Freidson³⁰, apresentadas no artigo intitulado “Para uma análise comparada das profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais”. Neste artigo, o autor estabelece a distinção entre

²⁷ Cf. nota 12.

²⁸ Cf. nota 13.

²⁹ Cf. nota 14.

³⁰ FREIDSON, Eliot. *Para uma análise comparada das profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais*, pp. 141-154.

treinamento vocacional e treinamento profissional. Desta forma, ele explica como se dá o controle da transmissão do conhecimento e apontar a sua importância para as *ocupações* em geral. Freidson³¹ distingue os treinamentos *vocacional e profissional* da seguinte forma:

“O método de controle do treinamento vocacional *pele ofício* tem lugar tipicamente *dentro* do mercado de trabalho. É realizado na forma de treinamento no próprio trabalho, nos locais rotineiros onde trabalham os membros do ofício. Em contraste, o treinamento *profissional* ocorre fora do mercado de trabalho, em salas de aula e, às vezes, em instalações para a prática, que são segregadas dos locais rotineiros de trabalho. Em ambos os casos, apenas membros de uma ocupação podem servir como professores; mas, no caso do modelo de ofício, o ensino é uma atividade complementar de trabalhadores selecionados, enquanto no caso do modelo profissional típico, o ensino é em si uma atividade de tempo integral”³².

Podemos dizer que esta distinção entre modelos de treinamento é importante por dois motivos: Primeiro, porque esclarece em que condições se aplica o controle do treinamento nas ocupações em geral e, em especial, nas profissões. Segundo, porque demonstra a importância do treinamento para que uma *ocupação* consiga controlar tanto a sua posição em uma divisão do trabalho, como a sua valorização no mercado de trabalho.

Freidson³³ demonstra que as diferenças entre esses dois modelos também influenciam a qualidade do conteúdo do treinamento e o valor da credencial obtida a partir deles. Para o autor, as diferenças entre as instalações e a condição dos instrutores em cada modelo geram distorções tanto na qualidade do conhecimento que é oferecido, quanto no valor de mercado da credencial. Freidson acrescenta que, quando se comparam as diferenças de treinamentos de ambos os modelos, as profissões levam vantagem em relação às ocupações em geral, pois o modelo profissional de treinamento favorece a ampliação do cabedal de conhecimentos e competências. Nesse sentido, podemos afirmar que a ampliação do discurso teórico e das competências oferece à *profissão* maiores chances de estabelecer, garantir e ampliar sua jurisdição no mercado de trabalho, mantém à distância a concorrência, e cria uma relação de confiança com a clientela.

No que tange as diferenças entre os treinamentos *vocacional e profissional* também é possível identificar uma segmentação entre o discurso teórico e a prática, em especial dentro das *profissões*. Como apontado anteriormente, nas *ocupações*, denominadas

³¹ FREIDSON, Eliot. *Para uma análise comparada das profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais*, pp. 141-154.

³² *Ibidem*, p. 145.

³³ *Ibidem*, p. 145.

também *ofícios*, o treinamento ocorre no local de trabalho e é ministrado por um trabalhador mais experiente destacado para auxiliar na formação de um aprendiz, oferecendo um tipo de conhecimento especializado, adquirido na prática. Esta formação pode ser denominada nível técnico. Já nas *profissões*, o treinamento ocorre fora do mercado de trabalho e é ministrado por professores qualificados. Sua função é ensinar aos futuros profissionais um tipo de conhecimento especializado, adquirido por meio de estudos e pesquisas. Estes professores, por estarem fora do mercado de trabalho, encontram-se em vantagem sobre os demais profissionais, porque podem se dedicar exclusivamente a pesquisas, estudos e investigações, cujos resultados nem sempre são imediatamente aplicáveis à realidade, mas que podem favorecer à ampliação do conhecimento e das competências profissionais. Este tipo de formação é considerado de nível superior. Freidson explica que “o que sustenta esse privilégio de independência diante das práticas de mercado rotineiras é a associação do ensino profissional diferenciado com as instituições usualmente chamadas universidades”³⁴. Aliado a isso, o autor destaca que “a educação universitária é superior em um sentido cultural mais importante, pois, ao contrário das escolas e dos institutos técnicos, está associada com valores e preocupações da alta civilização”³⁵.

Se, por um lado, o vínculo entre treinamento profissional e as instituições de ensino superior oferece sustentação para que estudos e pesquisas ocorram descolados do mercado de trabalho; por outro, cria uma estratificação da organização ocupacional. Isso ocorre, porque esses estudiosos e pesquisadores adquirem o *status* de autoridades acadêmicas, passando a ocupar uma posição institucionalizada de autoridade cognitiva da *profissão*.

Parece-nos inegável a importância da produção de conhecimento para a *profissão* na medida em que ela estabelece, mantém e amplia seu campo de atuação. Como apontado anteriormente, esse conhecimento deve ser esotérico, especializado, institucionalizado, compreensível para poucos, aplicável à realidade e, acima de tudo, apresentar alto grau de resolutibilidade. Não é um conhecimento qualquer. É um conhecimento que resolve problemas do cidadão e da sociedade.

Uma abordagem sobre a importância do conhecimento, para a definição de uma *profissão*, deve levar em conta a sua aplicação e a capacidade de resolver problemas. A

³⁴ FREIDSON, E. *Para uma análise comparada das profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais*, p. 146.

³⁵ *Ibidem*.

este respeito, Freidson³⁶ aponta que “o conhecimento, afinal, não é um espírito desencarnado. É expresso nas atividades dos homens. E os homens instruídos não são meros indivíduos”³⁷. Com isso, entendemos que o conhecimento profissional não é um conceito a-histórico, mas sim uma construção entre trabalhadores organizados socialmente. E é esse processo de criação, transmissão e aplicação do conhecimento que possibilita que os homens instruídos sejam identificados como profissionais, ou seja, como detentores de conhecimento, competência e autonomia.

No que tange à relação entre conhecimento e competência, Freidson³⁸ aponta que as profissões se distinguem das ocupações em geral por serem capazes reivindicar jurisdições exclusivas e de convencerem a sociedade de que somente elas têm o conhecimento e competência especializados necessários para a resolução dos problemas. Para Freidson³⁹, o conhecimento institucionalizado aliado à competência denomina-se *expertise*. Mas, esta *expertise* sozinha não tem valor. Os profissionais devem ser capazes de convencer a sociedade de que a sua *expertise* tem utilidade. O autor denomina esta capacidade de convencimento de *autoridade da expertise*.

Em consonância com esta idéia, Pereira Neto⁴⁰ aponta que o conhecimento, além de ser aplicável, “deve conter altos índices de resolubilidade” e ser “de extrema relevância” para a sociedade. O autor destaca que a relação entre conhecimento aplicável e a solução prática de problemas também se dá num processo de convencimento da população. No dizer de Pereira Neto:

“Esta aplicabilidade e resolubilidade não se consolidam abstratamente. O profissional deve empreender todo um conjunto de estratégias de convencimento da clientela. A sociedade deve acreditar que apenas o profissional tem condições de resolver seus problemas. Não é necessário que ele os solucione. O público precisa continuar acreditando, no entanto, nesta capacidade. A profissão detém o monopólio sobre determinada atividade porque persuade a sociedade a crer que ninguém mais, salvo o profissional, pode fazer este trabalho com sucesso”⁴¹.

³⁶ FREIDSON, E. *As Profissões e o Princípio Ocupacional*, pp. 97-112.

³⁷ *Ibidem*, p. 103.

³⁸ Cf. FREIDSON, E. *Até que Ponto as Profissões Dominam*, pp. 65-84.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ PEREIRA NETO, A. de F. *A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica*, p. 601.

⁴¹ *Ibidem*, pp. 601-602.

Pereira Neto⁴², citando Paul Starr⁴³, denomina tal capacidade de convencimento de *autoridade cultural*. Pereira Neto explica que o consumidor do serviço profissional deve ser alguém não muito informado e com baixo grau de organização social, pois, desta forma, ele não terá condições de contestar as orientações do profissional. Segundo ele, “a orientação do profissional passa a ser entendida pelo cliente como algo superior a um conselho e inferior a uma ordem”⁴⁴.

Diante disso, podemos afirmar que a *autoridade da expertise* de Freidson ou a *autoridade cultural* de Starr se sustentam no conhecimento e competência da profissão para resolução de problemas práticos da sociedade. Além disso, esta autoridade é estimulada pela capacidade que o profissional tem de avaliar o próprio trabalho e decidir qual o melhor modo de fazê-lo. Conhecimento, competência e autonomia se configuram como fatores primordiais para que uma *profissão* possa pleitear o monopólio no mercado de trabalho e o reconhecimento social. Confirma-se a idéia, exposta por Marinho⁴⁵ de que profissões que possuem um conhecimento formal e definido tido como esotérico e suscetível de aplicação prática encontram melhores condições de se afirmar num determinado mercado. Este, por exemplo, é o caso da *profissão* médica. Na *profissão* médica, os conhecimentos estão muito bem fundamentados e os resultados de sua aplicação prática são, muitas vezes, tangíveis e mensuráveis. Com isso, ela obtém um montante indisputado de “crédito social” e uma autoridade cultural virtualmente incontestável e independente de reconhecimento oficial⁴⁶.

Conforme indicado anteriormente, a *expertise* e a autonomia desempenham papéis preponderantes na reivindicação e conquista de um monopólio de competências no mercado de trabalho por parte de uma *profissão*. Todavia, para conquistar tal privilégio, as profissões necessitam desenvolver um plano de ação que propicie o estabelecimento deste território exclusivo no mercado de trabalho. Podemos dizer que este plano de ação

⁴² PEREIRA NETO, A. de F. *Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos (1922)*, pp. 399-409.

⁴³ STARR, P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 400.

⁴⁵ Cf. MARINHO, M. J. M. da C. *Profissionalização e Credenciamento: A Política das Profissões*. Rio de Janeiro: IUPERJ, dissertação de mestrado, 1985 *apud* BONELLI, M.^a da G. e DONATONI, S. *Os Estudos sobre Profissões nas Ciências Sociais Brasileiras*, p. 120.

⁴⁶ Cf. COELHO, E. C. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*.

“constitui e controla um mercado por sua *expertise*”⁴⁷. Freidson⁴⁸ denomina este plano de ação de “projeto de mercado”. Nesse sentido, a *profissão*, apoiada na *autoridade da expertise*, deve definir em que situações específicas um determinado conjunto de tarefas será realizado pelos seus membros. Aliado a isso, os profissionais devem garantir que estas tarefas predefinidas serão executadas dentro de padrões ideais de qualidade e com perspectivas de sucesso. Quando a *profissão* é bem-sucedida na implementação de seu plano de ação, ela passa a ser detentora de um território exclusivo no mercado de trabalho, no qual exercerá o seu monopólio de competências. Freidson⁴⁹, buscando evitar a utilização de termos – segundo ele –, pejorativos tirados da teoria clássica para caracterizar este território exclusivo, sugere o termo “abrigo no mercado de trabalho”⁵⁰.

Mas, garantir um abrigo ou monopólio no mercado não é tarefa simples, pois não basta que a *profissão* defina as suas competências exclusivas. Ela deve fazê-lo legalmente e isso pode envolver negociações entre seus membros, outros profissionais, consumidores e o Estado. Freidson demonstra como uma *profissão* deve agir para alcançar êxito nesta empreitada.

“Para que uma ocupação possa estabelecer um monopólio, ou mesmo um abrigo menor mas estável, ela precisa fundamentalmente obter controle sobre a determinação do número e das características daqueles que podem oferecer-se para fornecer um conjunto definido de tarefas produtivas das quais haja demanda. Semelhante controle, porém, pressupõe ou um acordo impositivo por parte de todos os consumidores potenciais a usarem apenas membros da ocupação no fornecimento de um tipo definido de trabalho (como ocorre no caso de algumas dessas ocupações chamadas ofícios) ou a imposição de controles legais pelo Estado, que exige dos consumidores que usem o trabalho de membros legítimos da ocupação, ou torna difícil qualquer uso diferente (como ocorre no caso de algumas dessas ocupações chamadas profissões)”⁵¹.

Assim, podemos concluir que, para a *profissão*, o estabelecimento de um abrigo no mercado de trabalho tem dois objetivos: de um lado, visa garantir a exclusividade sobre uma jurisdição no mercado de trabalho, delimitando as atividades privativas e a forma pela qual devem ser executadas pelos seus membros; de outro, visa criar barreiras que dificultem a invasão de suas fronteiras por concorrentes.

⁴⁷ Cf. LARSON, M. S. *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of Califórnia Press, 1977 *apud* FREIDSON, E. *Autonomia Ocupacional e Abrigos no Mercado de Trabalho*, p. 119.

⁴⁸ FREIDSON, E. *O Profissionalismo como Modelo e Ideologia*, pp. 213-228.

⁴⁹ FREIDSON, E. *Autonomia Ocupacional e Abrigos no Mercado de Trabalho*, pp. 113-132.

⁵⁰ Cf. FREEDMAN, M. *Labor Markets: Segments and Shelters*. Montclair, NJ, Allanheld: Osmun, 1976 *apud* FREIDSON, *ibidem*, p. 120.

⁵¹ FREIDSON, E. *Autonomia Ocupacional e Abrigos no Mercado de Trabalho*, pp. 121-122.

Ressaltamos que uma *profissão*, além de estabelecer um monopólio, busca manter, proteger e expandir os seus domínios dentro do mercado. Em todos os casos, os trabalhadores se organizam de alguma forma: seja para definir o seu tipo de conhecimento e competência, estabelecer a forma como serão treinados e para constituir e controlar um mercado exclusivo; seja para estabelecer negociações com membros de outras profissões, com consumidores e com o Estado. Além disso, os trabalhadores necessitam se reconhecer e serem reconhecidos como um grupo organizado. Para tudo isso, precisam se auto-regular.

Destacamos acima a importância de um “projeto de mercado” para que uma *ocupação* estabeleça um monopólio no mercado de trabalho e ascenda ao *status* de *profissão*. Destacamos também que esta tarefa não é simples e que, para ser empreendida, deve contar com a participação organizada dos profissionais. O sucesso ou o fracasso desta tarefa depende do grau de coesão e organização interna desse conjunto de trabalhadores. Depende da capacidade de auto-reguladora da *profissão*.

Grosso modo, podemos dizer que auto-regulação é o processo pelo qual um conjunto de trabalhadores busca formalizar e padronizar sua conduta. Este padrão de comportamento deve servir como referência tanto para os membros da profissão como para a sociedade em geral. Pereira Neto⁵² destaca a importância da auto-regulação para os consumidores, pois “assim, os clientes passariam a ter condições de distinguir, pelo comportamento, se tal ou qual atitude é ou não compatível com a atividade profissional”.

Para Freidson, a auto-regulação se insere no que ele denomina de “projeto de manutenção do profissional”. Seria um complemento do “projeto de mercado”. Segundo ele:

“O ‘projeto de mercado’ das profissões modernas olham para fora, para o mercado mais amplo, procurando estabelecer uma jurisdição segura na divisão social do trabalho, um ‘abrigo no mercado de trabalho’ ou, nos termo de Max Weber, um ‘cercado social’ que exclua possíveis concorrentes externos à profissão e proteja seus membros da dominação por clientes ou empregadores. Mas elas também se engajam em outro projeto necessário – ou seja, o de manter na profissão como um todo uma coesão suficiente para que possa empreender uma ação comum tanto no sentido de conservar sua situação e privilégio quanto no de promover seus próprios projetos ‘culturais’. A essa adaptação ao mutável ambiente político e econômico de forma a poder continuar no controle de seus próprios negócios poder-se-ia chamar seu ‘projeto de manutenção’”⁵³.

⁵² PEREIRA NETO, A. de F. *A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica*, p. 602.

⁵³ FREIDSON, E. *Alimentando o Profissionalismo*, p. 249.

Diante disso, podemos afirmar que a coesão é uma boa medida para a auto-regulação, pois quanto maior o grau de coesão entre os profissionais, maior o poder de adaptação e de negociação nos campos político e econômico.

No que tange a coesão, Freidson⁵⁴ destaca algumas razões que contribuem para a manutenção da coesão entre os membros de uma *profissão*. A primeira se refere à identidade pública que distingue o profissional socialmente e que serve de base para a solidariedade e simpatia. A segunda se refere ao treinamento que, pelo fato de estar vinculado ao ensino universitário, é extenso e padronizado, possibilitando que os membros de uma *profissão* compartilhem uma experiência de socialização comum. A última também faz referência ao treinamento que, por ser extenso, estimula o comprometimento com uma carreira vitalícia.

Nessa perspectiva, entendemos necessário destacar outro aspecto: a formalização da auto-regulação. Um item tão importante não pode ser desenvolvido apenas em termos abstratos. Assim, cabe perguntar: Como a auto-regulação se formaliza? Onde ela se concretiza? Qual é a sua importância para a manutenção da coesão entre os membros de uma *profissão*?

Pereira Neto⁵⁵ entende que é por intermédio do Código de Ética que a auto-regulação se formaliza. O autor aponta um Código de Ética tem por objetivo “persuadir o conjunto da profissão a agir segundo os padrões instituídos coletivamente. Quando for necessário, métodos coercitivos também estão previstos”. Pereira Neto⁵⁶ acrescenta que o Código serve também para regular as relações dos componentes de uma *profissão* entre pares, com seus concorrentes e com a clientela. Neste sentido, o Código de Ética é um instrumento que pode ser acionado por todo indivíduo que se sentir constrangido em relação ao comportamento de qualquer profissional. Além disso, cabe mencionar que este conjunto de regras é dinâmico, podendo sofrer alterações em seu texto de acordo com a decisão da corporação, ao longo do tempo.

A visão de Freidson também destaca a importância do estabelecimento de normas “que regem as relações entre seus membros e entre seus membros e a população leiga”⁵⁷. Todavia, o autor considera que tais regras “podem ser escritas como regras ou praticadas como costumes não-escritos. Podem ser chamadas de ‘etiqueta’ ou mesmo de ‘ética’.

⁵⁴ FREIDSON, E. *Alimentando o Profissionalismo*, p. 249.

⁵⁵ PEREIRA NETO, A. de F. *A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica*, p. 602.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ FREIDSON, E. *Alimentando o Profissionalismo*, p. 249.

Muitas não se destinam tanto a *impedir* a concorrência entre os membros quanto a *controlá-la*”⁵⁸.

A psicóloga social Mary Jane Spink⁵⁹ aponta que “a ética profissional é, na verdade, um aspecto fundamental nas profissões onde o relacionamento com o cliente implica alto grau de ‘intimidade’, como é o caso das profissões de saúde”⁶⁰. A autora entende que a adesão às regras de comportamento ético está relacionada ao grau de coesão entre os profissionais, servindo também como proteção ao cliente. Ela também destaca o valor do Código de Ética como regulador tanto das relações entre profissionais e a sociedade, como das relações entre os pares. Segundo Spink:

“É oportuno lembrar aqui que qualquer código de ética pode ser visto tanto como um sistema de proteção para o cliente quanto como um conjunto de regras a serviço da profissão. Assim, por exemplo, são condenadas a competição e a exposição em público de incompetências por parte de colegas, várias formas de anúncios são proibidas e são introduzidos controles de preço para a prestação de serviço”⁶¹.

Podemos dizer que há consenso entre os referidos autores analisados neste trabalho no que tange à auto-regulação. Eles entendem que a auto-regulação, expressa pela ética ou etiqueta profissional, tem como objetivos regular as relações entre os membros de uma *profissão*, com outros profissionais e com a clientela, além de motivar a coesão entre os profissionais.

A auto-regulação está ainda vinculada tanto ao “projeto de mercado” como ao “projeto de manutenção”. O primeiro se refere à busca por abrigo exclusivo e hegemonia no mercado de trabalho. O segundo relaciona-se com a manutenção e ampliação dos privilégios advindos da detenção de um monopólio no mercado. Ambos projetos são possíveis graças à coesão entre os profissionais. Diante disso, podemos dizer que a coesão promove a auto-regulação e vice-versa. Por um lado, esta retroalimentação objetiva a formalização de Códigos de Ética, que expressam regras e costumes, possibilitando que os trabalhadores se reconheçam e sejam reconhecidos como profissionais. Por outro, capacita os profissionais para que estes tenham condições de negociar coletivamente seja com a sociedade, seja com o Estado. Nesse contexto, os profissionais buscam se organizar como uma corporação profissional em torno de associações profissionais, sindicatos e conselhos.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ SPINK, M J. *Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um*, pp. 87-121.

⁶⁰ Ibidem, p. 101.

⁶¹ Ibidem, pp. 101-102.

Freidson⁶² aponta que, de maneira geral, estes órgãos de representação e organização de interesses profissionais devem pressupor algumas condições, a saber: um número limitado de funcionários voltados para prestação de informações, fazer *lobby* e negociar legitimamente em nome de todos os membros com a razoável expectativa de que os membros ratificarão e aceitarão os acordos celebrados com agentes significativos da economia.

De maneira geral, as entidades profissionais – associações, sindicatos, conselhos – têm como funções defender e proteger a corporação de ataques da concorrência e controlar o credenciamento de futuros membros. Além disso, devem negociar com consumidores, com outros profissionais e com o Estado. Cabe ressaltar que cada uma associação profissional possui suas especificidades.

Pereira Neto⁶³ estabelece uma distinção genérica entre as associações de ocupações e as associações profissionais. Segundo o autor, as primeiras teriam interesse exclusivo nos problemas referentes às condições do exercício do trabalho e seu valor no mercado. Já as últimas estariam ocupadas tanto com reivindicações ligadas às condições do exercício do trabalho, quanto com a organização das instituições de recrutamento, o treinamento dos seus futuros integrantes e a relação que estabelecem entre si e a clientela.

No que diz respeito às especificidades das associações profissionais, recorreremos, uma vez mais, às idéias de Mary Jane Spink que trata da questão da regulamentação das profissões no Brasil. A autora estabelece a distinção entre conselhos e sindicatos, apontando que “enquanto os conselhos são fundamentalmente órgãos do exercício profissional, a defesa dos interesses é prerrogativa dos sindicatos”⁶⁴. Mas, o que isso significa?

Spink⁶⁵ explica que, embora o enquadramento sindical seja considerado um dos primeiros passos no processo de regulamentação, ambos os processos têm origens distintas. O Conselho foi associado à necessidade de fiscalização do exercício profissional. O sindicato foi vinculado à legislação trabalhista e à necessidade de organizar e controlar o movimento sindical. Em outras palavras, ainda que conselhos e sindicatos visem a proteção da *profissão*, cada um tem seus objetivos próprios.

⁶² FREIDSON, E. *Autonomia Ocupacional e Abrigos no Mercado de Trabalho*, p. 123.

⁶³ PEREIRA NETO, A. de F. *A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica*, p. 602.

⁶⁴ SPINK, M J. *Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um*, p. 110.

⁶⁵ *Ibidem*, pp. 108-109.

Em nosso país, os conselhos profissionais são autarquias dotadas de personalidade jurídica de direito público, sendo vinculados ao Ministério do Trabalho. Sua função é “disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão e zelar pelas observâncias dos princípios da ética profissional”⁶⁶. A respeito das competências dos conselhos, a autora esclarece que a fiscalização tem por objetivo “impedir que pessoas não-habilitadas exerçam irregularmente a profissão”⁶⁷. Para que esta função seja bem-sucedida, torna-se obrigatório o registro no conselho e o pagamento de anuidades por parte dos profissionais. Já as funções disciplinadoras do Conselho têm como objetivo fazer com que sejam cumpridas as “normas éticas definidas em código de ética elaborado e aprovado por cada conselho federal”⁶⁸. No intuito de atender a isso, “os conselhos regionais mantêm uma comissão de ética para assessorar a aplicação do código e zelar por sua observância, cabendo a cada profissional denunciar qualquer infração”⁶⁹.

Nesse sentido, podemos afirmar que a auto-regulação desempenha papel fundamental na caminhada em direção a regulação profissional. Mas, ela por si não é suficiente. A participação do Estado nesse contexto também se impõe como importante.

Conforme apontamos anteriormente, uma *ocupação* que busca ser regulamentada deve atender a alguns requisitos. Antes de qualquer coisa, faz-se necessário que seus membros se organizem de modo a se reconhecerem e serem reconhecidos como grupo. Esta organização tem dois objetivos primários: adquirir e dominar um conjunto de conhecimentos específicos e competências exclusivas, com vistas à obtenção do monopólio sobre uma fatia do mercado de trabalho; e constituir associações profissionais capazes de negociar com a sociedade e exercer pressão sobre o Estado. Por intermédio das associações, a corporação tenta persuadir a sociedade e o Estado de que seus conhecimentos e competências são tão esotéricos, complexos, exclusivos e úteis a ponto de requererem proteção legal. Podemos dizer que a avaliação do grau de importância, exclusividade e utilidade do conhecimento e competência varia de acordo com a conjuntura social, política e econômica em que a *profissão* está inserida. Freidson resume bem esta idéia afirmando:

“Para receber uma delegação de poder, a ocupação deve organizar-se como grupo identificável: não pode ser um mero agregado de indivíduos que alegam ter o

⁶⁶ SPINK, M J. *Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um*, p. 98.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 100.

⁶⁸ *Ibidem*.

⁶⁹ *Ibidem*.

mesmo conjunto de competências. Somente se for um grupo organizado, ou se alguém que fale em seu nome conseguir estabelecer uma identidade corporativa para seus membros, ela pode ser tratada como categoria social definida. A profissão torna-se um corpo corporativo organizado ou pela ação de seus membros independentemente do Estado, como ocorreu de modo geral nos países de língua inglesa, ou pelas ações do Estado na criação de servidores públicos especializados, como foi mais comum em países do continente europeu. Seja qual for o modo como a ocupação se organiza, os detentores de poder devem ser persuadidos de que o corpo de conhecimento e competência atribuído à ocupação apresenta tal caráter especial que justifica o privilégio. Uma série de alegações fomentaram a base para o privilégio – a importância funcional do corpo de conhecimento e competência para o bem-estar de algum segmento significativo da sociedade, sua importância cultural intrínseca, seu caráter invulgarmente complexo e esotérico e sua superioridade sobre o conhecimento e competência alegados por ocupações concorrentes⁷⁰.

Spink aponta que a necessidade de legislar e disciplinar uma atividade profissional está relacionada a dois aspectos: Por um lado, esta necessidade diz respeito às características próprias de uma determinada prática e, por outro, ao contexto no qual ela se define seja pelo grau da organização corporativa, as características da divisão técnica do trabalho; seja pelo grau em que o Estado chama a si a responsabilidade de regular o processo de trabalho. Podemos afirmar que a conjugação destes aspectos define o processo de regulamentação da *profissão*. Em suma: um determinado conhecimento e competência – *expertise* – são mais ou menos valorizados em razão da capacidade que seus praticantes tem de negociar, e resolver problemas práticos com o aval e apoio do Estado⁷¹.

Além disso, segundo a autora⁷², a regulamentação traz em seu bojo duas idéias: A primeira é a necessidade de fiscalizar o exercício profissional, com vistas ao controle e à proteção da população. A segunda visa garantir um território exclusivo dentro do mercado de trabalho, pela definição formal das atribuições exclusivas e pelo estabelecimento de um monopólio de competências. Ambas as perspectivas são estratégias utilizadas pelas associações profissionais que buscam chamar a atenção do legislador para a importância da regulamentação de determinada *profissão*. Este processo não é pacífico nem harmonioso. Spink entende que “a regulamentação do exercício profissional é mais adequadamente caracterizado como uma arena de conflitos na qual várias categorias defendem seus interesses específicos”⁷³.

Podemos concluir que a negociação com a sociedade e a persuasão do Estado são pontos fundamentais para que as corporações possam pleitear a exclusividade sobre

⁷⁰ FREIDSON, E. *O Profissionalismo como Modelo e Ideologia*, pp. 218-219.

⁷¹ Cf. SPINK, M J. *Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um*, p. 94.

⁷² *Ibidem*, p. 96.

⁷³ SPINK, M J. *Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um*, p. 97.

conhecimentos e competências e sobre o licenciamento e avaliação dos seus membros. Assim mantêm-se a salvo da concorrência e expandem seu monopólio no mercado de trabalho. Nas palavras de Freidson:

“Na medida em que é deliberadamente organizado sobre base legal, o privilégio tem um alicerce político. É o poder que garante à profissão o direito exclusivo de usar ou avaliar um certo corpo de conhecimento e competência. Contando com o direito exclusivo de usar o conhecimento, a profissão adquire poder. É nesse sentido que as profissões estão intimamente ligadas aos processos políticos formais”⁷⁴.

Isso reforça a idéia de que, apesar de se caracterizar como um campo de disputas e conflitos, somente pelo engajamento em atividades políticas, a corporação pode manter e ampliar os seus privilégios.

Freidson⁷⁵ observa que a profissão deve persuadir o Estado de que o seu corpo de conhecimento e competência merecem ser protegidos legalmente. Para tanto, ela deve deter alto grau de organização e coesão enquanto entidade corporativa, e ser capaz de controlar-se sem abusar dos privilégios adquiridos. Neste sentido, a corporação pode estabelecer regras mais rígidas para o licenciamento e avaliação. O autor aponta que, além da competência do profissional, deve ser assegurada a sua confiabilidade. A criação de códigos de ética, de instituições fiscalizadoras e o estabelecimento da revisão pelos pares são consideradas, pelo autor, medidas adequadas para assegurar um bom desempenho no trabalho.

Conforme apontado anteriormente, cabe aos conselhos regionais e federal a responsabilidade de fiscalizar e disciplinar o exercício profissional. Spink⁷⁶ aponta que a fiscalização depende de dois elementos: um controle direto e um indireto. O primeiro ocorre por intermédio da normatização dos currículos profissionais. Já o segundo ocorre por intermédio de mecanismos de registro e fiscalização da prática profissional. A autora acrescenta que estes dois aspectos são competências de órgãos distintos. No caso da formação profissional, compete, muitas vezes, ao Ministério da Educação legislar sobre a matéria. Portar diploma, conferido por instituição de ensino reconhecida formalmente, é condição suficiente para obtenção de registro profissional. Já a regulamentação cabe geralmente ao Ministério do Trabalho. Nesse contexto, podemos identificar o papel do

⁷⁴ FREIDSON, E. *As Profissões e o Princípio Ocupacional*, p. 105.

⁷⁵ FREIDSON, E. *O Profissionalismo como Modelo e Ideologia*, p. 219.

⁷⁶ SPINK, M J. *Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um*, pp. 103-104.

Estado e o seu poder de atribuir exclusividade às competências das corporações profissionais.

No que tange à regulamentação, outro aspecto a ser considerado se refere ao aparecimento de novos conhecimentos e competências profissionais. Considerando que as profissões estão sempre em busca da ampliação dos conhecimentos adquiridos e, por conseguinte, da sua proteção legal, podemos dizer que a regulamentação é um processo contínuo. A este respeito Spink⁷⁷ aponta que as interações entre transformações no campo do trabalho e a evolução dos conhecimentos técnicos-científicos constituem um processo contínuo de especialização das profissões. Nesse processo de especialização, a autora destaca que uma série de embates emerge em torno da delimitação do que é privativo ou exclusivo de cada profissional. Dentre os mecanismos de mediação destas disputas, destacam-se: a definição dos campos de atuação profissional e de formação específica, através de legislação; o esclarecimento das áreas de fronteira em disputa, através de pareceres de comissões jurídicas ministeriais; ou a definição de mecanismos de coordenação da atividade profissional, tais como a formação de equipes multiprofissionais de saúde. Todavia, as leis que regulamentam as profissões são construídas de modo a estabelecer quais técnicas e competências são prerrogativas exclusivas e quais são campos de atuação comum entre diversas profissões⁷⁸.

Em suma, as corporações profissionais, antes de tudo, devem ter o Estado como um aliado por dois motivos principais: Primeiro, somente ele tem a competência para regulamentar formalmente as atribuições profissionais e dirimir disputas por jurisdições exclusivas entre as profissões. Segundo, a obtenção e manutenção de privilégios profissionais – o controle do mercado de trabalho, do licenciamento e treinamento – se chocam com os interesses dos consumidores de serviços. Assim, a *profissão*, por intermédio das entidades corporativas, deve cumprir a função de fiscalizar e controlar o exercício de suas competências, para que seus privilégios sejam aceitos como úteis à sociedade, respeitados por outras profissões e mantidos pelo Estado.

Até aqui buscamos estabelecer definições e distinções relacionadas aos conceitos de *ocupação* e *profissão*. Foi apontado que *ocupação* é um conjunto amplo de atividades que se diferenciam de acordo com as suas competências dentro de uma divisão do trabalho. Nesta perspectiva, *profissão* pode ser considerada um subconjunto da *ocupação*. Ou seja,

⁷⁷ SPINK, M J. *Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um*, pp. 103-104.

⁷⁸ *Ibidem*.

profissão é um tipo específico de *ocupação*. Mas, como uma ocupação se torna uma profissão?

O estabelecimento das distinções e definições dos conceitos de *ocupação* e *profissão* se torna fundamental para a abordagem do processo de *profissionalização*. Freidson⁷⁹ destaca a importância deste aspecto:

“Falar no processo de profissionalização exige que se defina a direção do processo e o estágio final de profissionalismo para o qual a *ocupação* pode estar caminhando. Sem *alguma* definição de profissão, quase não tem sentido o conceito de profissionalização, assim como a intenção de estudar o processo e não a estrutura. Estudar o processo sem uma definição orientadora do enfoque é tão infrutífero quanto estudar a estrutura sem uma definição”⁸⁰.

Então, o que é *profissionalização*? Podemos dizer que é o processo pelo qual uma *ocupação* ascende ao *status* de *profissão*. A *profissionalização* é uma construção de cunho sócio-histórico, ou seja, é uma produção humana influenciada pela conjuntura política, social, econômica e política de uma época. Para tecê-lo, utilizamos uma definição de *profissão* como fio condutor. Como qualquer processo, a *profissionalização* objetiva estabelecer um termo. Neste caso, o termo é o profissionalismo – conjunto de circunstâncias típico-ideais que fornecem aos trabalhadores munidos de conhecimento os recursos para que possam controlar seu próprio trabalho, tornando-os, desse modo, aptos a criar e a aplicar, aos assuntos humanos, o discurso ou o campo particular sobre os quais têm jurisdição. Pelo fato de ser definido por circunstâncias típico-ideais, o profissionalismo nem sempre se configura da mesma forma e nem sempre apresenta todas as características comuns em todo tempo e lugar. Além disso, pode variar de acordo com a *profissão* estudada.

Quando se fala em *profissão* está se falando de um tipo específico de *trabalho*, que requer um tipo específico de conhecimento e competência para ser realizado. Logo, não é algo que possa ser executado por qualquer um. Somente aqueles que tenham passado por um longo período de treinamento em instituições de ensino superior estão habilitados e credenciados podem ser considerados profissionais. A respeito da importância do treinamento para os profissionais, Freidson aponta que:

⁷⁹ FREIDSON, E. *A Teoria das Profissões: Situação do Setor*, pp. 47-64.

⁸⁰ *Ibidem*, pp. 50-51.

“Parte da motivação para identificar-se com competências institucionalizadas e para solidarizar-se com colegas resulta da necessidade de longo período de educação formal. Um treinamento longo é um investimento social, econômica e psicologicamente dispendioso que praticamente pressupõe a expectativa de uma carreira vitalícia estável e vínculos e interesses comuns razoavelmente amplos partilhados com outros que passam pelo mesmo processo. A educação vocacional superior não apenas introduz ‘conhecimento’ nas cabeças das pessoas, mas também constrói expectativas e compromissos que não são facilmente dominados pela racionalização política ou administrativa. Constroem-se identidades ocupacionais especializadas e organizadas. O conhecimento se institucionaliza como *expertise*. A estrutura de significados e compromissos pode sobrepujar as metas ou compromissos organizacionais”⁸¹.

Além da formação superior e treinamento especializado, o profissional deve, por intermédio da auto-regulação, se organizar como um grupo político. Esta organização tem por basicamente dois objetivos: Em primeiro lugar, formalizar um conjunto de regras e costumes – um código de ética. O código de ética objetiva regular a conduta e as relações dos profissionais em três instâncias: com seus pares, outros profissionais, a clientela e o Estado, sustentando uma identidade compartilhada, construída nos tempos de formação acadêmica. Em segundo lugar, manter e aumentar o grau de coesão entre os profissionais, para que estes se identifiquem e possam ser identificados como membros de um grupo organizado, como membros de uma corporação. Organizados como corporação, estes profissionais devem buscar negociar com a sociedade e com o Estado, persuadindo-os de que são detentores e produtores de um tipo exclusivo de conhecimento e competência, que apresenta alta complexidade, é acessível apenas aos iniciados e de grande utilidade para a sociedade que merece proteção legal do Estado. Tal processo de persuasão objetiva tanto a institucionalização do conhecimento e da competência, quanto a conquista, manutenção e expansão de um monopólio de competências, com vistas ao controle exclusivo de uma fatia do mercado de trabalho.

Diante do exposto, reafirmamos a noção de que o processo de *profissionalização* é, antes de tudo, um processo político. Processo este que objetiva estabelecer uma série de privilégios, tais como: estabelecer e controlar um tipo de conhecimento e competência exclusivos, reservar e manter um mercado de trabalho exclusivo para a *profissão*; conquistar e manter a autonomia sobre o seu próprio trabalho; subordinar outras profissões, tornando-se hegemônica no mercado, e manter e ampliar seus privilégios. Por um lado, não se pode afirmar que estes objetivos tenham uma ordem cronológica para serem atingidos

⁸¹ FREIDSON, E. A *Profissionalização e a Organização do Trabalho de Classe Média na Sociedade Pós-Industrial*, p. 138.

ou que a *ocupação* deva ter conquistado todos eles para ser considerada uma *profissão*. Por outro, cabe dizer que a posição e o valor de uma *ocupação* dentro da divisão do trabalho variam de acordo com a sua capacidade de controlar, ordenar e avaliar o próprio trabalho.

Nessa arena política, o processo de *profissionalização* não transcorre sem conflitos e disputas. Conforme destacado, as atividades políticas desenvolvidas pelas corporações profissionais buscam atender aos interesses de seus membros e manter os concorrentes à distância. Nesse sentido, a contínua produção de conhecimentos vem propiciando o estreitamento das fronteiras de competência exclusivas de muitas profissões. Este estreitamento, dependendo de como se concretiza, pode ser entendido como a invasão de um concorrente. Uma ameaça que produz disputas que devem ser resolvidas através de longas negociações e da mediação do Estado. Esta questão assume certa singularidade quando analisamos as profissões de saúde.

As *profissões de saúde* são as que se destinam a prestar serviços relacionados com o incremento, a conservação ou a recuperação da saúde, estando o profissional de saúde em contato direto com a vida, a morte e o sofrimento humanos. Neste sentido, os profissionais de saúde desempenham um tipo específico de trabalho caracterizado pela produção de resultados, algumas vezes, intangíveis, não armazenáveis ou transportáveis, e ser pouco suscetível à racionalização técnica e organizacional⁸². Martins & Dal Poz afirmam que o trabalho em saúde tem como função social a manutenção das condições normais de saúde. A este respeito, os autores acrescentam que:

“(...) o trabalho em saúde é uma produção não-material consumida no ato de sua realização, ocorrendo, portanto, entre sujeitos, numa determinada estrutura (intersubjetiva) e com significativo grau de autonomia. Pressupõe o domínio de saberes e técnicas específicas; tem um caráter interdisciplinar; necessita de uma equipe e, em sua essência, é um trabalho coletivo”⁸³.

Em consonância, Sayd, Júnior e Velandia⁸⁴ chamam a atenção para um dos efeitos da crescente coletivização das atividades em saúde: a integração de profissionais de várias áreas e níveis de formação em unidades de assistência e no sistema de saúde. Aliado a isso,

⁸² MARTINS, M.ª I. C. & DAL POZ, M. R. *Qualificação de trabalhadores de Saúde e as mudanças tecnológicas*, pp. 125-146.

⁸³ *Ibidem*, p. 134.

⁸⁴ SAYD, J. D.; JÚNIOR, L. V.; VELANDIA, I. C. *Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)*, pp. 165-195.

apontam que a especificidade do trabalho coletivo em saúde “requer o envolvimento de uma força de trabalho com elevado grau de habilidade e familiarizada com sua tarefa”⁸⁵.

Nesse contexto, a integração de profissionais de diferentes áreas e conhecimentos com vistas à resolução de problemas no campo da saúde constitui a chamada “equipe de saúde”. No entendimento de Martins & Dal Poz⁸⁶, trabalhar em equipe exige dos trabalhadores conhecimento amplo sobre as tarefas do grupo. Além disso, o trabalho em equipe integra tarefas de controle de qualidade e de produção, o que, segundo os autores, se traduz em “flexibilização na ocupação dos postos de trabalho”. Para eles, esta flexibilização rompe com o sistema superespecializado, fragmentado e repetitivo da produção⁸⁷.

Já Spink⁸⁸, apesar de considerar o conceito de equipe multiprofissional importante, observa discrepâncias entre teoria e prática. A autora explica que as equipes tendem a reproduzir em seu bojo “as posições ocupadas pelas diversas profissões no campo da saúde como um todo”⁸⁹. Neste sentido, ainda que as diferentes profissões tenham em comum atividades de assistência, a hierarquização de poder e fragmentação do trabalho são mantidas e reforçadas. A este respeito, Spink destaca que:

“O indicador mais óbvio deste fenômeno é a posição subalterna das diferentes profissões face à profissão hegemônica. Esta distribuição reflete a posse diferencial do capital específico da área: o conhecimento científico sobre saúde/doença. Várias das profissões mais recentes, constituídas a partir do processo de especialização decorrente dos avanços tecnológicos e/ou da ampliação do conceito de saúde, não têm um corpo de conhecimentos, métodos e técnicas suficientemente delimitados que permita uma coexistência sem conflitos⁹⁰.

Freqüentemente, portanto, as equipes multiprofissionais acabam por perpetuar a fragmentação do atendimento prestado ao paciente, adotando uma divisão tácita de competências e práticas”⁹¹.

Diante disso, duas situações se apresentam: A primeira se refere às disputas que podem surgir entre as profissões que compõem a equipe de saúde. A segunda se refere à

⁸⁵ Ibidem, p. 167.

⁸⁶ MARTINS, M.ª I. C. & DAL POZ, M. R. *Qualificação de trabalhadores de Saúde e as mudanças tecnológicas*, p. 134.

⁸⁷ NOVICK, M. La crisis como oportunidad: elementos para interpretar los cambios en la gestion del personal de salud, in: BRITO, P. Q.; CAMPOS, F.; NOVICK, M. (orgs.) *Reformas en salud y cambios en la gestion de recursos humanos*. Washington: OPS/OMS – Division de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 1996 *apud* MARTINS & DAL POZ, op. cit., pp. 134-135.

⁸⁸ SPINK, M. J. *Saúde: um campo transdisciplinar?*, pp. 51-60.

⁸⁹ Ibidem, p. 59.

⁹⁰ Ibidem, pp. 59-60.

⁹¹ SPINK, M. J. *Saúde: um campo transdisciplinar?*, pp. 59-60.

prevalência de uma profissão sobre as outras, fruto da posição que cada profissão ocupa dentro da divisão técnica do trabalho.

Podemos dizer que as disputas entre os diferentes profissionais que integram a equipe que são geradas pela busca por afirmação e/ou manutenção de um monopólio de competências no mercado de trabalho. De acordo com Spink, estas disputas se configuram porque:

“A confluência das atividades na área da saúde, o processo contínuo de especialização e a definição de novas áreas de atuação determinam, inevitavelmente, o aparecimento de fronteiras mal definidas entre os vários grupos de profissionais e, conseqüentemente, da luta pela hegemonia em um determinado campo de atuação”⁹².

Para resolver esta situação, a autora sugere que, além da proteção legal, a profissão deva buscar suporte no campo jurídico. Ela observa que a solução para disputas pela definição de fronteiras exige uma constante vigilância “para garantir que a legislação pretendida por uma categoria não ameace as conquistas de outra categoria”⁹³.

No que tange a prevalência de uma profissão sobre as outras, Freidson⁹⁴ chama a atenção para o fato de que são as jurisdições ocupacionais que estabelecem as fronteiras entre tarefas institucionalizadas e a autoridade ocupacional. O autor defende a idéia de que as jurisdições ocupacionais estabelecem um tipo de autoridade hierárquica na divisão do trabalho. Esta autoridade é “fundada mais na *expertise* institucionalizada que na existência do cargo burocrático”⁹⁵. Para ele, a autoridade do conhecimento e competência concede a algumas profissões o direito legítimo de comandar o trabalho de outras ocupações⁹⁶. Nesse contexto, Freidson entende que a hegemonia do médico sobre outras profissões da área da saúde reside no fato desta possuir um conjunto de conhecimentos e competências que lhe confere uma posição privilegiada dentro da divisão técnica do trabalho.

Sayd, Júnior e Velandia, por outro lado, analisando a trajetória do pensamento sobre o valor do profissional de saúde nas Conferências de Saúde, apresentam uma hipótese instigante. Para estes autores, a hegemonia do médico, no Brasil, vem sendo contestada desde a segunda metade dos anos 1970. Eles apontam que, o processo de

⁹² SPINK, M J. *Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um*, p. 104.

⁹³ *Idem*, p. 59.

⁹⁴ FREIDSON, E. *A Profissionalização e a Organização do Trabalho de Classe Média na Sociedade Pós-Industrial*, pp. 133-144.

⁹⁵ *Ibidem*, p. 143.

⁹⁶ *Ibidem*.

redemocratização, a partir da Abertura Política em 1975, foi acompanhado de um processo de discussão – até então inédito – sobre a saúde. A saúde passou a ser um foco de reivindicações, questionamentos e críticas da população. Nesse contexto, o papel hegemônico do médico passou a ser questionado⁹⁷. No dizer dos autores:

“Assim, toda uma série de circunstâncias leva à quebra da hierarquia tradicional, em que o médico reinava absoluto sobre os demais profissionais. Desde a discussão sobre a democracia nos vários planos da vida civil, até as discussões sobre a participação de todo profissional nas decisões relativas ao processo de trabalho, passando pela idéia de que o controle do trabalho pode e deve ser feito pela sociedade ou pelo usuário, tudo contribuiu para dissolver essa hegemonia, tão arraigada na atenção à saúde, e tão cara a seu principal beneficiado. Isso permite uma discussão mais ampla do papel dos serviços, facilita a quebra do modelo assistencial centrado no hospital e permite a valorização de tarefas mais centradas na promoção de saúde, e, que os outros profissionais têm importância fundamental”⁹⁸.

Se por um lado, o médico detém uma *expertise* mais bem delimitada e, por conseguinte, exerce sua autoridade, interferindo em certa medida na autonomia de outras profissões. Por outro, podemos observar que esta hegemonia tem sido criticada.

Nos últimos anos, o aparecimento de novas especialidades técnicas acirrou as disputas e conflitos entre as diferentes profissões que compõem o campo da saúde. Além disso, pôs em questão a prevalência do saber médico sobre os demais, provocando uma série de reações. Uma delas foi a publicação de resoluções regulamentando o exercício privativo da medicina e a apresentação de projetos de lei no Congresso Nacional neste sentido.

Segundo Spink, muitas vezes, os conflitos que envolvem atividades semelhantes são solucionados por meio de negociações entre os conselhos federais interessados. Entretanto, freqüentemente, “são levados a instâncias superiores, em busca de soluções através de pareceres ou de legislação específica”⁹⁹. Neste sentido, ela observa que, dada a existência de áreas de fronteira de competência entre várias categorias do campo da saúde, os conselhos federais acabaram por desenvolver uma nova atividade: Passaram a acompanhar os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional com o objetivo de proteger os direitos adquiridos por cada corporação.

⁹⁷ Cf. SAYD, J. D.; JÚNIOR, L. V.; VELANDIA, I. C. *Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)*, p. 192.

⁹⁸ *Ibidem*, p. 193.

⁹⁹ SPINK, M.J. *Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um*, p. 104.

A autora¹⁰⁰ chama atenção para outro problema que afeta todas as profissões da saúde: a hegemonia do médico. Por um lado, a prevalência do poder médico sobre os demais profissionais se expressa pela rejeição ao exercício independente de profissões emergentes. Por outro, pelo estabelecimento de relações de subordinação entre médicos e outros profissionais.

Segundo ela, uma série de transformações no campo da saúde poderiam ter contribuído para abalar a hegemonia médica. A este respeito, observa que, nos últimos 20 anos, as profissões de saúde aumentaram em número e complexidade, gerando disputas e conflitos em decorrência de fronteiras de competência mal delimitadas entre áreas afins. Algumas destas disputas foram resolvidas pelo Estado, através da regulamentação “do exercício privativo ou exclusivo de determinadas atividades anteriormente consideradas competência dos profissionais médicos”¹⁰¹.

Outro fator relevante no processo de fragilização da hegemonia médica, citado por Spink, refere-se à mudança no conceito de saúde. Esta mudança, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na segunda metade da década de 1940, determina um entendimento mais amplo: a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas sim um estado de bem-estar físico, mental e social. No Brasil, o novo conceito foi incorporado à Constituição Federal de 1988, servindo de embasamento para a legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde. Neste contexto, por um lado, este entendimento ampliou o número de áreas de atuação para as novas especializações técnicas. Por outro, possibilitou que a noção de complementaridade entre as diferentes profissões de saúde foi universalizada, “reconhecendo-se a necessidade de criar equipes multidisciplinares de saúde, interligadas por médicos e outros especialistas, sem relação de subordinação destes àqueles”¹⁰².

No entanto, a autora considera que estas transformações no campo da saúde não foram suficientes para provocar mudanças sensíveis nas práticas hegemônicas dos profissionais médicos. Nas suas palavras:

“Entretanto, poucas são as indicações de que tais fatores possam ter tido um impacto importante na tendência que se observa entre os profissionais médicos de determinar o espaço ocupacional e/ou coordenar as atividades dos outros profissionais da área da saúde. Expressão recente disso foi o projeto elaborado pela Associação Médica

¹⁰⁰ Ibidem, p. 104.

¹⁰¹ Ibidem, pp. 107-108.

¹⁰² Ibidem, p. 108.

Brasileira e apresentado pelo Deputado Salvador Julianelli (Projeto de Lei n.º 2.726 de 1980) visando a regulamentação das ocupações e atividades exercidas no setor saúde e que, efetivamente, subordinava as várias profissões ao médico”¹⁰³.

Conforme anteriormente afirmado, a *profissão* médica, ao longo dos últimos anos, foi capaz de hegemonizar o campo da saúde. O profissional médico lida com o sofrimento humano, pois entra em contato direto com a vida íntima do paciente. O profissional médico utiliza um arcabouço teórico para dar significado aos problemas pessoais de quem o procura. Para tanto, oferece orientações que visam amenizar o sofrimento do doente. O sofredor se torna mais permeável às orientações, pois se encontra fragilizado pela doença que o acomete¹⁰⁴.

Apesar de contar com uma considerável credibilidade e possuir grande poder de convencimento, a corporação médica no Brasil vem, nos últimos anos, traçando estratégias de regulamentação profissional no intuito de estabelecer regras, ainda mais claras, sobre o exercício das atividades no campo da saúde. Tais estratégias têm sido implementadas por meio do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina. Estas instituições têm proposto, elaborado e publicado resoluções normativas, para serem cumpridas pelos profissionais médicos. Além disto, têm promovido uma intensa mobilização política nas diversas instâncias do Poder Legislativo. No bojo das estratégias traçadas pelos líderes da corporação médica para afirmação e sua hegemonia médica, incluem-se as discussões sobre a regulamentação do *ato médico*. Esta estratégia atual afeta direta e indiretamente o exercício profissional dos profissionais do campo da saúde.

E o que é o Ato Médico?

Nos últimos anos, a discussão sobre a regulamentação do *ato médico* passou a fazer parte da agenda do Conselho Federal de Medicina, do Congresso Nacional, da especializada e das profissões da área da saúde como um todo. Esta estratégia de afirmação profissional médica no mercado de saúde se tornou conhecida, em âmbito nacional, em outubro de 2001, quando o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM n.º 1.627/01. Em fevereiro de 2002, iniciativa idêntica foi apresentada ao Senado e transformada no Projeto de Lei n.º 25/02. Durante o ano de 2002, foram travados debates na Comissão de Constituição e Justiça do Senado. Esta discussão permitiu a elaboração de três Emendas ao projeto original.

¹⁰³ SPINK, M J. *Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um*, p. 108.

¹⁰⁴ Cf. PEREIRA NETO, A. de F. *Ser Médico no Brasil: o presente no passado*.

Por que razão os médicos, através do seu Conselho Federal, resolveram institucionalizar o Ato Médico?

Os médicos detêm, desde 1957, um Código de Ética e um Conselho organizado de forma representativa, autárquica, autônoma e federalizada. Isto se explica na medida em que seus representantes são eleitos por seus pares e os Conselhos detêm uma personalidade jurídica própria e autônoma em relação ao Estado. Podem exercer o papel de inibir, coibir e proibir o exercício ilegal ou inadequado da medicina. Além disso, existem Conselhos de Medicina em todos os estados do país. Apesar de toda esta estrutura institucional, o Código de Ética Médica de 1957, e os subseqüentes, não definem a competência exclusiva do médico em seu cotidiano profissional.

A institucionalização do *ato médico*, no Congresso Nacional, parece atender à esta expectativa.

O objetivo do próximo capítulo é discutir como a luta pela delimitação de fronteiras de competência se manifestou no debate travado por parte da elite profissional da saúde em torno da promulgação do Ato Médico no Congresso Nacional.

CAPÍTULO II

ATO MÉDICO: VISÕES E REAÇÕES

I – BASES CONCEITUAIS

O presente capítulo apresenta e discute a regulamentação do *ato médico*, bem como identifica e analisa as visões e reações de médicos, enfermeiros e psicólogos a este Projeto de Lei, apontando as polêmicas presentes neste processo. Para tanto, consideramos necessário definir, primeiramente, o conceito de *ato médico*. Em seguida faremos um breve resgate histórico do processo recente de discussão do *Ato Médico* dentro e fora do Senado Federal. Finalmente, analisaremos as posições que alguns dos principais líderes dos médicos, psicólogos e enfermeiros assumiram neste debate.

Para encaminhar a discussão e tratar da definição do conceito de *ato médico*, recorreremos às idéias apresentadas por Genival Veloso de França¹⁰⁵, Nelson Grisard¹⁰⁶ e Luiz Salvador Miranda de Sá¹⁰⁷.

No entendimento de França¹⁰⁸ *ato médico* é “todo esforço consciente e organizado, traduzido por técnicas, ações e recursos em favor da vida e da saúde do homem e da coletividade”¹⁰⁹. Segundo o autor, o *ato médico* pode ser de dois tipos: *genérico* e *específico*. O *ato médico* assume um caráter *genérico* quando é realizado por qualquer profissional de saúde “que tenha como proposta de ação a saúde individual ou coletiva, traduzida por técnicas, ações e recursos em favor da vida e da saúde do homem e da

¹⁰⁵ Médico, bacharel em Direito, ex-professor titular de Medicina Legal e autor de vários livros que tratam de questões éticas relacionadas à Medicina.

¹⁰⁶ Médico, professor de Ética Médica, ex-presidente e atual conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CREMESC), e conselheiro suplente do Conselho Federal de Medicina.

¹⁰⁷ Médico, conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul (CRM-MS), autor da “exposição de motivos” da Resolução CFM n.º 1.627/01, que dispõe sobre o *ato médico*.

¹⁰⁸ FRANÇA, G. V. de. *Liberalismo Médico*, pp. 78-83.

¹⁰⁹ *Ibidem*, pp. 79-80.

coletividade. É o ato médico *lato sensu*¹¹⁰. Já o *ato médico específico* se configura quando são utilizados meios e recursos para prevenir a doença, recuperar e manter a saúde do ser humano ou da coletividade. Os conhecimentos e as técnicas necessários para a realização destes objetivos são adquiridos por meio de treinamento em “cursos de medicina e aceitos pelos órgãos competentes, estando quem o executa, supervisiona ou solicita, profissional e legalmente, habilitado. Esse é ato médico *strictu sensu*”¹¹¹.

Para Grisard¹¹², o *ato médico* é “o ato profissional, exclusivo, realizado por quem está habilitado para exercer a medicina e procura estabelecer o diagnóstico, a prevenção e o tratamento das doenças humanas”¹¹³. Segundo o autor, o *ato médico* somente se configura na ação de um médico treinado e legalmente habilitado para o exercício profissional. Nesse sentido, podemos constatar que Grisard restringe sua concepção de *ato médico* ao modelo *específico* proposto França. Nas palavras de Grisard¹¹⁴: “Esta condição impede que um ato praticado por outro profissional que não seja médico possa ser considerado um ato médico”¹¹⁵. Enfatizando a sua posição acerca da exclusividade do profissional formado em medicina na execução do ato médico, Grisard¹¹⁶ estabelece quatro modalidades de *ato médico*, a saber: *ato médico* ou *ato médico clínico*, *ato médico laboratorial*, *ato médico dos diagnósticos complementares e terapêuticos* e *ato médico pericial*. O autor explica que cada um destes atos tem especificidade e condicionamentos legais e éticos próprios. Além disso, todos estão submetidos aos preceitos gerais das esferas civil, penal e ética.

Miranda de Sá¹¹⁷, por sua vez, aponta que o *ato médico* é uma categoria particular do ato profissional. O autor observa que o *ato médico* também pode ser denominado *procedimento médico* ou *procedimento técnico específico* de profissional da Medicina. Para ele, o *ato médico* é:

“(...) a ação ou o procedimento profissional praticado em favor do paciente que lhe solicitou ajuda ou dela necessita, mediante contrato implícito ou explícito, utilizando os recursos disponíveis nos limites da previsão legal, da codificação ética, da possibilidade técnico-científica, da moralidade, da cultura e da vontade do paciente

¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹ FRANÇA, G. V. de. *Liberalismo Médico*, p. 80.

¹¹² GRISARD, N. *O ato médico e as outras profissões na área de saúde*, pp. 29-38.

¹¹³ Ibidem, p. 30.

¹¹⁴ FRANÇA, G. V. de. *Comentários ao código de ética médica*.

¹¹⁵ Ibidem, p. 31.

¹¹⁶ Ibidem, pp. 51-52.

¹¹⁷ MIRANDA DE SÁ, L. S. M. de. Atos profissionais e atos médicos. *Medicina Conselho Federal – Jornal do CFM*. Brasília, Ano XV, n.º 113, jan./2000. Bioética, pp. 8-9.

(princípio da autonomia). Essa ação deve estar voltada para o incremento do bem-estar, a profilaxia ou o diagnóstico das enfermidades, a terapêutica ou a reabilitação dos enfermos (princípio da não-maleficência)”¹¹⁸.

Por compreender que o *ato médico* se realiza na relação entre o profissional médico e o paciente, Miranda de Sá¹¹⁹ atribui ao médico a exclusividade de sua execução. Para ele, somente os graduados em uma faculdade de medicina, reconhecida formalmente, podem executar atos médicos. Não obstante, podemos dizer que Miranda de Sá concorda com a definição oferecida por França, quando considera que existem procedimentos que podem ser compartilhados com outras profissões de saúde. Para Miranda de Sá, esta condição somente pode ocorrer nos casos em que a legislação que regulamentou cada profissão assim o determine. Miranda de Sá denomina estes atos médicos compartilháveis de *atos ou procedimentos tipicamente médicos*¹²⁰.

Assim, tomando como referência as idéias de Miranda de Sá¹²¹, delimitam-se duas situações: na primeira, *atos médicos* são entendidos, pelo autor, como um conjunto que compreende todos os procedimentos realizados em favor da saúde do ser humano e da coletividade e que, por isso, *naturalmente*, são competências do profissional médico. Na segunda, este conjunto se divide em dois subconjuntos: dos *atos médicos exclusivos* e dos *atos médicos compartilháveis* ou *tipicamente médicos*, ou seja, “os atos médicos não incluem apenas os procedimentos exclusivamente médicos ou privativos de médicos, mas os atos e procedimentos tipicamente médicos”¹²². Em outras palavras: de um lado, estão os profissionais médicos que detêm a hegemonia sobre a execução do conjunto dos *atos médicos*, mas possuem apenas exclusividade sobre a execução de alguns destes procedimentos; de outro, estão os demais profissionais de saúde, que não detêm exclusividade sobre nenhum *ato médico*, embora tenham a permissão de executar procedimentos que são considerados *atos tipicamente médicos*.

Neste contexto, podemos dizer que os três autores destacam a importância da regulamentação profissional como estratégia de afirmação da *profissão* médica. Sendo assim, o *ato médico* é encarado como um *ato profissional* de médico. Mas, o que é um *ato profissional*?

¹¹⁸ MIRANDA DE SÁ, L. S. M. de. Atos profissionais e atos médicos. *Medicina Conselho Federal – Jornal do CFM*. Brasília, Ano XV, n.º 113, jan./2000. Bioética, p. 9.

¹¹⁹ *Ibidem*.

¹²⁰ *Ibidem*.

¹²¹ *Ibidem*.

¹²² *Ibidem*.

Segundo Miranda de Sá, o *ato profissional* é uma atribuição da legislação que regulamenta uma *profissão*. Nas palavras do autor:

“Ato profissional é como se denomina uma ação, procedimento ou atividade que a legislação regulamentadora da profissão atribui aos agentes de uma categoria profissional; ainda que não lhes seja exclusiva ou privativa. Deve ser praticado por pessoa devidamente habilitada e que esteja exercendo legalmente sua profissão”¹²³.

A definição de Miranda de Sá, faculta-nos observar a importância dada à regulamentação para o exercício de uma atividade profissional. A este respeito, consideramos necessário retomar o capítulo anterior, quando foi afirmado que, para se estabelecer, uma *profissão* deve possuir e controlar uma *expertise* institucionalizada; conquistar, manter e ampliar um território exclusivo no mercado de trabalho, bem como ter controle sobre a execução do seu próprio trabalho. Acompanhando esta idéia, o *profissional* é aquele que adquiriu, por meio de treinamento em escola superior, uma *expertise* exclusiva que o habilita e credencia para executar atos profissionais no mercado de trabalho – ainda que estes atos não sejam exclusivos. Em outras palavras: de maneira geral, os atos profissionais se efetuam quando o profissional habilitado e credenciado põe em prática a sua *expertise*. Nesse sentido, embora pareça redundante e óbvio, podemos dizer que o *médico* é um profissional, porque atende a esses requisitos básicos. Numa palavra, somente o médico pode executar *atos profissionais* de médico.

Assim, dado que todos os procedimentos em prol da prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como reabilitação da saúde individual e coletiva são considerados, pelos autores, *atos médicos*; dado que somente o profissional médico executa atos profissionais médicos, podemos perguntar: por que regulamentar o *ato médico*? Ou ainda: por que o *ato médico* não foi regulamentado anteriormente? A medicina, então, não é uma *profissão*?

Grisard e França oferecem argumentos que possibilitam, por um lado, o entendimento dos motivos pelos quais o *ato médico* não foi regulamentado anteriormente e, por outro, justificam a necessidade de regulamentá-lo nos dias de hoje.

Para Grisard, no passado, não havia dificuldades no que diz respeito à definição do *ato médico*, porque “seu conceito, seus limites e suas propriedades sempre foram do conhecimento implícito dos médicos, dos juristas e de todas as pessoas letradas ou não.

¹²³ MIRANDA DE SÁ, L. S. M. de. Atos profissionais e atos médicos. *Medicina Conselho Federal – Jornal do CFM*. Brasília, Ano XV, n.º 113, jan./2000. Bioética, p. 9.

Portanto, não havia a necessidade de defini-lo explicitamente”¹²⁴. O autor justifica esta posição, afirmando:

“Todos sabem, também, quem é o médico dentro de um hospital, ou de um serviço de assistência médica, não sendo sua figura confundida com a de outros profissionais. Sabe-se, igualmente, qual é a competência do médico e o que ele faz. Entretanto, o ato médico ainda não está claramente definido ou legislado, porém sua prática, exclusiva dos médicos, sempre foi respeitada”¹²⁵.

Apesar de considerar que a hegemonia médica dentro de um hospital encontra-se preservada desde *sempre*, Grisard ressalta que, nas últimas décadas do século XX, houve o incremento do número de profissionais da área de saúde. Segundo ele, estes novos profissionais, embora não tenham as responsabilidades éticas, civis e penais dos médicos, “tentam obter os mesmos direitos, através de um processo contestável, de se auto-atribuir funções e tarefas de médicos, entrando nos limites do ato médico”¹²⁶. Neste sentido, o autor enfatiza que a medicina e a justiça devem estabelecer uma clara e precisa conceituação de *ato médico*, porque “tal falta tem provocado ressentimentos e levado a conflitos éticos, profissionais e trabalhistas”¹²⁷.

Em consonância, França aponta que “antes não era custoso definir *ato médico*”¹²⁸. Ele justifica esta idéia afirmando que:

“O número reduzido de profissões de saúde e a precisa delimitação de suas atividades facilitavam esse entendimento. No entanto, a partir do momento em que se criaram novos cursos universitários nesse setor, tornando imperiosa a sistematização das ações e dos recursos disponíveis, mais difícil ficou sua definição em face da complexidade e da imprecisão dos limites de cada área”¹²⁹.

Diante das posições expostas por estes autores, dois aspectos nos chamam atenção. Em primeiro lugar, percebemos que Grisard entende o *ato médico* – e a própria medicina – como algo naturalizado, que *sempre* existiu, ou seja, como algo a-histórico. Conforme afirmado no capítulo anterior, os conceitos de *profissão* e de *profissionalização* somente podem ser entendidos dentro de um contexto sócio-histórico, não devendo, portanto, ser desconectados da realidade social, política e econômica em que estão inseridos. O segundo

¹²⁴ GRISARD, N. *O ato médico e as outras profissões na área de saúde*, p. 29.

¹²⁵ GRISARD, N. *O ato médico e as outras profissões na área de saúde*, p. 29.

¹²⁶ *Ibidem*.

¹²⁷ *Ibidem*, pp. 29-30.

¹²⁸ FRANÇA, G. V. de. *Liberalismo Médico*, p. 79.

¹²⁹ *Ibidem*, p. 79.

aspecto se refere à expansão do conhecimento teórico e técnico que tem como consequência a criação de novas áreas de atuação no campo da saúde, bem como a flexibilização das fronteiras de competência. A este respeito, igualmente foi afirmado no capítulo anterior que a criação de novas áreas promove, em geral, disputas e conflitos entre profissões que buscam se estabelecer e/ou manter a hegemonia dentro de um mercado de trabalho. Tais disputas têm raízes na aproximação entre, ou mesmo na interseção das fronteiras de competência das diversas áreas, ocasionada pela contínua especialização e pelo domínio de um conhecimento comum. As palavras de França oferecem subsídios que reforçam tal percepção:

“Há certos atos que são historicamente da competência e do âmbito exclusivo do médico, como atestar o óbito, praticar a anestesia geral e proceder a uma cirurgia abdominal. Todavia, há outros que permaneceram muito tempo numa fronteira imprecisa entre duas áreas de atividades: psicologia e psiquiatria, fisioterapia e fisioterapia, cirurgia facial e odonto-cirúrgica, mas que hoje já têm o seu universo definido. (...) E, finalmente, outros atos que tradicionalmente eram de alçada do médico, mas, com o decorrer do tempo, foram transferidos para outros profissionais da saúde, com a criação de novos cursos, como a nutrologia, a psicologia e a fonoaudiologia”¹³⁰.

Nesse sentido, para os autores analisados, o *ato médico* não foi regulamentado anteriormente pelo fato de a medicina ser, até então, detentora de um monopólio de competências exclusivas no que dizia respeito aos cuidados de saúde individual e coletiva. Assim, ao monopolizar estas competências, a medicina dominou e controlou o mercado de saúde, tornando-se hegemônica perante as demais profissões deste setor. Esta confortável posição foi sustentada por séculos. Uma análise da obra de Pereira Neto¹³¹ oferece subsídios para atestar que a disputa entre diferentes profissões pela hegemonia no campo da saúde no Brasil, data pelo menos do início do século XX. Hoje em dia, os autores analisados justificam a necessidade da regulamentação do *ato médico* no aparecimento de novas profissões – detentoras de uma *expertise* própria – que compartilham conhecimentos com a medicina e disputam *fatias* do mercado de trabalho. Os médicos, autores dos textos analisados, evidenciam, portanto, que a medicina passa por um processo de fragilização da hegemonia da sua própria *expertise*. Eles entendem que o *ato médico* precisa ser regulamentado porque, nos últimos anos, os profissionais médicos perceberam que sua

¹³⁰ FRANÇA, G. V. de. *Liberalismo Médico*, pp. 80-81.

¹³¹ PEREIRA NETO, A. de F. *Ser Médico no Brasil: o presente no passado*.

hegemonia tem sido questionada e criticada por outros saberes e práticas, não sendo, portanto, algo dado “pela natureza”, como afirmaram.

Em suma, podemos inferir que, diante do aparecimento de novas profissões de saúde, os profissionais médicos passaram a se sentir ameaçados, ao mesmo tempo em que ressaltaram a necessidade de manter e ampliar o seu monopólio de competências para sustentar a hegemonia da medicina no mercado de trabalho. Para tanto, organizaram-se em grupos e propuseram a regulamentação formal do *ato médico* – e da medicina – por intermédio do Estado. Mas, como isso aconteceu? Façamos um breve resgate histórico deste processo recente.

II – O PROCESSO HISTÓRICO DE REGULAMENTAÇÃO DO ATO MÉDICO

Conforme afirmamos no capítulo anterior as profissões pressionam o Estado para que este legisle de acordo com os interesses de seus membros. Nesse sentido, exercer atividades políticas em prol da regulamentação formal de atribuições e competências se torna imprescindível para a obtenção, manutenção e ampliação de privilégios profissionais.

Para atuar na arena política, as profissões se organizam em corporações ou associações profissionais constituídas por representantes eleitos. Eles gozam de considerável confiança, são capazes de negociar legitimamente em nome do conjunto de seus membros e estabelecem estratégias que visam a conquista e/ou a preservação de privilégios. Nesse âmbito, os integrantes do corpo profissional elegem seus representantes que estabelecem alianças com parlamentares no Congresso Nacional e no Poder Executivo. A capacidade de negociação e de convencimento dos representantes da corporação depende do número de políticos que a *profissão* consegue atrair para a sua causa. Estes parlamentares aliados podem atuar, pelo menos, de três formas, a saber: negociando e estabelecendo alianças com outros parlamentares; votando contra proposições de privilégios de concorrentes; propondo legislação que beneficie a *profissão* que defendem. Assim, quanto mais articulações e alianças políticas forem realizadas, maiores serão as chances de a corporação obter sucesso na regulamentação da *profissão*.

A regulamentação do *ato médico* se configura como uma das estratégias políticas empreendidas pelo Conselho Federal de Medicina em prol da hegemonia do médico no campo da saúde. Mas, como o *ato médico* se tornou projeto de lei?

A regulamentação do *ato médico* vem se desenrolando como um processo desde 1998. Este processo se manifesta formalmente nos instrumentos jurídico-legais definidos em diferentes momentos, elaborados por instâncias políticas distintas. Nossa pesquisa foi capaz de identificar quatro marcos legais deste processo¹³²: a Resolução CREMERJ n.º 121/98; a Resolução CFM n.º 1.627/01; o Projeto de Lei do Senado n.º 25/02; o Projeto de Lei Substitutivo n.º 25/02¹³³. Faremos, a seguir, um breve relato de cada uma destas determinações legais, procurando estabelecer a visão que apresentam sobre o *ato médico*.

O primeiro marco foi a promulgação, em 25 de março de 1998, da Resolução CREMERJ n.º 121/98 pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Este documento está estruturado em duas partes: uma abertura contendo uma série de considerações acerca do *ato médico* e cinco artigos, sendo o primeiro subdividido em cinco parágrafos.

No primeiro caso, os representantes dos médicos fluminenses argumentaram que era preciso publicar uma Resolução para definir o *ato médico*, pois havia uma crescente intromissão de outros profissionais na atividade do médico. Como parte desta visão, foi criada, em 1999, a “Comissão de Defesa das Prerrogativas do Médico” (CODEPREM), que visava defender o *ato médico* e demarcar a interface com outros profissionais de saúde.

“Como a intromissão no ato médico tem se tornado constante, o CREMERJ baixou a Resolução 121/98, que define o ato médico e enumera critérios e exigências para o exercício da Medicina, e criou, em dezembro do ano passado, a CODEPREM, estruturada a partir da Comissão de Defesa dos Direitos do Médico (CODEM), que tinha como função atuar na defesa do médico, quando ele fosse constringido no exercício da sua profissão.

Com a nova denominação, de CODEPREM, a comissão ampliou suas atribuições, atuando também em relação ao ato médico. Ela é formada pelos Conselheiros Aloísio Tibiriçá Miranda, Secretário Geral do Conselho, Bartholomeu Penteado Coelho, José Ramon Varela Blanco, Paulo César Geraldês e Mauro Brandão, também Conselheiro do CFM”¹³⁴.

¹³² Cabe dizer que Resoluções e deliberações são diretrizes ou regulamentos emanados de órgãos colegiados, tais como os Conselhos Profissionais. Já Leis são de competência do Poder Legislativo, sancionadas pelo respectivo Poder Executivo.

¹³³ Os textos integrais se encontram na seção de anexos (Anexo 1).

¹³⁴ EM DEFESA do Ato Médico: Cremerj atua na acupuntura e condena cursos para leigos e não médicos. *Jornal do Cremerj*, Rio de Janeiro, jan./2000, ano XII, n.º 112. Por dentro do Cremerj, p. 16.

Nesse sentido, podemos considerar a publicação de uma Resolução definindo o *ato médico* e a criação da “Comissão de Defesa das Prerrogativas do Médico” (CODEPREM), estratégias que, por um lado, deram visibilidade nacional aos médicos fluminenses, demonstrando a sua capacidade de organização corporativa num âmbito regional e, por outro, enfatizaram os interesses mais amplos de manutenção da hegemonia profissional da corporação médica.

A partir de 1998, a CODEPREM implementou uma série de outras medidas, tais como: coibir/proibir o ensino da acupuntura para não-médicos; problematizar e coibir a realização de partos por enfermeiros; emitir pareceres identificando em que situações estavam ocorrendo interferência e/ou invasão das fronteiras de competências dos médicos, e articular alianças políticas para pressionar o Conselho Federal de Medicina e o Congresso Nacional em prol da regulamentação do *ato médico*¹³⁵.

Para se ter uma noção da postura adotada pelos representantes fluminenses, resgataremos as idéias expressas pelo Conselheiro Abdu Kexfe, então Presidente do CREMERJ, que, durante um Congresso de Oftalmologia, realizado no Rio de Janeiro no período de 28 de junho a 1º de julho em 2000, destacou a importância da atuação da CODEPREM na defesa do *ato médico*. Naquele momento, o representante médico considerava *conflitiva* a situação que se configurava entre os profissionais de saúde. Além disso, criticou a postura do Conselho Federal de Medicina perante as interferências de outros profissionais no *ato médico*.

“– No CREMERJ, cada vez mais tomamos conhecimento do processo agudo que nossa profissão está sofrendo com a interferência de outros profissionais de saúde. Vemos batalhas permanentes entre oftalmologistas e optometristas, endocrinologistas e nutricionistas, obstetras e enfermeiras, ortopedistas e fisioterapeutas. Nem mesmo as nossas entidades estão compreendendo a gravidade da situação, como o CFM, que precisa regulamentar o ato médico”¹³⁶.

Um mês depois, Abdu Kexfe, durante o Encontro Sul-Sudeste de Conselhos de Medicina, realizado no Rio de Janeiro, voltou a manifestar sua preocupação com o tema reiterando a necessidade de se regulamentar o *ato médico* por intermédio do Estado.

¹³⁵ EM DEFESA do Ato Médico: Cremerj atua na acupuntura e condena cursos para leigos e não médicos. *Jornal do Cremerj*, Rio de Janeiro, jan./2000, ano XII, n.º 112. Por dentro do Cremerj, p. 16.

¹³⁶ AVANÇOS em oftalmologia. *Jornal do Cremerj*, Rio de Janeiro, jun./2000, ano XII, n.º 117. Congresso, p. 16.

“– Os conflitos já mostraram que a regulamentação do ato médico pelo Conselho Federal de Medicina é extremamente necessária e urgente. Também está na hora dos médicos se mobilizarem para sensibilizar o Congresso Nacional para que seja aprovada uma lei sobre o ato médico”¹³⁷.

Quando se analisa a imprensa médica, particularmente o *Jornal do CREMERJ*, verificamos que, desde a publicação da Resolução CREMERJ n.º 121/98 e a criação da CODEPREM, as discussões em torno da interferência de outros profissionais de saúde na prática do médico passaram a ser constantes.

As iniciativas do CREMERJ não pararam por aí. Entre outubro de 2000 e julho de 2001, o CREMERJ publicou três Resoluções referentes à regulamentação do *ato médico*, a saber: Resolução n.º 156/00, que “define o acompanhamento da litotripsia extra-corpórea¹³⁸ como *ato médico*”; Resolução n.º 160/00, que “dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar, na Assistência Materno-Infantil”; e a Resolução n.º 174/01, que “define o *ato médico* em otorrinolaringologia e áreas conexas, orienta a prática médica quantos às atribuições, competências e particularidades técnicas da especialidade e esclarece quais as implicações para o paciente e para as relações com profissionais não-médicos”.

Em 2001, as discussões sobre o *ato médico*, protagonizadas pelo CREMERJ, tiveram assento durante o Encontro Nordeste dos Conselhos Regionais de Medicina, realizado de 23 a 25 de agosto, em Aracaju. De acordo com matéria veiculada pelo *Jornal do CREMERJ*¹³⁹ de setembro daquele ano, o então Presidente do CREMERJ, Mário Jorge Rosa de Noronha, enfatizou que as prerrogativas do médico no exercício profissional e a intromissão de outras categorias de profissionais de saúde faziam do *ato médico* algo eminente. A matéria também destaca o elogio feito, pelo Conselheiro Noronha, à atuação do CREMERJ na luta pela regulamentação do *ato médico*. Ele também ressaltou que outros Conselhos Regionais de Medicina deveriam igualmente formular resoluções semelhantes que dispusessem sobre o *ato médico*. O Presidente do CREMERJ enfatizou, ainda, a importância da mobilização da corporação médica em prol da regulamentação da profissão, representada pelo Projeto de Lei n.º 25/02 do, à época, Senador Geraldo Althoff

¹³⁷ CONSELHOS de medicina se reúnem no Rio. *Jornal do Cremerj*, Rio de Janeiro, ago./2000, ano XII, n.º 119, Encontro Sul-Sudeste, p. 12.

¹³⁸ “Litotripsia extra-corpórea é a fragmentação de cálculos renais por ondas de choque, sem a necessidade de anestesia ou internamento”. Informação retirada de: <<http://www.uro.com.br/leco.htm>>. Acesso em: 26 de nov./2004.

¹³⁹ NORDESTE discute o ato médico. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, set./2001, ano XIV, n.º 132. Encontro de Conselhos, p. 5.

(PFL/SC). Cabe dizer que este Projeto de Lei foi apresentado ao Senado Federal em fevereiro de 2002, ou seja, cinco meses após o Encontro Nordeste. Diante disso, podemos deduzir que a conclamação feita por Noronha é um indício de que as negociações com parlamentares no Congresso Nacional, especialmente com o Senador Geraldo Althoff, encontravam-se em franco desenvolvimento. Tal sinal se vê fortalecido se considerarmos matéria publicada no *Jornal da Associação Médica Brasileira (AMB)*¹⁴⁰, do segundo trimestre de 2001. Ela destaca a aliança estabelecida entre o Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira para debater a regulamentação do *ato médico* e planejar as estratégias das duas entidades. Segundo a matéria, as diretorias das entidades se reuniram em 1º de junho, na sede do Conselho Federal de Medicina. Neste encontro, os representantes da categoria médica elaboraram um documento que deveria ser encaminhado ao Congresso Nacional, como proposta de projeto de lei. No mesmo encontro decidiram realizar reuniões mensais para avaliar e acompanhar o movimento.

A promulgação da Resolução 1.627 pelo Conselho Federal de Medicina, em 23 de outubro de 2001, foi uma consequência de toda esta mobilização e articulação política protagonizada, sobretudo, pelo CREMERJ. Este é o segundo marco legal da regulamentação do *ato médico* na presente investigação.

A estrutura do texto se divide em dois segmentos: um rol de considerações que introduzem a necessidade de se legislar sobre o *ato médico* e cinco artigos. Tal estrutura encontra sustentação teórica e conceitual em um parecer, denominado “exposição de motivos”, apresentado como documento anexo à Resolução. A importância da Resolução CFM 1.627/01 reside em dois fatos: é a primeira tentativa de regulamentação formal, em nível nacional, do *ato médico*; e seu texto serviu de base para a elaboração do Projeto de Lei n.º 25/02, apresentado ao Senado Federal. Um outro aspecto importante se refere ao fato de a “exposição de motivos”, anexada à Resolução, ser uma versão ampliada do artigo intitulado “Atos profissionais e atos médicos”, de autoria do então Primeiro Secretário do Conselho Federal de Medicina, Luiz Salvador Miranda de Sá, publicado em 2000, no *Jornal Medicina Conselho Federal*, do CFM¹⁴¹.

Mas, o que diz esta Resolução? Em linhas gerais, ela define o *ato profissional de médico* como todo procedimento técnico-profissional, praticado por médico, voltado para a

¹⁴⁰ ATO Médico em debate. *Jornal Associação Médica Brasileira*, Brasília, mai.-jun./2001, ano 42, n.º 1313, p. 3.

¹⁴¹ Para maiores detalhes, consultar MIRANDA DE SÁ, op. cit., pp. 8-9.

prevenção primária, secundária e reabilitação. Ou seja, todos os procedimentos que envolvam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação no campo da saúde são considerados *atos médicos*. Considera todas atividades que envolvam diagnóstico e tratamento como atos privativos do profissional médico. Não obstante, admite que atividades de promoção, prevenção e reabilitação, que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, podem ser compartilhadas com os demais profissionais de saúde, dentro dos limites impostos pela legislação. Estabelece que as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos, devendo ser exercidos unicamente por médicos. Por fim, atribui ao Conselho Federal de Medicina a competência de definir, por meio de resoluções, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos¹⁴².

A publicação da Resolução CFM 1.627/01 foi festejada pelos representantes do CREMERJ. Uma matéria publicada no *Jornal do CREMERJ*, em novembro de 2001, enfatizou a importância da participação do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro na luta pela regulamentação.

“Durante muito tempo, nos fóruns nacionais dos Conselhos Regionais de Medicina, o CREMERJ sempre levantou a questão da defesa do ato médico, mas até agora não tinha conseguido sensibilizar o CFM a regulamentar o ato médico no âmbito nacional”¹⁴³.

A matéria apresentou uma crítica feita pelo Conselheiro Mauro Brandão Carneiro, então Secretário Geral do CREMERJ e representante do Rio de Janeiro no Conselho Federal de Medicina, relacionada com a postura administrativa adotada por alguns representantes do Conselho Federal de Medicina, até 1999. Na oportunidade Brandão afirmou que:

“nesses fóruns, existia uma corrente hegemônica que defendia que os CRMs deveriam ser órgãos apenas para fiscalizar o médico e defender os interesses da sociedade, e ainda atribuía a intromissão de outros profissionais de saúde no ato médico exclusivamente por culpa do próprio médico, que se abstinha de realizar suas atividades e ignorava ou fingia ignorar a realidade em curso no país, visando

¹⁴² Cf. Resolução CFM n.º 1.627/01.

¹⁴³ RESOLUÇÃO do CFM regulamenta o ato médico. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, nov./2001, ano XIV, n.º 134, Ato Médico, p. 10.

possibilitar a realização do ato médico por outros profissionais e, com isso, diminuir seus custos, propugnando inclusive pela desregulamentação da profissão médica”¹⁴⁴.

Na mesma matéria, Mauro Brandão anunciou a tramitação do Projeto de Lei n.º 25/02, dando maior relevância à atuação do CREMERJ na articulação política da regulamentação do *ato médico* e criticando a postura de outras lideranças da corporação. Cabe lembrar que este Projeto de Lei foi apresentado quatro meses após a publicação desta matéria no *Jornal do CREMERJ*. O anúncio antecipado da tramitação do Projeto, feito por Mauro Brandão, demonstra que este detinha forte capital de relacionamento e que estava informado em relação ao movimento da corporação e o avanço das negociações com parlamentares¹⁴⁵.

O terceiro marco é o Projeto de Lei n.º 25/02, de autoria do ex-Senador e médico pediatra Geraldo Althoff (PFL/SC). O documento foi apresentado em 27 de fevereiro de 2002, na “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania” do Senado (CCJC). Ele é uma tentativa de transformar as disposições da Resolução CFM n.º 1.627, de 2001, em norma legislativa, válida para todo o território nacional. De maneira geral, este projeto mantém as mesmas diretrizes previstas na referida Resolução, no que diz respeito à definição de *ato médico* e a sua extensão. No entanto, em seu Artigo 2º¹⁴⁶, considerado inconstitucional porque atribui poderes de Congresso Nacional ao Conselho Federal de Medicina, quando afirma que compete ao CFM “fixar a extensão e natureza dos procedimentos próprios dos profissionais médicos, determinando, quando necessário, o campo privativo de atuação desses”. O PLS n.º 25/02, ainda, tipifica as infrações a tais disposições como crime de exercício ilegal da medicina. Pelo fato de apresentar tais pretensões, o PLS nº 25/02

¹⁴⁴ RESOLUÇÃO do CFM regulamenta o ato médico. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, nov./2001, ano XIV, n.º 134, Ato Médico, p. 10.

¹⁴⁵ Cabe dizer que em âmbito nacional, desde o ano 2000, a corporação médica veio discutindo a questão do *ato médico*. Mas, somente em 2002, durante o II Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, realizado entre os dias 23 e 24 de outubro, em Brasília, o Conselho Federal de Medicina constituiu, nos moldes da CODEPREM, a *Comissão Nacional de Mobilização em Defesa do Ato Médico*, composta por lideranças regionais das entidades médicas, envolvendo também a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e a Confederação Médica Brasileira (CMB). Esta Comissão Nacional tinha como objetivo mobilizar os médicos em direção à unificação do movimento em prol da regulamentação do *ato médico*. A idéia era que, estando fortalecidos enquanto corporação, poderiam exercer maior grau de pressão sobre o Estado.

¹⁴⁶ “Art. 2º Compete ao Conselho Federal de Medicina, na qualidade de órgão normatizador e fiscalizador do exercício da Medicina no País, nos termos do artigo anterior: I – fixar a extensão e natureza dos procedimentos próprios dos profissionais médicos, determinando, quando necessário, o campo privativo de atuação desses; II – definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos” (Cf. PLS n.º 25/02 – Anexo 1).

passou a ser conhecido como “Projeto de Lei do Ato Médico”. Sua apresentação gerou muita polêmica entre os profissionais da área de saúde. Por estas razões, consideramos necessário apresentar maiores detalhes sobre a tramitação deste Projeto.

De acordo com o Protocolo Legislativo – após a leitura, publicação em Diário do Senado Federal e distribuição de cópias –, o PLS n.º 25/02 ficou disponível na “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania” (CCJC) para receber emendas durante cinco dias úteis, cabendo à “Comissão de Assuntos Sociais” (CAS) a “ação terminativa”. Cabe mencionar que a “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania” (CCJC) deve apenas analisar e julgar a legalidade do texto apresentado, e não o seu mérito. A questão do mérito é uma incumbência da “Comissão de Assuntos Sociais”.

Apesar de ter sido apresentado no dia 27 de fevereiro, o Projeto só foi distribuído ao Senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) no dia 04 de abril de 2002. Este senador não pôde aceitar o encargo da relatoria¹⁴⁷. Passados cinco dias, o Projeto foi devolvido à CCJC, ficando à espera de redistribuição e designação de novo relator. Em 10 de abril, o Senador Luiz Otávio (PMDB/PA) foi designado como novo relator. Na semana seguinte, o Senador Luiz Otávio entregou um parecer favorável à aprovação à CCJC. Restava apenas encaminhar a matéria para inclusão na pauta da próxima reunião na referida Comissão, onde o Projeto de Lei e seu parecer seriam votados por outros Senadores.

Ao mesmo tempo, as demais corporações profissionais da área da saúde se mobilizaram para protestar contra a aprovação da proposta. Com o intuito de conquistar maior poder de negociação e pressão, organizaram-se em torno do Fórum dos “Conselhos Federais da Área de Saúde” (FENTAS). As entidades argumentaram que o PLS n.º 25/02 era inconstitucional, porque, em seu Artigo 2º, atribuía ao Conselho Federal de Medicina a competência de legislar sobre o exercício profissional, competência esta pertinente apenas ao Congresso Nacional. O trecho a seguir ilustra o posicionamento do FENTAS:

“O Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde (FENTAS) se posicionou contrário ao PL do Ato Médico, uma vez que o projeto se baseia em uma Resolução do CFM (CFM n.º 1627/2001), mostrando-se contraditório ao requerer uma delimitação legal do ato médico por parte do Estado e, ao mesmo tempo, entregando a um único Conselho a responsabilidade de normatizar e fiscalizar todas as ações na área de saúde”¹⁴⁸.

¹⁴⁷ A tramitação do processo não fornece maiores esclarecimentos sobre os motivos da recusa.

¹⁴⁸ PROJETO de lei do ato médico. *Jornal do Federal – Jornal do CFP*, Brasília, jan./2003, ano XVIII, n.º 74, Mercado e Profissão, p. 3.

As entidades também argumentaram que este Projeto interferia na autonomia profissional das diversas profissões do campo da saúde e baseava-se em uma visão reducionista da noção de *saúde*. Nesse contexto, diferentes conselhos profissionais manifestaram sua posição sobre o assunto.

Naquele momento, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou uma “Nota sobre o Projeto de Lei do Ato Médico”, em nome dos Conselhos Regionais de Psicologia do Brasil, onde demonstra sua indignação, assumindo posição contrária à aprovação do PLS n.º 25/02. Na opinião de Margarete Paiva, Conselheira do Conselho Federal de Psicologia: “Num momento em que as concepções de saúde e doença avançam em todo o mundo, aparece um projeto com visão atrasada de saúde, que privilegia uma categoria em detrimento de toda a coletividade”¹⁴⁹.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia manifestou sua posição através das palavras de sua Presidente Maria Thereza Mendonça Rezende. Segundo ela:

“O PL é inconstitucional porque o artigo 22, inciso XVI da Constituição Brasileira estabelece que ‘compete privativamente à União legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício das profissões’. Mas o PL do Ato Médico referenda um ato normativo que foi elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, ou seja, é um órgão de fiscalização profissional, como os outros Conselhos Federais, mas quer, com este Projeto de Lei, legislar sobre a atividade de todos os outros profissionais da área de saúde, que já possuem leis que regulamentam suas profissões”¹⁵⁰.

O Conselho Federal de Serviço Social posicionou-se pelas palavras de Léa Lúcia Cecílio Braga. Para a Presidente desta associação profissional:

“O Ato Médico invade a seara de outras profissões já regulamentadas na área de saúde e tenta de forma corporativa alocar aos médicos a privatividade de funções de auditoria, chefia, coordenação, perícia, supervisão e ensino, desrespeitando o âmbito de atuação de outras profissões de saúde, como nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e biomédicos, entre outros”¹⁵¹.

¹⁴⁹ NOBLAT, André. Projeto de lei que aumenta poder do Conselho Federal de Medicina é criticado. *JBonline. Net*, Seção Polêmica na área da Saúde. [on-line] Disponível em: <<http://www.jbonline.terra.com.br/papel/brasil/2002/11/23/jorbra20021123006.html>>. Acesso em: 04 de dez./2004.

¹⁵⁰ PROJETO de lei do ato médico. *Jornal do Federal – Jornal do CFP*, Brasília, jan./2003, ano XVIII, n.º 74, Mercado e Profissão, p. 3.

¹⁵¹ *Ibidem*.

A Presidente do Conselho Federal de Nutrição tem uma visão semelhante. No entender de Rosane Maria do Nascimento da Silva:

“As atividades que são hoje desenvolvidas pelo nutricionista nos diferentes níveis de assistência à saúde são inquestionáveis, com identidade própria, sem necessidade de “avanços” nos espaços privativos de outras categorias. Temos consciência do nosso espaço, em consonância com os preceitos do SUS, no que tange à integralidade da assistência, e vamos continuar vigilantes em relação ao cumprimento do contido na lei que regulamenta a nossa profissão”¹⁵².

Como havíamos dito anteriormente, o Senador Luis Otávio, Relator do Projeto de Lei n.º 25/02 que trata do *ato médico*, entregou seu parecer favorável à aprovação à CCJC em meados de abril de 2002. Sua tramitação ficou interrompida por sete meses. Ela só foi retomada no final do segundo semestre de 2002.

Em 13 de novembro, durante a 28ª Reunião Ordinária da CCJC, os Senadores da “Comissão Constituição, Justiça e Cidadania” se encontraram para leitura e apreciação do relatório do Senador Luiz Otávio (PPB/PA)¹⁵³. Nesta Reunião, antes de apresentar o documento, o Senador Luiz Otávio reconheceu que o PLS n.º 25/02 era polêmico. Após apresentá-lo à Comissão, o Relator observou que não foram apresentadas emendas e que não havia outros projetos tratando da mesma matéria em tramitação no Senado Federal. Assim, declarou-se favorável à aprovação do texto. No entendimento do Senador Luiz Otávio:

“(…) na análise, não há óbice – e, aí, eu deixo registrado, com muita ênfase, que não há óbice à proposição no que diz respeito à sua constitucionalidade, uma vez que é competência da União legislar sobre direito civil. Da mesma forma, não há nada a opor quanto à sua juridicidade, regimentalidade e técnica legislativa. O voto: em vista do exposto, o voto é pela aprovação do Projeto de Lei do Senado n.º 25, de 2002”¹⁵⁴.

Diante disso, o Senador Jefferson Péres (PDT/AM) solicitou “vista do processo”, sendo prontamente atendido pelo então Presidente da Comissão, Senador Bernardo Cabral (PFL/AM). Jefferson Péres afirmou que o projeto era polêmico e declarou ter sido

¹⁵² PROJETO de lei do ato médico. *Jornal do Federal – Jornal do CFP*, Brasília, jan./2003, ano XVIII, n.º 74, Mercado e Profissão, p. 3.

¹⁵³ Em novembro de 2002, o Senador Luiz Otávio saiu do PMDB, indo para o PPB. Para maiores detalhes, consultar a Ata da 30ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 27 de novembro de 2002.

¹⁵⁴ Ata da 28ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 13 de novembro de 2002.

procurado por diversas entidades de classe que faziam restrição a ele. Péres explicou que o seu pedido se devia a uma dúvida em relação ao inciso I do art. 2º¹⁵⁵. O pedido de vistas foi apoiado pelos Senadores Romero Jucá (PSDB/PR) e Eduardo Suplicy (PT/SP).

Na semana seguinte, durante a 29ª Reunião Ordinária da “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania”, o Senador Bernardo Cabral deu ciência da existência de um Requerimento do Senador Fernando Ribeiro (PMDB/PA), que solicitava a realização de audiência pública para orientar o encaminhamento da discussão sobre o PLS n.º 25/02. Os Senadores Jefferson Péres (PDT/AM) e Antônio Carlos Júnior (PFL/BA) discordaram da solicitação, explicando que, apesar de considerarem importante a realização de audiências públicas, na “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania” as discussões se referem apenas à constitucionalidade, juridicidade e legalidade do Projeto, não cabendo, portanto, audiências públicas. Contudo, antes de retirar seu pedido, em favor da audiência pública, o Senador Fernando Ribeiro enfatizou a sua posição em favor da audiência pública:

“Gostaria apenas de que houvesse, com essas treze entidades envolvidas no processo e que não tiveram oportunidade de manifestar os seus pontos de vista, na Comissão de Assuntos Sociais, o compromisso dessa audiência pública que abrangeria a discussão e, então, atenderia os interesses de todos”¹⁵⁶.

Na mesma sessão, quando foi retomada a discussão sobre o PLS n.º 25/02, instaurou-se um acalorado debate entre alguns membros da CCJC. De um lado, estavam os Senadores Sebastião Rocha (PDT/AP), Antônio Carlos Júnior (PFL/BA) e José Fogaça (PPS/RS), que demonstraram grande simpatia pela aprovação do projeto e de seu relatório. De outro, os Senadores Jefferson Péres (PDT/AM), Osmar Dias (PDT/PR), Francelino Pereira (PFL/MG), Íris Resende (PMDB/GO) e Roberto Requião (PMDB/PR), que demonstraram preocupação em relação à aprovação do documento da forma como estava formulado.

O Senador Sebastião Rocha declarou compreender as preocupações dos profissionais de outras áreas da saúde, reconhecendo a legitimidade de seus argumentos.

¹⁵⁵ “I – fixar a extensão e natureza dos procedimentos próprios dos profissionais médicos, determinando, quando necessário, o campo privativo de atuação desses”. Segundo o Senador Jefferson Péres, este inciso era inconstitucional, porque somente o Congresso Nacional pode legislar sobre as competências exclusivas das profissões. Para maiores detalhes, consultar as Atas das Reuniões da CCJC, do período de 13/11 à 04/12/2002, disponíveis em: <<http://www2.senado.gov.br>>.

¹⁵⁶ Ata da 29ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 20 de novembro de 2002.

Apesar disso, afirmou que a proposição não trazia prejuízos às demais profissões da área de saúde. Rocha apontou que, no meio médico, havia uma preocupação de que, caso não fossem tomadas determinadas providências, “mais adiante não se saberá mais qual o profissional a procurar no caso de um problema de saúde”¹⁵⁷. A visão de Sebastião Rocha, favorável à aprovação do “Projeto de Lei do *ato médico*”, fica clara no seguinte depoimento:

“No meu entendimento, o objetivo claro do Conselho Federal de Medicina e de outras entidades que defendem este projeto é o de delimitar o campo que hoje cabe exclusivamente ao médico. É possível, por exemplo, outros profissionais da saúde exercerem as atividades de diagnóstico e de tratamento, mas até que limite isso pode ser feito? Então, há, sim, no meio médico a preocupação de que se não forem tomadas determinadas providências, determinadas medidas – algumas na área legislativa, como essa lei de autoria do Senador Geraldo Althoff –, mais adiante, você já não sabe mais qual profissional você irá procurar quando tiver qualquer problema de saúde porque, da maneira como, hoje, caminha o envolvimento de todas as profissões na área da saúde, daqui a pouco pode muito bem se tornar quase que corriqueiro você consultar qualquer profissional de saúde para qualquer problema de saúde. E cada lei, Sr. Presidente, faz a delimitação da ação daquela profissão”¹⁵⁸.

Podemos supor que esta postura fosse justificada pelo fato de Sebastião Rocha, além de ser médico e relator de um Projeto de Lei, que pretendia regulamentar o exercício da acupuntura¹⁵⁹, ter participado de um debate promovido pelo CFM, em sua sede. De acordo com o *Jornal Medicina Conselho Federal*, do CFM, de setembro de 2001, este debate – parte das estratégias adotadas pelo CFM e pela AMB para que o ato médico fosse regulamentado pelo Congresso Nacional – também contou com a participação do Senador Geraldo Althoff (PFL/SC), dos Presidentes da AMB, Eleuses Paiva, e do CFM, Edson de Oliveira Andrade, e do 1o Secretário, Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior – relator dos trabalhos da Comissão do Ato Médico do CFM –, além de Conselheiros Federais e diretores da AMB.

¹⁵⁷ Ata da 29ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 20 de novembro de 2002.

¹⁵⁸ *Ibidem*.

¹⁵⁹ De autoria do Deputado Federal Marcelino Romano Machado (PDS/SP), atualmente do PPR/SP, o Projeto da Câmara dos Deputados n.º 383, de maio de 1995, dispõe sobre a regulamentação do exercício da acupuntura e determina outras providências. Cabe mencionar que a sua relatoria já esteve nas mãos dos seguintes parlamentares: Geraldo Althoff, José Fogaça, Osmar Dias e Sebastião Rocha. Em 2003, foi arquivado. A regulamentação da acupuntura como competência médica vem sendo discutida pela CODEPREM.

Por outro lado, o Senador Jefferson Péres (PDT/AM) reafirmou sua dúvida e preocupação a respeito da constitucionalidade do inciso I do Artigo 2º¹⁶⁰, do PLS n.º 25/02. O Senador criticou o Projeto de Lei, classificando-o como “polêmico, perigoso e inconstitucional”¹⁶¹. No seu entender, aprovar uma proposta que possibilita a um Conselho Profissional definir os atos privativos da profissão que representa, significaria transferir a função do Poder Legislativo para um órgão corporativo, o que poderia ferir os direitos adquiridos de outras profissões. No dizer de Jefferson Péres:

“Não me parece que um conselho, um órgão corporativo possa ter a competência de determinar o que é exclusivo da sua profissão. Invadindo, portanto, muitas vezes, o campo de outras profissões. E ele não pode ter esse poder de determinar, decidir de modo próprio que tais e tais procedimentos são exclusivos da classe médica. Parece-me que dar esse poder, como dar ao Conselho de Farmácia ou a qualquer outro, seria dar um poder normativo que ele não pode ter.

(...) Não tenho dúvidas de que a lei pode e deve estabelecer o que é ato privativo de cada profissão. Contudo, não podemos delegar essa competência para que o órgão ou alguma corporação decida o que é privativo de cada profissão. Isso tem que ser estabelecido por lei. Essa é minha opinião”¹⁶².

O Senador Íris Rezende (PMDB/GO), por seu lado, manifestou sua preocupação com a possibilidade de a proposição prejudicar os demais profissionais da área de saúde. Declarou compreender a importância do papel histórico do médico no Brasil, expondo sua vinculação pessoal com a corporação médica:

“[os médicos] são pessoas extremamente dedicadas, são verdadeiros samaritanos. Usufruo de amizade muito profunda com praticamente todos os profissionais de Medicina do meu Estado. Tenho dezenas de familiares médicos, inclusive, uma filha”¹⁶³.

O Senador Rezende revelou, ainda, estar sendo pressionado tanto por médicos quanto por outros profissionais da área de saúde. Segundo ele, estas pressões o estavam deixando inseguro sobre o Projeto:

“Assim, algo existe, neste projeto – estou um pouco seguro –, a preocupar os demais profissionais da área médica deste País – não médicos – que estão nos corredores

¹⁶⁰ Cf. nota n.º 146.

¹⁶¹ Ata da 29ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 20 de novembro de 2002.

¹⁶² Ata da 29ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 20 de novembro de 2002.

¹⁶³ *Ibidem*.

porque foram proibidos de estarem presentes na sala da reunião pelo tumulto que seria causado.

Deveríamos nos debruçar sobre o assunto porque não nos interessa proteger o médico, colocando-o em dificuldades em outras áreas da saúde cujos profissionais também são tão dedicados quanto os médicos da nossa população”¹⁶⁴.

Numa postura mais radical, o Senador Roberto Requião (PMDB/PR) afirmou que o projeto de lei era “corporativo e inconstitucional, extrapolava os limites da racionalidade e estabelecia privilégios absurdos”¹⁶⁵. Declarando-se *pasmo* com o projeto do seu amigo Senador Geraldo Althoff, Requião destacou que o Projeto “extrapola todos os limites da racionalidade, estabelece privilégios absurdos de chefias e coordenação que não são oferecidos ou concedidos a nenhuma outra profissão”¹⁶⁶. A respeito da legalidade da proposta, avaliou:

“Para mim, a inconstitucionalidade é flagrante e o projeto é altamente corporativo. Louvo a energia corporativa dos médicos, na nossa Comissão, mas não sou médico, sou advogado, e estou de pleno acordo com a visão e a proposta do Senador Jefferson Péres. É inconstitucional o projeto, é absurdo, é exagerado, é irracional, delega o indelegável para um Conselho de Medicina. O Senador que me antecedeu, o ilustre Senador Bala, levantou a perspectiva de podermos discutir isso em juízo. Era só o que faltava! O Senado da República encaminhar um projeto para que as questões fossem discutidas pela Justiça. É de bom alvitre que a inconstitucionalidade seja declarada, liminarmente, e interrompida a tramitação desse projeto”¹⁶⁷.

Discordando da opinião de Roberto Requião, o Senador José Fogaça (PPS/RS) ponderou que, por um lado, não se deveria “fulminar *a priori* um projeto da importância deste aqui”. Por outro, entendeu ser obrigação da “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania” dar conta de uma questão tão “polêmica e conflitiva”. Fogaça constatou que o mundo atual tende à especialização. No seu entendimento, “todas as atividades se subdividem, se multiplicam, se fragmentam”, em especial no campo médico, favorecendo a criação de diferentes profissionais de saúde. Nesse sentido, considerou ser fundamental que os parlamentares da Comissão estabelecessem claramente a delimitação desses campos de atuação. Destacando a importância da proposta, José Fogaça concluiu:

“Este projeto não veio aqui por acaso, ele não está aqui por obra dos ventos e das tempestades. Ele está aqui porque já há, na realidade vivida no cotidiano das

¹⁶⁴ Ata da 29ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 20 de novembro de 2002.

¹⁶⁵ *Ibidem*.

¹⁶⁶ *Ibidem*.

¹⁶⁷ *Ibidem*.

atividades desses profissionais, alguns conflitos que começam a aparecer. Portanto, é fundamental aprovar um projeto como este, não necessariamente este, mas é necessário definir o Ato Médico”¹⁶⁸.

Assumindo a defesa do PLS n.º 25/02, Fogaça sugeriu informalmente algumas alterações na redação do texto do documento, que mais tarde se tornaram emendas. Com essas propostas, esperava poder aprovar e conciliar os interesses das outras atividades que “também devem ser respeitadas e preservadas”¹⁶⁹.

O Senador Antônio Carlos Júnior (PFL/BA) apoiou as sugestões de Fogaça, sugerindo ao Relator que as conciliasse, “porque o projeto é importante”. Por este motivo, Antônio Carlos considerou que, se havia erros no Projeto, eles deveriam ser sanados: “eles não devem matar o projeto sem que possamos resolver os problemas que esse contém”¹⁷⁰.

Como acabamos de perceber, os ânimos estavam exaltados e as posições sobre a aprovação ou não do Projeto de Lei n.º 25/02 tornavam-se cada vez mais claras durante a 28ª Reunião Ordinária da “Comissão Constituição, Justiça e Cidadania” (CCJC), realizada no dia 13 de novembro de 2002. No dia 22 de novembro, o relatório reformulado pelo Relator, Senador Luiz Otávio, retornou à CCJC com parecer favorável à aprovação, ficando pronto para entrar na pauta desta Comissão. No dia 27 de novembro, devido ao fato de o Senador Luiz Otávio não mais pertencer à Comissão, o PLS n.º 25/02 foi retirado da pauta da 30ª Reunião Ordinária da CCJC, sendo a relatoria entregue ao Senador Antônio Carlos Júnior (PFL/BA).

Em 04 de dezembro, durante a 31ª Reunião Ordinária da “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania”, a matéria foi incluída na pauta extra. O relatório, contendo parecer favorável à aprovação, foi apresentado à Comissão e colocado em votação. Antes, porém, o Senador Bernardo Cabral deu ciência aos presentes do Ofício encaminhado pelo Conselho Nacional de Saúde – Órgão do Ministério da Saúde – que solicitava o adiamento daquela votação para fevereiro ou março de 2003. Segundo Cabral, a Presidência da Comissão não teria, em termos regimentais, como promover tal adiamento. Assim, apenas deu conhecimento ao Relator, determinando a distribuição de fotocópia do referido documento. Em seguida, procedeu-se a votação e o PLS n.º 25/02 foi

¹⁶⁸ Ata da 29ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 20 de novembro de 2002.

¹⁶⁹ *Ibidem*.

¹⁷⁰ *Ibidem*.

aprovado, com emendas¹⁷¹, sendo então enviado à “Comissão de Assuntos Sociais” (CAS), à qual cabia “ação terminativa”.

A respeito das emendas, estas foram apresentadas aos Artigos 1º, 2º e 3º. No artigo 1º, o parágrafo único foi renumerado, e incluiu-se um parágrafo 2º considerando as atividades de promoção, prevenção e reabilitação, que não impliquem a execução de procedimentos diagnósticos e indicações terapêuticas, como atos profissionais compartilhados com outros profissionais de saúde, desde que sejam respeitados os limites impostos pela legislação pertinente. Podemos perceber, aqui, o resgate de determinações presentes na Resolução CFM n.º 1.627/01. A outra Emenda se refere ao artigo 2º. Alvo das críticas dos profissionais não-médicos, este artigo recebeu outra redação, tendo os incisos I e II excluídos¹⁷². Um pouco mais restritiva no que tange à abrangência dos poderes do Conselho Federal de Medicina, a nova redação manteve a competência do CFM para definir os procedimentos médicos experimentais, aceitos e vedados aos médicos, mas o fez respeitando o alcance das atribuições desta entidade. Por fim, o Artigo 3º recebeu também nova redação¹⁷³, com adoção de parágrafo único¹⁷⁴. Este artigo sofreu sutil alteração em sua redação, o que tornou seu conteúdo menos abrangente. Embora tenha sofrido alterações na forma, podemos dizer, de maneira geral, que o texto do PLS n.º 25/02, aprovado na CCJC, pouco difere das versões anteriores.

A aprovação do PLS n.º 25/02 na “Comissão de Constituição e Justiça do Senado” provocou diferentes reações entre os profissionais de saúde. De um lado estavam os representantes médicos, que comemoraram a aprovação. Um deles foi Mauro Brandão que, exaltando a grande mobilização da corporação médica em todo o país, afirmou:

“– Esse é o grande momento para mostrar à sociedade, aos outros profissionais de saúde e aos senadores a importância da regulamentação desse projeto de lei. Na

¹⁷¹ Para maiores detalhes, consultar Anexo 1.

¹⁷² “Art. 2º Compete ao Conselho Federal de Medicina, *nos termos do artigo anterior e respeitada a legislação pertinente, definir, por meio de resolução*, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos profissionais médicos”. O texto em *itálico* se refere à alteração em relação ao texto original. (Cf. Emenda-CCJ n.º 2 – ver Anexo 1).

¹⁷³ “Art. 3º. As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão, *desde que vinculadas, de forma imediata e direta a procedimentos médicos e, ainda*, as atividades de ensino de procedimentos médicos privativos, incluem-se entre os atos médicos e devem ser unicamente exercidas por médicos.” O texto em *itálico* se refere à alteração em relação ao texto original. (Cf. Emenda-CCJ n.º 3 – ver Anexo 1).

¹⁷⁴ “Parágrafo único: Excetuam-se da exclusividade médica prevista no *caput* deste artigo as funções de direção administrativa dos estabelecimentos de saúde e as demais atividades de direção, chefia, perícia, auditoria ou supervisão que dispensem formação médica como elemento essencial à realização de seus objetivos ou exijam qualificação profissional de outra natureza”. (Cf. Emenda-CCJ n.º 3 – ver Anexo 1).

tramitação da CAS, nós defendemos a realização de audiências públicas em que as entidades médicas possam explicar claramente as suas posições e, ao mesmo tempo, esclarecer que o projeto não é contra os outros profissionais, mas a favor da definição da abrangência e dos limites do ato médico. Definição esta que existe em todas as leis que regulamentam as outras profissões de saúde.

Toda semana tínhamos representantes de vários Conselhos Regionais de Medicina, associações médicas e sindicatos em Brasília, acompanhando a votação no Senado. Também havia a mobilização de outros profissionais de saúde, que não queriam a aprovação do projeto. No entanto, a nossa organização e a força de pressão prevaleceram, tanto que conseguimos essa vitória. Agora, a perspectiva é que esse movimento continue e cresça em cada Estado brasileiro”¹⁷⁵.

De outro lado, os demais profissionais de saúde, representados pelo Fórum dos “Conselhos Federais da Área de Saúde” (FENTAS). Eles consideraram esta aprovação um retrocesso, porque “da forma como foi aprovado na “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado, rompe com a interdisciplinaridade e integralidade, fundamental à consolidação dos serviços de saúde”. O trecho a seguir expressa a decepção causada pela aprovação:

“Apesar da oposição e mobilização de vários Conselhos Federais da área da saúde, a CCJC do Senado aprovou, no último dia 04 de dezembro, o Projeto de Lei (PL 025/2002), que define o Ato Médico. Além de um retrocesso na área de saúde, o Projeto fere a atuação e o livre exercício de várias categorias profissionais e atinge diretamente a população que, em última instância, terá que primeiramente procurar um médico caso queira iniciar um tratamento com psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo ou qualquer outro profissional da área de saúde”¹⁷⁶.

Desde sua aprovação, em 04 de dezembro de 2002, até 09 de setembro de 2003, a tramitação do PLS n.º 25/02 ficou praticamente interrompida. Ele permaneceu na “Comissão de Assuntos Sociais” (CAS) à espera de um Relator. Durante esses nove meses, foram apresentados três Requerimentos: o primeiro, RQS n.º 86/2003, de autoria do Senador Mão Santa (PMDB/PI), solicitava a tramitação conjunta dos PLS n.º 25/02 e n.º 268/02, tendo em vista versarem sobre o mesmo assunto¹⁷⁷. Este pedido foi apresentado ao plenário em 13 de março e retirado em 19 de março de 2003, sem maiores explicações¹⁷⁸. O segundo, RQS n.º 646/2003, do Senador Tião Viana (PT/AC), tinha o mesmo objetivo

¹⁷⁵ COMISSÃO do Senado aprova projeto. *Jornal do CREMERJ*, dezembro/2002, ano XV, n.º 147, Ato Médico, p. 11.

¹⁷⁶ PROJETO de lei do ato médico. *Jornal do Federal – Jornal do CFP*, Brasília, jan./2003, ano XVIII, n.º 74, Mercado e Profissão, p. 3.

¹⁷⁷ Para maiores detalhes, consultar o Diário do Senado Federal, disponível em: <<http://www.senado.gov.br/web/cegraf/pdf/13032003/03405.pdf>>. Acesso em: 10 de dez./2004.

¹⁷⁸ Para maiores detalhes, consultar o Diário do Senado Federal, disponível em: <<http://www.senado.gov.br/web/cegraf/pdf/19032003/04118.pdf>>. Acesso em: 10 de dez./2004.

que o anterior, sendo apresentado ao plenário em 06 de agosto de 2003. Mas, devido a divergências políticas, somente foi aprovado em 09 de setembro de 2003.¹⁷⁹ Já o terceiro, RQS n.º 07/2003-CAS, de autoria das Senadoras Fátima Cleide (PT/RO) e Heloísa Helena (PT/AL), solicitava à “Comissão de Assuntos Sociais” (CAS) a realização de audiência pública para debater o PLS n.º 25/02. Este pedido foi aprovado em 13 de março de 2003, durante reunião extraordinária da CAS¹⁸⁰. A audiência pública ainda não foi realizada.

A interrupção da tramitação não impediu que diferentes entidades de saúde continuassem a se manifestar. Diversas estratégias foram adotadas pelas partes interessadas para a manutenção da mobilização política em torno da discussão do Projeto. Por um lado, os médicos aprovaram um conjunto de propostas que nortearam suas atividades, dentre elas constava a utilização de recursos da mídia no intuito de esclarecer a opinião pública sobre o tema e manter os integrantes da profissão atualizados sobre as notícias do movimento. Por outro lado, o Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde (FENTAS), em repúdio ao Projeto, promoveu atos públicos e manteve uma rotina de negociações com parlamentares, alertando-os sobre o perigo de se aprovar um Projeto com tais características.

Conforme apontamos anteriormente, em 09 de setembro de 2003, o RQS n.º 646/2003, do Senador Tião Viana, foi aprovado pelo plenário do Senado. Em razão disso, os projetos n.º 25/02 e n.º 268/02, que estavam na “Comissão de Assuntos Sociais” (CAS) aguardando Relator, foram reencaminhados à “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania” para apreciação da constitucionalidade da decisão. Durante cerca de quarenta dias, a matéria permaneceu na “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania” à espera da designação de um relator. Em 21 de outubro de 2003, ambos os Projetos de Lei foram distribuídos ao Senador Tião Viana, para emissão de relatório.

No dia 17 de junho de 2004, o Senador Viana apresentou relatório, em que rejeita o PLS n.º 268/02 e aprova o PLS n.º 25/02 transformado em Projeto Substitutivo. No dia 30 de junho de 2004, o Projeto de Lei Substitutivo ao PLS n.º 25/02¹⁸¹, proposto pelo Senador Tião Viana, foi aprovado pela “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania”.

¹⁷⁹ Para maiores detalhes, consultar o Diário do Senado Federal, disponível em: <<http://www.senado.gov.br/web/cegraf/pdf/09092003/26593.pdf>>. Acesso em: 10 de dez./2004.

¹⁸⁰ Ata da 2ª Reunião (extraordinária) da Comissão de Assuntos Sociais da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 52ª Legislatura realizada dia 13 de março de 2003.

¹⁸¹ Para maiores detalhes, consultar texto integral do projeto (Anexo1).

O Projeto Substitutivo não dispõe sobre a definição do ato médico, mas sim sobre o exercício da Medicina. O Relator, considerando as transformações ocorridas no campo da saúde nos últimos 50 anos, chama atenção para a necessidade de se determinar o campo privativo de atuação dos médicos e delimitar o dos demais participantes da equipe de saúde. No seu entendimento, estabelecer as atividades privativas do médico é uma tarefa mais fácil do que definir o *ato médico*. Segundo Viana, a determinação dos atos que são privativos do médico, no âmbito da atuação das equipes de saúde, delimita, de forma mais precisa e clara, o campo privativo de atuação do médico na assistência à saúde. Ao mesmo tempo, determina, com maior clareza, os limites da atuação dos demais membros da equipe de saúde.

Neste sentido, o texto do Projeto Substitutivo n.º 25/02 determina que as ações do profissional médico, no campo da assistência à saúde humana, serão voltadas para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, bem como a reabilitação dos enfermos. Define a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças como atos médicos privativos. Atribui ao Conselho Federal de Medicina a definição, por meio de resolução, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos médicos. Define que a coordenação, chefia, direção técnica, perícia, auditoria, supervisão e ensino de procedimentos médicos são funções privativas dos médicos. No entanto, exclui a direção administrativa de serviços de saúde e aquelas que dispensem formação médica ou exijam qualificação profissional de outra natureza. Mantém a rejeição ao Art. 2º, no que se refere à delegação de competência legislativa ao Conselho Federal de Medicina, considerando-o inconstitucional. Por fim, típica a infração a estes dispositivos como exercício ilegal da Medicina, nos termos do art. 282 do Código Penal. Diante disso, podemos dizer que, por um lado, houve considerável alteração na forma e no conteúdo deste texto legal, no que tange às atribuições do médico e à determinação dos atos médicos privativos, bem como à competência do CFM. Por outro, ainda é ambíguo no que diz respeito à definição de “diagnóstico médico” e “prescrição terapêutica das doenças”. Esta é a situação que este Projeto de Lei se encontra no momento que redigimos este trabalho.

III – OS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS E SUAS POSIÇÕES

Até o momento, mostramos que o processo histórico de regulamentação do *ato médico* envolveu diferentes interesses das corporações profissionais envolvidas. Neste processo, a luta pela preservação e/ou ampliação de interesses e privilégios corporativos fez com que representantes das profissões tivessem que desempenhar atividades no campo político. As vozes analisadas anteriormente, sejam elas favoráveis ou contrárias à regulamentação do *ato médico*, deram a impressão de que existe uma intensa controvérsia interprofissional sobre o tema. Por outro lado, dentro da mesma corporação, o consenso parece ter sido muito grande.

Conforme afirmamos no capítulo anterior, a auto-regulação entre os profissionais promove a coesão e a padronização da conduta do grupo profissional. Esta padronização dá a impressão de que todos os membros pensam e agem da mesma forma, fortalecendo assim o “espírito de corpo”: aspecto fundamental para a afirmação da profissão frente a Sociedade e o Estado. Todavia, a auto-regulação não tem como objetivo exterminar as diferenças de pensamento, mas sim minorá-las. Nesse sentido, os conflitos e debates continuam existindo no seio da corporação. É por meio deles que os profissionais chegam a um consenso sobre o modo de se conduzir perante pares, concorrentes, clientes e a sociedade. Embora pareça paradoxal, podemos dizer que modos heterogêneos de perceber, agir e reagir às questões relativas à profissão estão subjacentes à esta aparente homogeneidade corporativa.

Diante disso, rastreamos esta heterogeneidade no processo de regulamentação do *ato médico*. Para tanto, faremos uma maior aproximação com as idéias de oito (8) representantes das corporações envolvidas, considerados aqui *atores sociais* desse processo. Nesse sentido, colocaremos uma lente de aumento nos interesses e motivações corporativos, buscando identificar as percepções e reações individuais destes oito atores à regulamentação do *ato médico* e verificar em que medida estas posições convergem e/ou divergem dentro dessa aparente homogeneidade de pensamento.

Com base na metodologia proposta pela História Oral, estes oito representantes foram entrevistados e responderam perguntas sobre a sua formação profissional e a

regulamentação do *ato médico*. O roteiro da entrevista¹⁸² visou recuperar, em primeiro lugar, o perfil profissional e associativo do depoente, buscando compor sua trajetória profissional. Esta iniciativa visou oferecer subsídios que possibilitassem situar o depoente no contexto social em que está inserido, favorecendo assim o entendimento das suas relações com o tema. Em segundo lugar, foram feitas perguntas que objetivaram conhecer a opinião dos depoentes a respeito do *ato médico*. A idéia era conhecer o modo pelo qual os depoentes se posicionavam em relação ao processo de regulamentação do *ato médico*.

Para analisar estes oito depoimentos, foram estabelecidos parâmetros procurando compreender como cada um deles se vinculou, avaliou, participou do processo de regulamentação do *ato médico*. Com base nesses parâmetros, foram definidos quatro módulos, a partir dos quais serão realizadas as análises, a saber: Vinculação, Avaliação, Participação e Interferência. No primeiro caso, serão identificados os interesses e motivações que aproximaram os depoentes do tema. No segundo, serão analisadas as opiniões dos depoentes a respeito do texto legal. No terceiro, será ressaltado o grau de envolvimento dos depoentes com este processo. Finalmente, iremos avaliar como cada um percebe o grau de interferência que esta regulamentação poderá promover na sua autonomia e/ou na de outros profissionais.

Cabe dizer que, em todos os módulos, propomos um debate entre as idéias expressas pelos depoentes, objetivando estabelecer conexões entre suas trajetórias profissionais e o contexto sócio-histórico em que se desenrola o processo de regulamentação do *ato médico*. Isso será possível por meio do confronto dos depoimentos com a documentação primária e secundária utilizada na presente investigação.

Feitas essas considerações, faz-se necessário apresentar os oito depoentes escolhidos e justificar os motivos desta escolha.

Assim, foram selecionados quatro médicos – Geraldo Althoff, Aloísio Tibiriçá Miranda, Mauro Brandão Carneiro e Marcos Augusto Bastos Dias, dois enfermeiros – Gilberto Linhares Teixeira e Maria Antonieta Rubio Tyrrell, e duas psicólogas – Margarete de Paiva Simões Ferreira e Diva Lúcia Gautério Conde. Todos os oito depoentes estiveram envolvidos, de uma forma ou de outra, com a questão do *ato médico*. Aparentemente, a distribuição por profissão destes atores sugere equilíbrio entre o grupo favorável à regulamentação do *ato médico* (dos médicos) e o grupo que se opõe à ela (dos enfermeiros

¹⁸² O roteiro se encontra no Anexo 2.

e psicólogos). Todavia, numa observação mais atenta dos depoimentos, podemos observar que este equilíbrio é apenas aparente.

IV – MEDIANDO O DEBATE ENTRE OS ATORES

Afirmamos anteriormente que a regulamentação do *ato médico* criou um campo de disputas e conflitos, no qual cada interessado procura fazer valer os seus direitos. Nesse contexto, a oposição de interesses, quando tomada como referência, permite-nos a apreensão de três possibilidades de vinculação dos depoentes à discussão do *ato médico*, a saber: *defensor*, *crítico* e *mediador*. Mas, como foi realizada o agrupamento dos atores nestas categorias?

A seleção dos atores foi realizada, por hipótese, de acordo com a posição que eles ocupam no cenário profissional e pela análise do material coletado em matérias que abordavam o *ato médico*, publicadas na imprensa leiga e especializada¹⁸³. Dessa forma, distribuiremos cada depoente dentro de uma categoria, de acordo com as características de sua vinculação ao tema, obtidas na análise dos depoimentos. Em seguida, exporemos os critérios que justificam a escolha destes atores, destacando aspectos da trajetória profissional de cada um. Por fim, propomos evidenciar os pontos em que estes atores convergem e/ou divergem a respeito do modo pelo qual se vinculam, avaliam, participam e percebem interferências do *ato médico* na sua autonomia e/ou na de outros profissionais.

Desta forma, de um lado, apresentam-se os denominados *defensores* – representantes corporativos cujas idéias e ações supõem grande inclinação favorável a regulamentação do *ato médico*. De outro, estão agrupados os denominados *críticos* – representantes corporativos que, por hipótese, questionariam os termos da regulamentação e chegariam a se opor a ela. E, numa terceira categoria, encontram-se os *mediadores*. Nela inserimos os depoentes, cuja posição no campo da saúde fazem supor que serão fortemente afetados pelo *ato médico*, independentemente de se posicionarem contra ou favor do mesmo (caso de gestores públicos, por exemplo). Cabe dizer que estas categorias são

¹⁸³ Entende-se por imprensa especializada os jornais do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB), do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o material veiculado nos sites dos Conselhos Profissionais.

apenas referências para as análises, não se constituindo, portanto, como modelos padronizados de conduta dos depoentes.

1. Vinculação e Trajetória Profissional dos depoentes

Caracterizam-se como *defensores do ato médico*: Geraldo Althoff, Aloísio Tibiriçá Miranda, Mauro Brandão Carneiro. De maneira geral, esses atores argumentam que todas as profissões da área da saúde possuem legislação própria, exceto a profissão médica, que parece ser a única ainda não regulamentada. De acordo com este pensamento, a falta de regulamentação permitiria a intromissão de outros profissionais nas atividades dos médicos.

Podemos dizer que a principal motivação para a escolha do ex-Senador e médico Geraldo Althoff foi o fato de ele ser autor do polêmico Projeto de Lei n.º 25/02, que define o *ato médico*. Acrescente-se a isso, o fato de ele ser médico, o que reforça a sua implicação com o tema. Ao ser indagado sobre a sua vinculação ao *ato médico*, Althoff declarou estar totalmente vinculado à regulamentação: “Eu acho que eu posso resgatar a história de como é que esse projeto de lei nasceu, muito mais do que os outros, porque eu sou o autor do projeto”¹⁸⁴.

A carreira profissional de Geraldo Althoff merece atenção. Graduou-se em Medicina, em 1972, pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em 1975, especializou-se em pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria. De acordo com ele, a opção pela Medicina esteve relacionada ao contexto sociocultural de sua família e às limitações de sua cidade natal, Tubarão, em Santa Catarina.

“– Veja bem, na década de 60, meu pai tinha a visão – mesmo sendo uma pessoa eminentemente simplória – de que os filhos dele deveriam estudar. Mesmo morando numa cidade do interior, ele proporcionou a todos os filhos a oportunidade de estudar. E, à época, as alternativas em termos de visão profissional, que um cidadão tinha numa cidade do interior, era muito limitada. A visão fica limitada a não mais do que três ou quatro atividades profissionais: ou você ia ser advogado, ia ser médico, ou ia ser engenheiro, e olhe lá!”¹⁸⁵.

¹⁸⁴ Entrevista realizada com Geraldo Althoff, em 12/07/2004, em Florianópolis/Santa Catarina.

¹⁸⁵ Entrevista realizada com Geraldo Althoff, em 12/07/2004, em Florianópolis/Santa Catarina.

Sobre sua participação em atividades associativas, Althoff apontou que, no fim dos anos 1960/início dos 1970, época em que se graduou, as lideranças eram tolhidas e castradas. Em questões políticas na universidade, declarou assumir uma postura moderada. Nas suas palavras:

“Eu sempre tive uma posição equidistante das posições políticas. Dentro do contexto em que nós vivíamos na universidade – uma turma de direita, uma turma de esquerda – eu me colocava muito mais numa posição central. Tanto é que, quando havia debates divergentes do contexto da universidade, do nosso centro acadêmico, algumas vezes, eu era solicitado para intermediar esse processo. Mas não participei como presidente ou como membro de diretoria de qualquer outro, no centro acadêmico, na universidade, nada disso”¹⁸⁶.

Sua carreira política teve início em 1987, quando se filiou ao Partido da Frente Liberal, de Tubarão (SC). No ano seguinte, elegeu-se vereador de sua cidade natal; dois anos após, concorreu ao cargo de Deputado Federal, sendo eleito suplente. Em 1998, eleito 1º suplente de Senador, Geraldo Althoff, assumiu a vaga deixada pelo falecido Senador Wilson Kleinübing (PFL/SC). No ano de 2000, ficou conhecido nacionalmente pelo fato de ter sido relator da CPI do futebol – de autoria do então Senador Álvaro Dias (PDT/PR).

Aloísio Tibiriçá Miranda e Mauro Brandão Carneiro foram escolhidos por serem Conselheiros do CREMERJ e coordenadores da CODEPREM.

Aloísio Tibiriçá é médico cardiologista. Graduiu-se em Medicina em 1976 “pela fascinação de lidar com a saúde do ser humano”¹⁸⁷. Admite, porém, que talvez o fato de a mãe ser médica tenha tido influencia na escolha. Sobre sua especialização, aponta que sempre considerou importante o fato de o médico “ter que atender as pessoas que passam mal e precisam de algum suporte de atendimento”¹⁸⁸. Além disso, teve a oportunidade de estagiar na unidade coronariana do Hospital Sousa Aguiar. Esta experiência despertou o seu interesse pela cardiologia.

Desde a graduação, demonstrou interesses por atividades associativas, participando de movimentos estudantis. Graduado passou a atuar no CREMERJ. Atualmente, exerce o cargo de Conselheiro do CREMERJ no Conselho Federal de Medicina.

¹⁸⁶ Ibidem.

¹⁸⁷ Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

¹⁸⁸ Ibidem.

Quando perguntado sobre a sua vinculação com o *ato médico*, Tibiriçá declarou que a sua vinculação ocorreu de forma natural por conta da sua atuação no Conselho Regional de Medicina, destacando o pioneirismo da entidade nesta discussão em âmbito nacional. Desde 1999, vem participando ativamente da coordenação da Comissão de Defesa das Prerrogativas do Médico (CODEPREM) “por entender que isso tem um viés ético, um viés político, social, e não tem porque dizer que não, corporativo. O viés ético, ele é claro, na medida em que nós consideramos que a população mereça o melhor atendimento possível”¹⁸⁹. A preocupação com a falta de uma legislação clara que defina as prerrogativas do médico também justifica o seu engajamento na luta pela regulamentação do *ato médico* e a participação na CODEPREM: “O que a gente quer é uma Lei também que dê para nós a definição do campo que a gente já tem. É isso! Então, essa discussão toda aí, a gente foi caminhando para formar a Comissão de Defesa das Prerrogativas Médicas, que eu sou o coordenador”¹⁹⁰.

Mauro Brandão Carneiro é médico infectologista e membro da Comissão Nacional de Defesa do Ato Médico. Graduiu-se em Medicina, no ano de 1976, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Em 1978, especializou-se em Infectologia, durante Residência Médica. Segundo ele, a escolha pela Medicina tem relação com dois aspectos: o contexto sócio-político brasileiro dos anos 1960 e a sua escolha pessoal, porque não tem familiares médicos: “ Naquela época, naquele momento, fui muito influenciado por... questões humanitárias... iniciava a luta contra a Ditadura Militar, era uma profissão que tinha esse apelo humanista, e por vocação mesmo”¹⁹¹. A escolha pela Infectologia também apresenta uma perspectiva humanista e de engajamento político.

“– Já fruto desse contexto, na formação, final dos anos 60 e início dos anos 70, engajados nessa luta pela liberdade, contra a Ditadura, contra a opressão, a miséria, as doenças infecciosas eram caracterizadas... são caracterizadas muito com o subdesenvolvimento e com a pobreza da população e essa escolha pela especialidade não foi outra razão senão esse engajamento nessa luta maior que estava sendo desenvolvida”¹⁹².

Mauro Brandão aponta que, desde a graduação, sua participação em movimentos estudantis sempre foi intensa, o que promoveu o seu engajamento nas lutas profissionais,

¹⁸⁹ Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

¹⁹⁰ *Ibidem*.

¹⁹¹ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

¹⁹² *Ibidem*.

quer militando no Sindicato dos Médicos, quer atuando nos Conselhos Regional e Federal de Medicina. Em ambas associações profissionais chegou a ser presidente.

Brandão observa que, até 1998, época em que foi Presidente do CREMERJ, era possível perceber “uma certa disputa, interface com características de conflito, pontuais, localizadas, entre as profissões da área da saúde¹⁹³”. No entanto, continua ele, isso “nunca foi motivo de valorização maior no meio médico, quando nós começamos, no final da década passada, a perceber que estava se chegando a níveis... de certa forma graves, aqui, no Rio de Janeiro”¹⁹⁴. Como consequência, o depoente destaca que foi necessário editar a Resolução CREMERJ n.º 121/98, “definindo o ato médico, o que que seriam atividades exclusivas do médico e não poderiam ser delegadas a outros profissionais. Basicamente, isso gira em torno do diagnóstico de enfermidades, do diagnóstico de doenças e a indicação terapêutica”¹⁹⁵.

A escolha de dois enfermeiros – Gilberto Linhares Teixeira e Maria Antonieta Rubio Tyrrell, respectivamente, Presidente do Conselho Federal de Enfermagem e Diretora da Escola de Enfermagem Ana Néri/UFRJ – se justifica na medida em que possuem grande projeção nacional e internacional no campo da Enfermagem.

Gilberto Linhares graduou-se enfermeiro, em 1973, pela Universidade Federal Fluminense (UFF), obedecendo, segundo afirma, uma *opção pessoal*. No seu currículo, incluem-se duas outras graduações – Psicologia e Administração de Empresas – e várias especializações. À época da graduação, participou ativamente das manifestações estudantis, exercendo cargos de liderança como a presidência e a vice-presidência do Diretório Acadêmico da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense e a presidência da União Nacional dos Estudantes (UNE). Desse período, destacou um episódio marcante:

“Quando os militares assumiram, eu era do grupo da UNE, eu era vinculado à UNE, eu era diretor da UNE, eu era presidente da UNE, estávamos fazendo um show, eu lembro bem claro, do Milton Nascimento, no DCE em Niterói, quando entraram os soldados dando pauladas em todo mundo, eu tive que fugir, ficar algum tempo escondido, enfim, a coisa era muito difícil na época da revolução militar, aqui no Brasil, décadas de 60 e 70”¹⁹⁶.

¹⁹³ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

¹⁹⁴ *Ibidem*.

¹⁹⁵ *Ibidem*.

¹⁹⁶ Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

Em 1988, iniciou sua atuação no Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Desde 1990, vem exercendo a função de Presidente do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), cargo administrativo que, segundo ele, requer constante atualização. Linhares observa que, atualmente, vem se dedicando principalmente a atividades relacionadas à área administrativa e gerencial em enfermagem, tais como prestação de consultoria para sistemas de saúde e da realização de palestras e conferências no Brasil e no exterior.

A outra enfermeira selecionada foi a Prof.^a Maria Antonieta Tyrrell. Graduada em Enfermagem na Escola de Enfermagem do Seguro Nacional do Peru em 1971. Sobre a escolha pela Enfermagem, observa que a fez por vocação, o que contrariou a vontade de seus pais¹⁹⁷. Durante a graduação, demonstrou grande engajamento político, chegando a engajar-se ativamente, como líder do Diretório Acadêmico, na defesa de idéias socialistas. Envolveu-se em greves estudantis, o que lhe causou alguns problemas: “– e daí, eu tive que me mudar, por força da minha posição de idéias socialistas, para outra escola de enfermagem, que foi onde eu concluí o meu curso”¹⁹⁸. Ao contrário do que se possa pensar, este incidente não promoveu seu afastamento da militância política.

Quanto à vinculação ao *ato médico*, podemos dizer que a Prof.^a Maria Tyrrel não participa diretamente do processo de regulamentação. No entanto, ela entende que a necessidade de se regulamentar o *ato médico* surgiu como reação dos médicos à inclusão dos enfermeiros no Sistema Único de Saúde.

“– Na minha opinião pessoal, eu acho que o ato médico caracteriza um grande momento dos médicos como reação às Portarias ministeriais da época do... Ministro José Serra, que promoveram a institucionalização da Enfermagem no Sistema Único de Saúde, com seu credenciamento, com seu pagamento por atividade e procedimento. Eu acho que, aí, surge o movimento do ato médico”¹⁹⁹.

Atualmente, a Prof.^a Tyrrell ocupa o cargo de Diretora da Escola de Enfermagem Ana Néri. Exerce ainda as funções de professora titular na área materno-infantil e de coordenadora da Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica. Além disso, continua sócia efetiva da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO). Embora não esteja ocupando nenhum cargo nestas entidades, declara estar sempre acompanhando os movimentos e prestando assessoria em nível nacional no que tange à assistência materno-infantil: “eu continuo atenta e vigilante e

¹⁹⁷ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

¹⁹⁸ Ibidem.

¹⁹⁹ Ibidem.

participante também, embora não em cargo. Só acompanhando. Participo, dou a minha opinião, faço consultoria para elas, assessorias quando solicitadas, quando acho que é necessário”²⁰⁰.

A escolha de dois representantes da psicologia se justifica na medida em que este trabalho pretende ouvir diferentes atores que compõem a equipe de saúde. Outro motivo se refere ao fato de a Psicologia, apesar de ser uma profissão relativamente jovem, está cada vez mais ocupando espaço no mercado de trabalho de saúde.

Como representantes da corporação dos psicólogos, foram escolhidas Margarete Paiva e Diva Conde que, no período de 2001 a 2004, exerceram a função de Conselheiras Suplentes do Conselho Federal de Psicologia. Além disso, compuseram a Comissão Gestora designada para gerir o Conselho Regional de Psicologia, Seção Rio de Janeiro, que se encontrava sob intervenção do Conselho Federal devido a problemas de ordem administrativa causados por gestões anteriores.

Margarete Paiva cursou Psicologia entre os anos de 1976 e 1980, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), especializando-se em Psicologia Clínica na Pontífice Universidade Católica (PUC/RJ), no ano seguinte. Segundo ela, a escolha pela formação em psicologia estava relacionada com “a perspectiva de participação política, social e muito com a perspectiva de tentar colocar a serviço do público essa formação”²⁰¹.

Quanto às suas atividades associativas antes e depois da graduação, aponta que, embora não pertencesse a qualquer tendência política, fez parte do movimento estudantil da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, onde se graduou: “– Na ocasião, as tendências eram clandestinas ainda. Mas a gente tinha aproximação com alguns grupos, e outros não. Digamos assim, já havia algumas escolhas políticas”²⁰². Pouco tempo depois de sua graduação, filiou-se ao Partido dos Trabalhadores. Além de uma breve inserção no Sindicato dos Psicólogos, tomou parte do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental²⁰³. A aproximação com o Conselho Federal de Psicologia (CFP) ocorreu por volta de 1999, quando foi convidada a compor a chapa que concorreu ao pleito 2001-2004. Margarete conta que relutou em aceitar o convite, pois vinha desenvolvendo seu trabalho

²⁰⁰ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁰¹ Entrevista realizada com Margarete Paiva, em 19/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁰² Ibidem.

²⁰³ De acordo com Amarante (1995, p. 52), o MTSM é um “espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade”.

na Divisão de Controle de Doenças Sexualmente Transmitidas/AIDS e Saúde da Mulher, da Secretaria Estadual de Saúde: “– Eu relutei, não queria muito, porque eu entendia que a minha militância estava vinculada realmente ao programa de AIDS”²⁰⁴.

Por conta desse trabalho no Programa de AIDS, Margarete Paiva tomou ciência da Resolução CFM n.º 1.627/01 logo depois de assumir as atividades do CFP. Segundo ela, a publicação do referido documento criou uma polêmica nos Centros de Testagem e Acompanhamento (CTAs), porque os profissionais que lá atuavam perderam a referência sobre quem estaria autorizado a solicitar os exames para identificação do vírus HIV – prática, até então, não restrita apenas aos médicos. Margarete conta que levou esta questão ao CFP; contudo, devido ao acúmulo de tarefas, a questão acabou não sendo encarada como prioridade naquele momento. Lembra ainda que, pouco tempo depois, chegou a notícia do PLS n.º 25/02, levando-a a participar mais ativamente da questão.

A outra psicóloga convidada foi Diva Conde. Ex-Conselheira Suplente do CFP participou, com Margarete Paiva, das discussões desenvolvidas no CFP quanto à regulamentação do *ato médico*. Graduada em 1974, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Diva Conde demonstrou satisfação ao falar de sua escolha profissional. Segundo ela, a psicologia foi uma escolha que partiu de um movimento muito pessoal que não contou com nenhuma discussão com familiares ou colegas: “– Então, eu pude desenvolver todo o processo identitário, com conflitos, com contradições, com dificuldades, mas com muitos ganhos pessoais também. E pude avaliar as perdas e os ganhos com muita clareza pessoal”²⁰⁵.

Sobre a participação em atividades políticas e movimentos estudantis, relata que entrou na universidade no auge da Ditadura Militar, caracterizado pela perseguição ao movimento estudantil:

“– Eu entrei numa época em que o meu colega tinha um nome na sala de aula e, se eu passasse na calçada, alguém podia chamar um outro nome e ele responder – e eu tinha que observar essas duas coisas e silenciar. Não me cabia perguntar”. Então, naquele momento, eu tive a experiência do movimento estudantil na universidade”²⁰⁶.

Apesar da repressão imposta pelo Governo Militar, a depoente conta que foi possível participar de Programas vinculados à Psicologia Comunitária, abordagem que

²⁰⁴ Entrevista realizada com Margarete Paiva, em 19/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁰⁵ Entrevista realizada com Diva Conde, em 18/08/2004, no Rio de Janeiro.

²⁰⁶ Entrevista realizada com Diva Conde, em 18/08/2004, no Rio de Janeiro.

emergia naquele momento. Diva Conde aponta que a proposta visava o fortalecimento social das Associações de Moradores que surgiam nas comunidades pobres e favelas do Rio de Janeiro naquele momento: “– Das Associações de Moradores emergiram naquele momento, as forças políticas, as melhores forças políticas que andavam, que circulavam pelo país”²⁰⁷.

Após a graduação, já inserida no campo da Educação, como docente e militante, observa que se vinculou ao Sindicato dos Professores do Estado do Rio de Janeiro. Relata que, apesar de alguns dos seus dirigentes terem sido perseguidos e presos, o Sindicato permaneceu aberto numa condição rigorosamente burocrática, sem qualquer inserção política. Em 1977, Diva Conde passou a fazer parte da nova diretoria do Sindicato dos Professores, exercendo o mandato de 1978 a 1981. Suas palavras revelam a importância que atribui a este episódio:

“– Esse é um momento de redemocratização, é o processo da Anistia, é um processo muito vivo e é um processo que você vai recuperando espaço social. Saem do oculto e do clandestino, e ocupam o espaço da discussão democrática, da disputa política explicitada socialmente”²⁰⁸.

Nesse período, foi contratada por uma empresa de energia elétrica, gerida por um regime de economia mista. Durante 19 anos, trabalhou nesta empresa exercendo diferentes funções no campo da Psicologia do Trabalho e da Saúde Ocupacional, tais como desenvolvimento gerencial, seleção e acompanhamento de pessoal. Sua inserção no Conselho Federal de Psicologia ocorreu em 2001, quando foi convidada a fazer parte da chapa que concorreria ao pleito 2001-2004. No seu entendimento, foi convidada em razão de sua trajetória profissional que lhe conferia “um certo conhecimento social”.

“– Foi um processo muito difícil, muito mal conduzido. Eu me afastei, mas fui... identificada, no Rio de Janeiro, por forças da Psicologia nacional que organizavam a Chapa do Conselho Federal de Psicologia. E a partir desse momento, fui convidada e aceitei fazer parte do Conselho Federal de Psicologia, que é a história da minha inserção de 2001-2004”²⁰⁹.

Diva Conde não exerceu militância direta no processo de regulamentação do *ato médico*, mas afirma estar alinhada, com absoluta convicção, com a análise que tem sido

²⁰⁷ Ibidem.

²⁰⁸ Ibidem.

²⁰⁹ Entrevista realizada com Diva Conde, em 18/08/2004, no Rio de Janeiro.

conduzida pelo Conselho Federal de Psicologia junto com outros Conselhos profissionais. Para a depoente, esta é uma questão social muito séria, porque:

“– O ato médico, ao recuperar para o médico a prerrogativa exclusiva do diagnóstico no campo da saúde cria um estrato, uma representação social, de que a saúde é um fazer exclusivamente médico, que pode contar – complementarmente – com outros saberes. [Isso] me parece... é dramático”²¹⁰.

Finalmente, chegamos à categoria de *mediador*. Sem uma participação direta na regulamentação do *ato médico*, inclui-se, nesta categoria, o médico obstetra Marcos Dias. Graduado no ano de 1982, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, o depoente declara ter escolhido a medicina “pelo ideal de ajudar os outros”²¹¹. Tem como referência profissional o pediatra que cuidava dele e de seus irmãos. Atribui sua ausência de participação em movimentos estudantis ou políticos ao fato de estar voltado para a formação profissional. Ele conta que a sua formação estava mais direcionada para administração e gestão do serviço hospitalar. Em 1985, concluiu a Residência no Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ). Além disso, possui especializações nas áreas de ginecologia e saúde da mulher. Em 1996, associou-se à Rede Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) e passou a desenvolver parcerias com o denominado Terceiro Setor e a atuar na gestão de saúde pública. Atualmente, vem exercendo a função de Secretário Municipal de Assistência à Saúde da Mulher, do Município do Rio de Janeiro. Ele é um dos responsáveis pela implantação na cidade do Rio de Janeiro do Programa de Casas de Parto, dirigidas por enfermeiras obstetras que fazem parto. Este foi o principal aspecto que definiu sua escolha como depoente, na medida em que as associações profissionais médicas tem se oposto a este programa.

Embora Marcos Dias não se declare diretamente relacionado à questão do *ato médico*, sua condição de gestor municipal de saúde pública o insere como *mediador* da disputa entre médicos e enfermeiros na assistência ao parto. Diante disso, podemos supor que a *Casa de Parto* estabelece alguma relação com a regulamentação do *ato médico*.

Feitas estas considerações iniciais, podemos abordar a maneira como os depoentes avaliam a regulamentação do *ato médico*.

²¹⁰ Ibidem.

²¹¹ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

2. Avaliação: o que os atores pensam a respeito do *ato médico*?

Conforme definido anteriormente, neste módulo, serão identificadas as opiniões dos depoentes a respeito dos interesses e motivações subjacentes à regulamentação do *ato médico*, apontando possíveis divergências e convergências. Para conduzir a apresentação e análise das avaliações dos depoentes, serão utilizadas as categorias anteriormente apresentadas.

Avaliando a questão do *ato médico*, o médico-defensor Geraldo Althoff assevera que, até a publicação da Resolução CFM n.º 1.627/01, o Conselho Federal de Medicina não tinha a dimensão da importância de regulamentá-lo. Para justificar esta posição, o ex-Senador discorre sobre o processo de elaboração do PLS n.º 25/02. Conta que logo que assumiu a vaga de suplente no Senado, em 1998, remeteu uma correspondência aos presidentes da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), colocando-se à disposição das entidades. No primeiro momento, apenas recebeu resposta desta última. No ano de 1999, após mudança de presidência da AMB, Geraldo Althoff foi procurado e passou a ter, com a entidade, o que denomina “relação de parlamentar-médico”. Segundo ele, nesse período, também foi contatado por um advogado que lhe fez um alerta a respeito do fato de a medicina ser a única, dentre as profissões de saúde, não regulamentada.

“– Eu recebi, primeiro, uma proposta de anteprojeto de um cidadão que eu não lembro o nome... posso identificá-lo... este anteprojeto... ele era advogado, e eu comecei a discutir, nós começamos a discutir... só nós dois, nenhuma associação, nada, nada... absolutamente nada. Depois, é que nós tivemos a participação do grupo de trabalho do Conselho Federal de Medicina (...) A Resolução foi a consequência desse nosso trabalho inicial, [do trabalho] que nós fizemos”²¹².

Geraldo Althoff observa que enviou o anteprojeto ao Conselho Federal de Medicina para que fosse apreciado: “– E eles começaram um processo de debate interno... e, olha, e eu não recebi resposta nunca. Somente por insistência minha, fato que passado mais de um

²¹² Entrevista realizada com Geraldo Althoff, em 12/07/2004, em Florianópolis/Santa Catarina.

ano, é que, então, novamente, eu instiguei-os para falar a respeito do ato médico”²¹³. Em consequência disso:

“– (...) no ano de 2001(?), eu recebi uma proposta do Conselho Federal de Medicina, com a visão do que que era o ato médico no Conselho Federal de Medicina. E... eu acatei aquele anteprojeto, perfeito pelo Conselho Federal de Medicina, e fiz dele um projeto de lei, que é o projeto de lei de número 25/02... sabendo que era um projeto polêmico. Dentro da visão de que, no momento em que nós começássemos a discussão, outras entidades profissionais também já começariam a se posicionar em contrário”²¹⁴.

Apesar destas dificuldades, Geraldo Althoff sustenta que a sua colaboração, por um lado, foi importante, porque deflagrou um processo de discussão bastante satisfatório. Para ele, era o que deveria ter sido feito. Por outro, porque despertou a atenção do CFM para a necessidade de se refletir sobre o fato de a medicina, apesar de ser a mais antiga dentre as profissões, não ter sua atividade regulamentada.

“– Na minha avaliação, [é preciso definir] o que é competência de um médico e o que não é competência de um médico... inclusive usando a cultura da população. O que a população quer? O que que o cidadão quer? Não é só o que o médico quer, nem o que os outros profissionais da saúde querem. Acho que está posto, está colocado. Vai ter muito “pano para manga” aí nos próximos anos”²¹⁵.

Quanto à mobilização promovida pelos profissionais contrários à aprovação do PLS n.º 25/02, considera-a compreensível, mas, até certo ponto, também excessiva por falta de compreensão. Usando um tom mais grave, o depoente argumenta que a falta de regulamentação da medicina era uma falha da lei que precisava ser corrigida. Nas suas palavras:

“– Por que o médico não pode ter a sua atividade regulamentada como as outras atividades? Esta é a pergunta. Por que não pode? Ele tem que ter. Se não tinha, tem que ter. Era uma falha da lei que tinha que ser corrigida. As outras atividades profissionais têm e nós, médicos, também devemos que ter. Então, essa reação é compreensível, mas eu acho que assim é até excessiva. Tenho sido, às vezes, pautado de maneira como se fosse um “anti” não sei o quê... que nada! Eu sou um cidadão que teve uma oportunidade, como parlamentar, de criar um projeto para regulamentar uma profissão que não tinha regulamentação”²¹⁶.

²¹³ Entrevista realizada com Geraldo Althoff, em 12/07/2004, em Florianópolis/Santa Catarina.

²¹⁴ *Ibidem*.

²¹⁵ *Ibidem*.

²¹⁶ Entrevista realizada com Geraldo Althoff, em 12/07/2004, em Florianópolis/Santa Catarina.

Já de acordo com Aloísio Tibiriçá, faz-se necessário regulamentar o *ato médico* porque isso envolve questões éticas, políticas, sociais e corporativas. Além disso, concorda que a falta de uma regulamentação promove a intromissão de outros profissionais no *ato médico*. Nesse sentido, para o depoente, além de ser uma necessidade para a corporação médica, a regulamentação do *ato médico* representa uma proteção da sociedade que se beneficia do atendimento na área de saúde.

Lançando mão de um tom crítico, Tibiriçá explica que, nos últimos anos, o Banco Mundial vem propondo um tipo de atendimento de “segunda classe” para a população de baixa renda, ou seja, “– efetivamente, coloca, para grandes populações, atendimento basicamente preventivo e de qualidade que não precisa ser muito boa”²¹⁷. No seu entendimento, o Ministério da Saúde também partilha desse ideário quando, através de Portarias, subsidia as atividades de outras profissões como, por exemplo, atribuir determinadas competências aos enfermeiros²¹⁸: “– A Lei dos Enfermeiros permite que eles prescrevam em determinadas situações bem específicas. Então, essas situações, elas já são legalizadas, entre aspas. As Portarias nem tanto”²¹⁹. Neste contexto, Tibiriçá entende que, na regulamentação do *ato médico*, há duas perspectivas: uma ética e outra política e social.

“– Então, nós achamos que tem esse viés que eu já disse: o ético, que é a população ter que ser atendida por quem tem qualificação; o político e o social, que é a economia em grande escala de custos, economia de custos na égide do superávit fiscal do Neoliberalismo. Ele gera então uma assistência de baixa complexidade e não precisa de médico... e o médico gasta muito, segundo eles, porque gera exame. Às vezes, gera uma porção de outras coisas, que eles acham que o povo merece um atendimento sem precisar do médico. Então, tem o viés político e social”²²⁰.

De acordo com este entendimento, para o depoente, a política econômica adotada pelo Ministério da Saúde incentiva a invasão das fronteiras de competências no campo da saúde, excluindo os médicos e prejudicando a população. Mas, como isso estaria acontecendo? No intuito de reduzir os gastos com a assistência, o Governo Federal exclui o profissional médico e credencia artificialmente outros profissionais, atribuindo-lhes competências para as quais não estão devidamente treinados. Desta situação, emergem

²¹⁷ Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

²¹⁸ O depoente não mencionou, mas supomos que a sua fala se refere às Casas de Parto, aos Programas de Saúde da Família (PSFs) e aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nestes Programas, os enfermeiros recebem a atribuição de prescrever determinados tipos de medicamentos e promover condutas terapêuticas consideradas de rotina.

²¹⁹ Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

²²⁰ *Ibidem*.

duas conseqüências: de um lado, em certa medida, a intromissão de outros profissionais no *ato médico*, e, de outro, a oferta de um atendimento não-qualificado à população mais pobre, porque não é realizado por médicos.

Aliado a isso, em matéria publicada no *Jornal do CREMERJ*, Aloísio Tibiriçá destaca que a omissão do próprio médico perante a ação de outros profissionais de saúde é outro fator que vem promovendo a intromissão no *ato médico*. Em sua opinião:

“– Isto acontece, principalmente, no serviço público, onde o médico está cada vez mais ausente pela falta de estímulo ao seu trabalho. Por causa disso, efetivamente, outros profissionais estão tomando o lugar do médico em algumas áreas, como é o caso da enfermagem, com a formação da atuação da enfermeira obstetriz”²²¹.

Quando perguntado sobre o fato de a medicina ainda não ter sido regulamentada, Aloísio Tibiriçá, demonstrando certa surpresa e uma visão naturalizada do papel do médico na sociedade, declara que, há 10 ou 15 anos, esta pergunta seria recebida com espanto, porque “desde Hipócrates, (...) a vida deu as prerrogativas do médico”²²². Afirma que existe uma regulamentação de 1932²²³, mas que, com passar dos anos, acabou se defasando por conta do aparecimento de várias profissões na área da saúde que disputam o mesmo mercado de trabalho.

“– E aí começa a ter, briga por mercado, mercado de ganhar dinheiro, uma intrometendo na outra. E é isso que está acontecendo: disputa de mercado. O resto é ‘histeria coletiva’ de quem quiser ser histórico. O médico não está vendo desta forma a questão. O médico está colocando a questão racionalmente, dizendo porque que é isso que a gente quer”²²⁴.

Apesar de concordar com a avaliação de Aloísio Tibiriçá sobre a existência de uma política pública que desvaloriza o médico, Mauro Brandão discorda da tese de que os próprios médicos sejam responsáveis pela intromissão no *ato médico*. Na sua opinião: “– O que houve foi uma deliberada ação das autoridades, promovendo este tipo de prática. Para

²²¹ EM DEFESA do Ato Médico: Problema é constante no cotidiano dos médicos e das unidades de saúde de vários municípios. *Jornal do Cremerj*, Rio de Janeiro, dez./2001, ano XIV, n.º 135. Seccionais, p. 13.

²²² Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

²²³ O depoente não fornece maiores informações a respeito da legislação a que se refere. Supomos se tratar do Decreto-Lei n.º 20.931, que regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.

²²⁴ Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

o Governo, interessa criar Casas de Parto para que enfermeiras obstetras trabalhem, pois é mais barato do que pagar os médicos”²²⁵.

No que diz respeito à importância da regulamentação, o depoente adota um tom mais ponderado ao avaliar a questão. Escolhendo falar sobre o aspecto político da regulamentação, o afirma que, de modo geral, a tramitação de um Projeto de Lei no Senado é sempre demorada e sujeita às pressões. Da mesma forma que Geraldo Althoff, Brandão avalia que o PLS n.º 25/02 tem mérito, porque está sendo muito discutido pelos parlamentares e pelos profissionais de saúde. Todavia, acredita que, quando ocorrerem as audiências públicas, previstas na “Comissão de Assuntos Sociais” (CAS), o debate se ampliará dentro da sociedade. Suas palavras refletem o seu otimismo quanto ao PLS n.º 25/02:

“– para nós, isso é muito bom, porque uma Lei só ‘pega’ – nós já sabemos disso pela História Brasileira – quando ela realmente passa por esse processo... de intensa discussão. Você faz uma Lei, aprova uma Lei, sem debate, ela nem chega ao conhecimento do público e acaba ‘não pegando’, como a gente fala. No caso da Lei do Ato Médico, eu acredito que, depois de encerrar todo esse ciclo de discussão, ela sendo aprovada, ela vai efetivamente se tornar uma Lei que ‘pega’”²²⁶.

Quando perguntado sobre o fato de a Medicina ainda não ter sido regulamentada, o depoente concorda com Althoff e Tibiriçá, argumentando que, até os dias atuais, os legisladores brasileiros não tinham percebido a necessidade efetiva de regulamentá-la, “porque, a rigor, a Medicina tem, pelo menos, do ponto de vista histórico, mais de 50 séculos de existência, considerando as referências hipocráticas de 500 anos antes de Cristo... e de lá para cá, ela foi se consagrando”²²⁷. Em seu entendimento, há uma espécie de senso comum em relação a papel da Medicina, o que nunca exigiu um esforço para regulamentá-la.

Diante disso, podemos dizer que houve uma naturalização do papel do médico ao longo do tempo, criando uma noção de que “sempre foi assim”, “todos sabem o que o médico faz” ou “todo mundo sabe qual é o papel dele na sociedade”. Segundo o depoente: “– a prova maior disso é a legislação brasileira como um todo. Você pega o Código Civil, o Código Penal, outras Leis que existem no arcabouço jurídico brasileiro, todas elas se

²²⁵ CONSELHOS de medicina se reúnem no Rio. *Jornal do Cremerj*, Rio de Janeiro, ago./2000, ano XII, n.º 119, Encontro Sul-Sudeste, p. 12.

²²⁶ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

²²⁷ *Ibidem*.

referem, de uma maneira ou de outra, direta ou indiretamente, ao papel do médico em cada situação”²²⁸.

Entretanto, podemos afirmar que, nos últimos anos, esta naturalização do papel do médico na sociedade vem sendo questionada. Durante muito tempo, a medicina, por conta de sua *expertise* exclusiva e por haver um número reduzido de concorrentes, sustentou sua hegemonia em relação a outras profissões do campo da saúde. Com a expansão dos conhecimentos e a descoberta de novas tecnologias, novos saberes e práticas se constituíram como autônomos em relação à medicina, levando ao estreitamento das fronteiras de competência e desarrumando um campo que parecia inabalável. Esta mudança foi sentida como ameaça, porque, ao ter acesso a uma faixa comum de conhecimentos, antes considerados exclusivos da prática médica, as novas profissões da saúde passaram a disputar o mesmo mercado de trabalho com os médicos, tornando necessária a revisão ou criação de novas normas. Como consequência, podemos citar as diversas Resoluções dos Conselhos de Medicina que definem certos procedimentos da área da saúde como *atos médicos*.

Na análise de Mauro Brandão, é possível perceber o impacto da institucionalização dessas novas áreas de atuação no campo da saúde:

“– Agora, de uns 20 anos para cá, 30 anos para cá, com a complexidade da assistência à saúde da população, com o crescimento e o surgimento de várias profissões, essas interfaces começaram a... caracterizar, de maneira mais intensa, alguns conflitos é que surge a necessidade de rever essa regulamentação. Tanto que todas as profissões, as 14 profissões, que compõem esse universo da área da saúde, todas elas têm a sua regulamentação, em meio a exceção da Medicina”²²⁹.

A respeito da reação negativa dos profissionais não-médicos à proposta do *ato médico*, Mauro Brandão estabelece duas perspectivas de avaliação. A primeira se refere à noção de que, pelo fato de ser considerada a mais antiga dentre as profissões de saúde, a medicina teria assegurada a prevalência sobre as outras. O depoente explica que este entendimento, apesar de ser incentivado por alguns médicos, não corresponde à realidade: “– Isso é uma visão, até certo ponto, alimentada, porque alguns médicos meio que usam essa postura e, com isso, dão a entender que existe, por parte da Medicina, essa pretensão de domínio sobre as outras profissões, torná-las subalternas à Medicina”²³⁰.

²²⁸ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

²²⁹ *Ibidem*.

²³⁰ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

Além disso, faz alusão à existência deste tipo de conduta dentro das equipes de saúde, formadas em virtude do aparecimento de novas profissões de saúde. Neste sentido, podemos dizer que a atuação em equipe evidenciou o valor de cada profissão e a sua posição dentro da divisão do trabalho no campo da saúde, promovendo o entendimento de que uma profissão prevalece sobre as outras. Mauro Brandão frisa que esta postura dentro da equipe de saúde é um equívoco, porque, para prestarem uma assistência adequada, “as diversas profissões da área da saúde têm que atuar de forma harmônica para poder beneficiar a população, e não com um sentido de hegemonia desse ou daquele grupo”²³¹. E acrescenta: “– o conceito de multiprofissionalidade da equipe, ele tem que vir para somar e tendo como objeto principal a atenção à saúde da população, e não estabelecer uma relação de mando, de domínio, entre profissionais”²³². Não obstante, entende que algumas situações e determinadas condições de atendimento, para chegarem a um bom termo, requerem uma hierarquia. Contudo, “isso não pode ser confundido com uma relação de mando permanente, caracterizando uns como subalternos e outros como dominadores. Isso é um equívoco que ainda permeia entre os profissionais”²³³.

A segunda perspectiva se refere ao entendimento que as demais profissões de saúde têm a respeito da regulamentação do *ato médico*. Segundo Brandão, estes profissionais se equivocam ao defender a idéia de que, “ao colocar as atribuições da Medicina em lei, a Medicina, os médicos, estariam consumando esse ato de dominação”²³⁴. Ele observa que o equívoco reside na análise do PLS n.º 25/02: Nesse sentido, o depoente argumenta que, ao se comparar o Projeto com as Leis das outras profissões, com as diretrizes curriculares e os respectivos currículos, é possível verificar que o diagnóstico de doenças e a indicação de tratamento não são atribuições legais de nenhum outro profissional a não ser do médico. Diante disso, Brandão entende que, na prática, não há conflito entre médicos e demais profissionais em termos de regulamentação: “– a menos que haja, por parte de algumas profissões, interesse de expandir a sua área de atuação para esse tipo de atividade”²³⁵.

Quanto aos enfermeiros-críticos, podemos dizer apresentam avaliações semelhantes entre si sobre as intenções que conduzem o *ato médico*.

Na avaliação do presidente do COFEN Gilberto Linhares, a proposta de regulamentação do *ato médico* é algo “extremamente sadio, desde que eles se limitem à

²³¹ Ibidem.

²³² Ibidem.

²³³ Ibidem.

²³⁴ Ibidem.

²³⁵ Ibidem.

profissão deles”²³⁶. Não obstante, o depoente aponta restrições à forma como vem sendo conduzido o processo. Segundo ele, na forma em que se encontra, a proposta pretende estabelecer uma relação de submissão e dependência quanto aos médicos. Demonstrando sua visão crítica da questão, Linhares ressalta que estas pretensões representam um retrocesso, motivado pelo corporativismo e pela reserva de mercado.

Em consonância com esta posição, a Prof.^a Maria Tyrrel afirma que o *ato médico* “foi um ato corporativo, na luta pelo mercado de trabalho e, essencialmente, motivado pela força econômica, na luta de espaço”²³⁷. Explica sua declaração tomando como referência as diferenças entre a ocupação do mercado de trabalho privado e público realizada por médicos e enfermeiros. Segundo a depoente, diferentemente de outros países, no Brasil, a enfermagem obstétrica predomina no sistema público, mas ainda não dominou o mercado de trabalho privado. O inverso se dá com os médicos. Em sua opinião, esta diferença está na origem do problema. Neste sentido, o PLS n.º 25/02 seria uma necessidade para os médicos, mas igualmente uma reação por conta de a enfermagem ser regulamentada e ter sido incluída nos Programas do Sistema Único de Saúde (SUS). Na análise da depoente:

“– eu acho que foi uma necessidade da classe médica de regulamentar a sua Lei, que eles não tinham regulamentado. Só que, motivados por esse lado e contra a posição do Ministério de introduzir a enfermagem, no Sistema Único de Saúde, de forma mais solidificada ou mais... fundamentada – do ponto de vista deles – como protagonista, que são as políticas públicas. Eu acredito que foi nessa intenção. Mas, independente disso, com uma hegemonia total na área da Saúde que não competia num momento tão democrático”²³⁸.

Já as psicólogas-críticas avaliam a questão de forma mais ampla. Na opinião de Margarete Paiva, o PLS n.º 25/02 serve, por um lado, como respaldo para a Resolução CFM n.º 1.627/01 e representa uma visão limitada do significado de saúde. Ela explica que o modelo de medicina que predomina no Brasil é a medicina da especialidade. A formação desses profissionais é, majoritariamente, dada pelo Poder Público, por Universidades Públicas, que possuem um modelo que privilegia o profissional especialista e não o generalista. A depoente avalia que o Projeto de Lei reforça um tipo de formação que valoriza o profissional especialista em detrimento do generalista, ao mesmo tempo em que

²³⁶ Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

²³⁷ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

²³⁸ *Ibidem*.

se exime das críticas ao modelo assistencialista-curativo postuladas, nos últimos anos, pelas Pós-graduações em Saúde Pública e Saúde Coletiva brasileiras.

“– A precariedade do texto aprovado chega ser rude e grosseiro. [Os proponentes do *ato médico*] me fazem achar que estavam meio fora... descontextualizados da intelectualidade de Saúde desse país, os principais sanitaristas, enfim... das coisas produzidas pelo campo da Saúde Pública e Coletiva: com essa visão da medicina da especialidade, única e estritamente”²³⁹.

Não obstante, Margarete Paiva ressalta a importância da medicina da especialidade, pois: “– Ela faz parte da Saúde também, não pode ser menosprezada, assim como também não podem ser menosprezadas as visões da Saúde Pública e da Saúde Coletiva”²⁴⁰.

Por outro lado, entende que o Projeto está relacionado a uma disputa de mercado. A depoente justifica tal afirmação fazendo referência ao contexto em se insere a publicação da Resolução do CFM e a apresentação do PLS n.º 25/02. Nesse período, já haviam sido realizadas as Conferências de Saúde Mental nacionais e a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta última consolidou visões de assistência psiquiátrica que ferem tanto os interesses privatistas na Saúde Mental quanto a hegemonia médica. Podemos dizer que, para Margarete Paiva, os médicos estão preocupados em preservar a hegemonia no campo da saúde. Em suas palavras:

“– Então, eu acho que ele responde tentando colocar o poder médico no seu lugar tradicional, no campo da saúde mental. Eu acho que sempre tem esse aspecto, mas acho que ele vai além disso. Acho que tem toda uma disputa com outras profissões, como a Fisioterapia, no que diz respeito, por exemplo, à acupuntura; com relação à prática dos fisioterapeutas que vão cada vez mais se descolando da subordinação da indicação do médico, formulando avaliações e prescrevendo terapêuticas. E eu acho que tem um ponto importante na questão da Enfermagem, porque eu acho que tem uma interface com uma política de governo que começa a ser implementada um pouco antes e que tem elementos favoráveis e elementos desfavoráveis: e aí eu estou falando do Programa de Saúde da Família, o PSF”²⁴¹.

A respeito do Programa de Saúde da Família, a depoente explica que a proposta prevê uma equipe constituída por médicos e enfermeiros. Entretanto, por questões de ordem política e econômica, no decorrer do tempo, os médicos deixam de fazer parte da equipe, abrindo espaço para que os enfermeiros assumam uma série de atribuições que não estariam em sua pauta. Neste contexto, para a depoente, os Conselhos de Enfermagem

²³⁹ Entrevista realizada com Margarete Paiva, em 19/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁴⁰ *Ibidem*.

²⁴¹ *Ibidem*.

souberam aproveitar esta situação para sugerir e incorporar novas práticas, como, por exemplo, a prescrição de medicamentos. Margarete Paiva supõe que talvez tenham ocorrido excessos por parte desses Conselhos, criando um terreno propício para a formulação do *ato médico*. De outra parte, aponta que, na área de Saúde Mental, o psicólogo “que quer fazer o que bem entende e não quer dar satisfações ao médico”²⁴² também se inclui nesta disputa.

Diante disso, observa que estas questões são vistas como disputas entre categorias: “– eu acho que, erroneamente, isso até acontece tanto por parte dos psicólogos quanto por parte dos enfermeiros”²⁴³. Para ela, contudo, o que deve estar em pauta é a discussão e a avaliação do trabalho em equipe, porque o profissional deve estar habilitado para refletir sobre a adequação das suas técnicas às diferentes situações.

“– Eu acho que a gente não pode dizer que existe o melhor modelo para funcionar em todos os lugares. Cada lugar é um. Em cada lugar uma equipe vai ter que discutir o seu funcionamento, o quê que se adequa melhor àquele local, porque uma coisa pode funcionar muito bem num lugar e não funcionar no outro. (..) Eu acho que o diálogo entre a equipe de saúde é o que favorece efetivamente que você instaure as melhores rotinas.”²⁴⁴.

Nesse contexto, Margarete Paiva vê com reservas a defesa profissional particular. A depoente considera importante delimitar parâmetros que regulem a atuação profissional, mas demonstra preocupação com o fato de as discussões se limitarem a este aspecto. Segundo ela, deve haver um equilíbrio, porque, sem isso, perde-se a possibilidade de construir um trabalho mais proveitoso e que responda melhor às necessidades da população. Em outras palavras: estas disputas por mercado acabam perdendo sentido quando limitam o próprio entendimento do que seja *saúde*. O trecho a seguir resume a avaliação da depoente:

“– Eu acho que não se pode botar tudo dentro do mesmo saco: em parte, os médicos têm razão – tentar determinar alguns limites de uma forma mais punitiva. Eu acho que eles não estão errados ao colocarem isso. Eu acho que fizeram de uma forma inadequada, estreita e intelectualmente limitada, porque não consideraram um conjunto de produções intelectuais importantes hoje, muito anteriores a toda essa proposição, e penso que é por isso que eles não vão conseguir... sucesso nessa empreitada. Estão, intelectualmente, muito atrasados nessa discussão. Espero que o

²⁴² Entrevista realizada com Margarete Paiva, em 19/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁴³ *Ibidem*.

²⁴⁴ *Ibidem*.

poder corporativo não dê conta de jogar décadas de produção intelectual na lata do lixo”²⁴⁵.

Em consonância, Diva Conde também avalia que a regulamentação do *ato médico* é uma questão social muito séria, que merece atenção. Fazendo menção à história da organização dos saberes profissionais, a depoente afirma que o médico baseou o seu saber em práticas “que operavam na manifestação aparente das doenças”²⁴⁶, ou seja, em sintomas e sinais apresentados pelo organismo. No entanto, aponta que o existir humano apresenta outras dimensões que não se reduzem a manifestações biológicas, aparentes. Para lidar com estas dimensões, ao longo do tempo, outros saberes foram construídos, com base em pesquisas. Nesta perspectiva, Diva Conde relativiza a juventude de profissões como a Fonoaudiologia e a Psicologia, criticando a naturalização da relação entre tempo de existência de uma profissão e grau de dominação exercido sobre outras:

“– A Fonoaudiologia, por exemplo, é um saber que se constrói no século XX. A Psicologia se constrói no século XIX e avança, profundamente, no século XX. Então, são saberes mais recentes? São. Historicamente, são. Se eu for datar, em número de séculos, são. Entretanto, não é possível, no século XXI, você olhar a quantidade de anos de existência da mesma maneira que olhava a quantidade de anos no século XVII. Então, a quantidade de anos tinha um valor e uma representação, uma legitimidade, em 1600, que a quantidade de anos não tem a mesma legitimidade, o valor, do século XXI.”²⁴⁷.

Aliado a isso, a depoente observa que a Fonoaudiologia e a Psicologia também produzem saberes importantes sobre as pessoas, saberes estes que podem resultar em *saúde*, no seu sentido mais completo e extensivo. Neste sentido, lamenta que apesar das discussões que vinham sendo travadas, a proposta do *ato médico* tenha sido aprovada no Senado.

Chamando atenção para os avanços que o Brasil promoveu em termos de *saúde*, no período pós-Constituição, Diva Lúcia avalia que a aprovação do *ato médico* sem a devida consideração aos demais saberes significaria um retrocesso. Esclarece que não se trata de uma postura corporativista, de defesa do mercado de trabalho, mas de um movimento que promove a participação do cidadão como força política e social.

²⁴⁵ Entrevista realizada com Margarete Paiva, em 19/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁴⁶ Entrevista realizada com Diva Conde, em 18/08/2004, no Rio de Janeiro.

²⁴⁷ *Ibidem*.

“– Os psicólogos brasileiros devem se incorporar como força social participante, como partícipes e ativos no tecido social, no sentido de fazer avançar a sociedade. E o PL 025 e ele não faz avançar a sociedade. Ele não faz avançar a sociedade, porque ele nada garante qualidade de atendimento, qualidade social de saúde à sociedade brasileira! Ele apenas coloca na mão do médico, recupera um poder que estava colocado em 1500, em 1400, em 1600. Não se trata mais de fazer essa disputa. Então, eu acho que é uma questão delicada, ela tem que ser enfrentada. (...) Eu diria que a nós cabe, unidos às outras áreas de conhecimento, dizer que não abriremos mão do nosso conhecimento! Eu não posso e não farei, do ponto de vista do meu Código de Ética, eu não ocuparei um lugar das outras áreas de saber, mas não permitirei que ocupem o meu lugar.”²⁴⁸.

Apesar de ter declarado não ter uma participação ativa no processo de regulamentação, o médico Marcos Dias concorda que o *ato médico* é uma iniciativa que tem como premissa a disputa pelo mercado de trabalho, não sendo uma perspectiva de ampliação das ações de saúde ou de preocupação com o conceito mais amplo de *saúde*. Na avaliação do depoente:

“– Acho que ela está mais voltada para uma questão de reserva de mercado. Então, a avaliação que eu faço é que... a sociedade, de uma maneira geral, ela se medicaliza. Ela se medicaliza não com o médico, se medicaliza das mais diferentes formas, seja com a medicina chinesa, seja com a cromoterapia, com Do-in, massagens, florais e tantas... tantas medicinas; medicinas não, mas tantas terapias... que não são hegemônicas que... isso suscita, nos médicos, a necessidade de estar tentando regulamentar, porque avaliam que isso é uma concorrência. (...) E existe, realmente, toda uma busca por saúde nos mais diversos locais. As coisas estão cada vez mais presentes no cotidiano da cultura da sociedade e é isso que deve estar apavorando os profissionais médicos”²⁴⁹.

Diante disso, para o depoente, a sociedade contemporânea na busca pelo bem-estar vem se medicalizando, com ou sem a participação do médico. Como consequência, novas terapêuticas, consideradas alternativas, surgem para atender a esta demanda. Neste contexto, as pessoas passam a ter acesso a diferentes tratamentos fora da medicina. Sentindo-se ameaçados, os médicos reagem: “ – E existe, realmente, toda uma busca por saúde nos mais diversos locais. As coisas estão cada vez mais presentes no cotidiano da cultura da sociedade, e é isso que deve estar apavorando os profissionais médicos”²⁵⁰.

Não obstante, Marcos Dias entende que o tardio movimento em direção à regulamentação da medicina tem relação com aspectos históricos e culturais da sociedade. Ele observa que “ – a atividade do médico está tão enraizada na história da evolução da humanidade, de antes de Cristo, que acham um pouco que está regulamentada no senso

²⁴⁸ Entrevista realizada com Diva Conde, em 18/08/2004, no Rio de Janeiro.

²⁴⁹ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

²⁵⁰ *Ibidem*.

comum... a medicina estaria regulamentada no senso comum”²⁵¹. Neste sentido, para o depoente, a noção de que a medicina *desde sempre* abarca ações de saúde em todos os níveis de assistência, em certa medida, vem servindo de justificativa para o fato de ela ainda não possuir uma definição formal de seus parâmetros de atuação.

3. Participação: como anda a mobilização?

Conforme afirmamos anteriormente, as corporações profissionais estão organizadas para fazer valer os interesses de seus membros. Em busca deste objetivo, lançam mão de uma série de estratégias. Assim, no presente módulo, pretende-se apontar de que forma os depoentes, que representam entidades profissionais, participam de mobilizações contra ou a favor da regulamentação, identificando, paralelamente, as estratégias utilizadas e o grau de envolvimento de cada um. Pode-se dizer que cada corporação profissional, ainda que esteja aliada a outras com o mesmo interesse, conduziu o próprio processo de mobilização dos seus membros.

Pelo fato de serem coordenadores da Comissão de Defesa das Prerrogativas do Médico (CODEPREM), os médicos Aloísio Tibiriçá e Mauro Brandão participam, desde o início, de mobilizações pela aprovação do PLS n.º 25. Sobre a CODEPREM, Tibiriçá observa que a atuação desta Comissão ocorre na prática, a partir de questões práticas que envolvam a interferência de outros profissionais na atividade do médico. Semanalmente, reúnem-se analisar questões à luz da legislação vigente, verificando se há, ou não, a intromissão no *ato médico*: “– Então, todas as interfaces de atuação com o ato médico e outras profissões, que a gente julgue inadequadas, são estudadas pela CODEPREM, que encaminha as medidas cabíveis. Isso é atuar no dia a dia”²⁵². Neste sentido, o depoente destaca a importância da vigilância constante sobre estas questões, porque “– não adianta depois aprovar uma Lei diante de fatos consumados. Identificamos uma série de situações hoje que, quando a Lei vier, têm que estar sendo permanentemente questionada”²⁵³.

²⁵¹ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

²⁵² Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

²⁵³ Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

Ao falar sobre a mobilização das demais profissões, Tibiriçá assume uma postura crítica. O depoente considera que as outras profissões vêm, por meio de documentos, acusando os médicos de quererem monopolizar a profissão de saúde no Brasil. Segundo ele, este é um argumento absurdo. No seu entendimento, o fato de estes profissionais serem numerosos, e eleitores, explica o sucesso que vêm obtendo nas negociações com parlamentares: “– Se você pegar o número de profissionais que tem aí, que estão aí, batendo panela e juntar, dá o quádruplo do número de médicos; e são todos eleitores”²⁵⁴.

Já Mauro Brandão, enquanto articulador político do movimento pró-regulamentação em âmbito nacional, assume uma postura mais moderada. O depoente afirma que, pelo fato de ser coordenador da Comissão Nacional em Defesa do Ato Médico, participou de todas as mobilizações em prol da aprovação da regulamentação. Nesse sentido, entende que o Conselho Federal de Medicina tem feito todo o possível em direção à conquista deste objetivo.

Não obstante, Mauro Brandão entende que a corporação médica poderia ser mais ofensiva no que tange à utilização da mídia, por meio de campanhas de divulgação sobre o assunto junto à sociedade. Explica que tal medida não foi tomada porque existe um grande cuidado com os efeitos que uma campanha como esta poderia provocar.

“– As vezes que nós enfrentamos fóruns populares, com a população, e colocamos esta discussão do ato médico, a reação é muito violenta, porque imagina você dizer e perguntar ao povo se ele quer ser atendido pelo médico ou pelo enfermeiro ou pelo fisioterapeuta, ou quando ele descobre que, no posto de saúde, que ele não está sendo atendido por médico, mas por um enfermeiro, um fisioterapeuta ou um psicólogo. Isso revolta! E nós não queremos transformar essa luta numa revolta contra os outros profissionais, não queremos que isso aconteça – que o povo se rebele contra outros profissionais”²⁵⁵.

Neste sentido, o depoente considera que a má assistência à população e a intromissão no *ato médico* são fruto da irresponsabilidade dos gestores de saúde pública:

“– Se tiver que ter algum alvo nessa luta, para depositar a raiva da população, tem que ser contra esses gestores que promovem esse tipo de engodo na assistência e não contra profissionais que, muitas das vezes, estão iludidos ali, se sentem meio atraídos por uma falsa sensação de poder, quando, na verdade, eles estão se submetendo a riscos do ponto de vista ético e profissional, assumindo funções para as quais eles não estão qualificados”²⁵⁶.

²⁵⁴ Ibidem.

²⁵⁵ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

²⁵⁶ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

Percebemos, no discurso dos médicos-defensores do *ato médico*, um exercício de criar a impressão de que exista um consenso em torno do tema. Com maior ou menor ênfase, os depoentes utilizam uma retórica que busca convencer o ouvinte da necessidade de regulamentar a profissão médica. Este aspecto está presente na divulgação do material sobre o *ato médico*, veiculado nos jornais da categoria e nos sites do Conselho Federal de Medicina e do Regional fluminense. Além disso, demonstram estar mobilizados e muito bem articulados politicamente, o que lhes vem conferindo boas condições de sucesso nas negociações com parlamentares das diferentes instâncias do Legislativo.

Como representante oficial dos enfermeiros, Gilberto Linhares entende que as ações contra o *ato médico* devem ser desenvolvidas no campo político. A seu ver, os Conselhos, por serem órgãos que primam pela ética, não podem assumir uma postura panfletária: “– Eu não posso ir para uma porta panfletar: “fora Lula, fora FHC, fora FMI”, coisas deste tipo não combinam com a nossa postura. (...) Então, as nossas lutas, em benefício da classe, são sempre no nível do poder judiciário.”²⁵⁷.

Neste sentido, as atividades políticas devem visar ao estabelecimento de alianças com os parlamentares envolvidos na discussão. Para Gilberto Linhares, a realização de *lobby* é dever do Conselho profissional, pois cabe ao representante corporativo mostrar ao parlamentar as vantagens e desvantagens políticas de uma determinada situação. Nas palavras do depoente:

“– Se eu sei que é um Deputado que vai julgar aquilo, eu preciso trabalhar com aquele Deputado, eu só dependo dele. Não adianta botar um cartaz em São Gonçalo, em Niterói ou aqui na Baixada, se o Deputado, se o Senador, que está julgando aquela matéria, mora no Acre – que era o caso do Tião Viana. Eu tenho que mostrar vantagens para ele, em termos de votos, lá no Acre, que interessa a ele. E foi o que nós fizemos: são 15 profissões regulamentadas, o Sr. está desagradando a 14. O Sr. repare bem, todos os psicólogos, enfermeiros, todos os profissionais de enfermagem, todos os fisioterapeutas, estão todos contra. O Sr. já imaginou se isso..? Aí o cara pensa. Bom, o Tião Viana pegou o PLS do Geraldo Althoff e matou”²⁵⁸.

Já a Prof.^a Maria Tyrrell avalia a questão da mobilização sob duas perspectivas: Por um lado, considera que a corporação médica vem conseguindo sustentar uma intensa e hegemônica mobilização, porque tem grande capacidade de organização e conta com poder econômico. Segundo a depoente, estas características possibilitam a divulgação do

²⁵⁷ Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁵⁸ *Ibidem*.

movimento, em nível nacional, por meio de revistas e jornais. Por outro, reconhece que a mobilização na enfermagem se encontra fragilizada pela falta de poder econômico e de espaço na mídia. Entende que a Enfermagem deveria ser mais divulgada e reconhecida como uma área de utilidade social para a população brasileira.

A Prof.^a Maria Tyrrel explica que, quando fala da fragilidade da enfermagem, refere-se ao fato de os enfermeiros não terem sido convidados a discutir a questão do *ato médico* com os médicos. Neste sentido, avalia que houve falta de cordialidade e de solidariedade por parte dos médicos, porque sempre trabalharam juntos em defesa da equipe de saúde. Por outro lado, considera que esta situação se relaciona à questão de gênero.

“ – eu vejo também que está posta a questão de gênero médico/homem sobre mulher/enfermeira que tem a ver com toda uma condição feminina de subserviência, de marginalização, de discriminação, de violência, que eles estão fazendo com a gente. Eu fico muito emocionada quando falo disso, porque é exatamente o modelo do patriarcado sobre nós”²⁵⁹.

Ainda assim, a depoente acredita que a profissão tem obtido destaque em alguns aspectos. Um exemplo disso é o fortalecimento da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica e Obstetizas (ABENFO), que conquistou assento no Comitê Nacional de Mortalidade Materna, e juntamente com médicos, o movimento feminista e representantes do Ministério da Saúde vêm participando da avaliação de maternidades e da qualidade da assistência obstétrica à população. Além disso, chama atenção para a atuação da Confederação dos Sindicatos de Enfermagem, a qual, a pedido da ABENFO, conduziu uma moção de repúdio ao *ato médico*.

“– porque... a temática que os sindicatos estavam discutindo era o prazer e a satisfação dos profissionais no cuidar de enfermagem. Então, eu disse que antagonicamente estava se dando isso para as enfermeiras obstétricas, porque nós queríamos ter a satisfação de poder integrar o sistema de saúde. Nós não queremos integrar o sistema médico!”²⁶⁰.

A Prof.^a Maria Tyrrel assevera que, nos últimos anos, o que está na agenda de discussão sobre a participação da enfermagem no sistema de parto é a sua integração ao sistema de saúde, e não a exclusão do médico. Apesar de a enfermagem estar sendo

²⁵⁹ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁶⁰ Ibidem.

acusada do contrário, ela ressalta que o que está em pauta é a integração da enfermeira, e não a exclusão do médico: “– nós estamos numa agenda de discussão de inclusão da enfermeira no sistema de saúde, mas respeitando a sua competência e a sua proficiência – inclusive, dada por legislação, tanto para sua formação quanto para seu exercício profissional”²⁶¹.

Quanto às atividades políticas, a depoente afirma que a Associação Nacional de Enfermagem (ABEN) tem realizado *lobby* junto ao Congresso Nacional. Avalia que os enfermeiros não vêm investindo em representantes para as diversas instâncias do Legislativo, o que deixa a categoria em desvantagem. Por outro lado, julga que o fortalecimento da categoria vem sendo conquistado por meio da qualificação do profissional enfermeiro.

“– Embora fragilizada política e economicamente – porque não temos apoio declarado de políticos – apenas com o respaldo das Resoluções ministeriais e Ministério da Saúde, a nossa categoria está investindo na qualificação e no aumento do quantitativo para uma maternidade segura. Eu acredito que a enfermagem não tem recuo, está muito bem fortalecida, porque estamos investindo em recursos humanos e na melhoria da qualidade de atendimento à gestação-parto-puerpério e a detecção do grau de risco, para um encaminhamento oportuno para o nível hospitalar”²⁶².

Podemos dizer que os enfermeiros adotaram diferentes estratégias para reagir ao *ato médico*. Por um lado, mobilizaram-se em torno de alianças políticas e, mediante intensas negociações com parlamentares, lutam pelo atendimento de seus interesses. Por outro, vêm buscando o reconhecimento da sociedade, investindo na qualificação do profissional, nos níveis de Graduação e Pós-graduação.

Participando ativamente do processo, a psicóloga Margarete Paiva relata que estava presente na primeira votação do PLS 25/02, na “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania” do Senado. Segundo ela, neste dia, o Projeto foi tirado de pauta e, juntamente com outros representantes de entidades profissionais, a depoente promoveu uma busca por parlamentares que pudessem oferecer apoio às corporações contrárias ao *ato médico*. Além disso, o Conselho Federal de Psicologia já havia elaborado documento que repudiava a proposição do *ato médico*.

²⁶¹ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁶² *Ibidem*.

Margarete Paiva informa que o *ato médico*, a partir da primeira votação, passou a estar presente nos jornais e no site do Conselho Federal, tendo sido realizada uma campanha para que fossem enviados correios eletrônicos para os Senadores da “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania”. Foi também solicitada Audiência Pública quando Projeto passou para a “Comissão de Assuntos Sociais” (CAS) e realizadas reuniões com parlamentares que asseguraram a realização dessa Audiência.

Quanto ao *lobby*, apesar de considerar a importância deste movimento, a depoente explica que o Regional fluminense não vinha atuando nesse sentido, porque não havia estrutura para isso. No entanto, esclarece que o Conselho Federal já mantinha uma Assessoria Parlamentar, licitada anualmente, que realiza o acompanhamento de tramitações de Projetos de Lei que interessem à categoria. Também informa que a mobilização pelo apoio de Senadores da “Comissão de Assunto Sociais” ficou interrompida por conta da substituição dos parlamentares desta Comissão, mas já está sendo retomada.

Do ponto de vista da mobilização da categoria, Margarete Paiva destaca algumas ações e efeitos: o envio de mensagens eletrônicas aos parlamentares da “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania”; a solicitação, por parte das Universidades públicas e privadas, da presença de Conselheiros estaduais para que apresentem a questão do *ato médico* a alunos de Graduação; a organização de atos públicos, reunindo diversas entidades, e a divulgação de informações sobre o tema via jornais da categoria e site do movimento “Não ao Ato Médico”. A este respeito, no dia 15 de setembro de 2004, os Conselhos de quatorze profissões da área de saúde se reuniram num movimento nacional para protestar contra a proposta de regulamentação do *ato médico*. De acordo com o site do movimento²⁶³, a mobilização foi bem-sucedida graças à atuação das diversas profissões envolvidas. Como parte das estratégias, os representantes dos Conselhos se reuniram com a atual presidente da Comissão de Assuntos Sociais, Senadora Lúcia Vânia. Nesta reunião, a Senadora firmou um compromisso de solicitar audiências públicas para discutir o tema após as eleições municipais de outubro.

Embora não tenha participado de discussões desenvolvidas no Senado a respeito do *ato médico*, a psicóloga Diva Lúcia declara que vem construindo um conhecimento acerca desta proposição. Frisa que este conhecimento não foi construído individualmente, pois é fruto de reuniões com seus pares, com representantes das demais profissões e de uma

²⁶³ <http://www.naoaoatomedico.com.br>.

participação ativa no debate sobre o tema. Neste sentido, avalia que o Sistema Conselhos vem desempenhando um papel importante na divulgação dessa luta: “– Os Conselhos Regionais e o Conselho Federal têm se inserido, ativamente, buscando parcerias e disponibilizando recursos, disponibilizando trabalho, disponibilizando a sua “máquina administrativa” para a produção desses materiais e para divulgação deles”²⁶⁴.

Conseqüentemente, Diva Lúcia percebe que a participação da categoria vem se ampliando. Na sua opinião, os profissionais, quando têm a oportunidade de entrar em contato com a legislação e entendem o seu significado, apresentam uma posição contrária à proposição do *ato médico*. Declara que o objetivo do Conselho é atingir o maior número possível de pessoas. Contudo, admite que, apesar do empenho da entidade, não tem garantias de sucesso. Explica que as informações estão nos jornais e materiais impressos encaminhados aos profissionais, bem como nos sites dos Conselhos, mas isso não significa que as pessoas vão querer ler o que está sendo veiculado.

Nesse contexto, podemos dizer que os representantes dos psicólogos vêm atuando politicamente em duas esferas denominadas, aqui, *autônoma* e *coletiva*. A primeira pode ser entendida como a mobilização realizada pelo Sistema de Conselhos de Psicologia, cuja prioridade é chamar atenção do profissional psicólogo para as questões que possam interferir na sua autonomia. A segunda, que pode ser entendida como as alianças realizadas com representantes de outros Conselhos Profissionais, se apresenta como um *locus* de discussão coletiva entre as diferentes profissões de saúde. Neste espaço, por apresentarem uma pauta comum de objetivos, os interesses individuais de cada categoria ficariam menos evidentes. Este aspecto, por um lado, possibilitaria a inclusão destes profissionais em discussões de interesse da sociedade e, por outro, daria maior visibilidade às reivindicações do conjunto das corporações, ampliando assim a sua capacidade de negociação perante a sociedade e o Congresso Nacional.

O médico-mediador Marcos Dias também oferece a sua opinião a respeito da mobilização dos profissionais envolvidos nesta disputa. Para o depoente, existe uma preocupação com a mobilização dos médicos, porque, historicamente, medicina e política caminham juntas. Ele observa que esta relação pode ser evidenciada quando se analisa a realidade do Congresso Nacional. A crescente ocupação da Câmara de Deputados e do Senado por médicos vem fazendo diferença no delineamento do perfil do Legislativo brasileiro, pois, no entendimento do depoente, a grande maioria desses profissionais

²⁶⁴ Entrevista realizada com Diva Conde, em 18/08/2004, no Rio de Janeiro.

apresentam uma visão corporativa da medicina. Neste sentido, ao mesmo tempo em que possibilita a eleição do médico, esta visão corporativa, favorece a mobilização da corporação médica, ampliando a sua influência sobre aqueles que podem legitimar os seus interesses. Nas palavras do depoente:

“– Acho que... os profissionais se sentem muito amparados de estarem apresentando a proposta com uma ousadia, porque ela não terá um estranhamento de imediato. Dependendo dos caminhos.. como ela [for] conduzida, ela tem uma aceitação imediata, parece que está se falando de uma coisa que todo mundo acha que é isso mesmo, do senso comum... aí, só depois que você começa a ter uma discussão com outros Deputados e Senadores que não são da área que você vai ter um estranhamento para essa questão”²⁶⁵.

Marcos Dias ressalta ainda que a mobilização dos médicos conta com grande participação dos órgãos representativos (Conselhos, Associações e Sindicato), em nível nacional. Neste sentido, alerta para o risco que esse *lobby* representa para a sociedade, por conta da associação de interesses corporativos entre médicos-parlamentares e empresários-parlamentares do ramo da saúde. Avalia que “– para eles, empresários da saúde, toda e qualquer concorrência também é problema. Aí, a gente tem também que levar em consideração que há uma associação de interesses nessa questão dos Deputados e Senadores que são empresários da saúde”²⁶⁶.

Por outro lado, Marcos Dias afirma que tem pouca informação sobre o andamento da mobilização contrária ao *ato médico*. Contudo, oferece uma noção do que aconteceu na Rede Municipal por conta de uma interpretação equivocada da Resolução CFM n.º1.627/01. Relata que este mal-entendido provocou um conflito na rede, porque uma série de atividades que eram, rotineiramente, realizadas por profissionais não-médicos ficariam restritas aos profissionais médicos.

“– Na verdade, na rede municipal, a gente teve um problema em relação a essa questão do ato médico, porque houve uma... interpretação de que, quando foi publicado ato médico, se entendeu que o projeto estava sendo aprovado legalmente. E aí, veio uma orientação de que várias atividades, que eram rotineiramente feitas na rede pública [por] outros profissionais, que não médicos, não poderiam mais ser feitas. Então, isso gerou muito conflito na rede. A gente teve aí... uns 6 meses de mal-entendidos sucessivos sobre essa questão”²⁶⁷.

²⁶⁵ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

²⁶⁶ *Ibidem*.

²⁶⁷ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

Na percepção do depoente, a reação dos enfermeiros à proposta do *ato médico* está mais evidente pelo fato de serem mais numerosos e estarem mais próximos dos médicos. Considera que o advento das casas de parto vem criando conflitos entre esses profissionais. Em sua opinião, deveria haver uma mobilização que visasse ao esclarecimento da população a respeito da questão da assistência ao parto.

A partir destas declarações, podemos dizer que Marcos Dias analisa a questão do ponto de vista do Gestor de Saúde. Como médico, apresenta-se como um mediador que acompanha à distância a mobilização em torno da aprovação do *ato médico*, mas se vê fortemente envolvido nas conseqüências do mesmo. Contudo, demonstra ter uma boa noção do que está acontecendo nos bastidores. Podemos presumir que isso ocorre por dois motivos: a massiva divulgação de informações sobre o assunto, por parte dos Conselhos médicos, e as atribuições do cargo de Gestor Municipal de Saúde, que o obrigam a estar informado sobre o tema.

4. Interferência na Autonomia Profissional: como os atores percebem?

A autonomia é considerada um dos pilares da profissionalização. Ela se configura quando o trabalhador, lançando mão dos conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação, controla a realização de seu próprio trabalho, a despeito da organização administrativa em que está inserido. Logo, podemos dizer o grau de autonomia de uma ocupação está diretamente relacionada à posição que ocupa dentro de uma divisão do trabalho e ao valor que recebe dentro do mercado de trabalho.

Neste sentido, passaremos a análise das percepções dos depoentes a respeito de possíveis interferências, mesmo ou conseqüências, da regulamentação do *ato médico* na sua autonomia e/ou na de outros profissionais.

De maneira geral, os médicos-defensores avaliam que a regulamentação do *ato médico* não interfere na práticas das demais profissões de saúde. Para o ex-Senador Geraldo Althoff, não existe interferência porque as outras atividades já possuem suas atribuições e competências definidas em Lei. O depoente explica que a proposta apenas pretende atribuir ao médico suas próprias competências, não interferir na prática dos outros

profissionais: “ – Então, aquilo que já existe das outras profissões vai continuar existindo, tanto é que na discussão do ato médico não tem nenhuma proposta de alteração das legislações específicas de cada atividade profissional”²⁶⁸.

Já Mauro Brandão explica que não há interferência, porque todas as profissões de saúde regulamentadas possuem seu próprio núcleo de competência, ou seja, cada categoria profissional conquistou exclusividade sobre o exercício de um determinado conjunto de atribuições. Por isso, o depoente argumenta que a proposta do *ato médico* define o diagnóstico de doenças e a prescrição terapêutica, atribuições estas que não são exclusivas de nenhuma delas: “– Não existe em nenhuma Lei de nenhuma dessas outras profissões da área da saúde tal regulamentação, portanto, é um núcleo de competência exclusivo da Medicina e não interfere em nada com a atividade outros profissionais”²⁶⁹.

Segundo Brandão, a regulamentação do *ato médico* tem relação com a qualidade da assistência em saúde que vem sendo oferecida às classes pobres. Ele explica que os gestores públicos, de forma deliberada, vêm excluindo o médico das equipes de saúde, e oferecendo à população um arremedo de assistência à saúde. Nas suas palavras:

“– A Medicina sem médico é um engano para a população; ela é uma espécie de “medicina de pobre para gente pobre”. Por quê que não fazem isso na classe média e na classe mais abastada, eles não levam os filhos deles para serem tratados pelo Auxiliar de Enfermagem, eles procuram médicos?”²⁷⁰.

Neste sentido, Mauro Brandão ressalta a importância da presença do médico na equipe de saúde. Declara que a proposta do *ato médico* defende, por um lado, a existência de equipes de saúde completas, onde cada profissional executa o que é sua atribuição e, de outro, defende a idéia de que a população deve ser informada com clareza sobre o que cada profissional faz dentro da equipe. No seu entendimento, sem isso, o que se tem é “uma ‘assistência médica de segunda para gente de segunda’, que são justamente os menos favorecidos, os mais pobres”²⁷¹.

Estas declarações sugerem o entendimento, por parte do depoente, de que é o médico quem vem sofrendo interferências em sua prática profissional e perdendo privilégios que, anteriormente, não eram questionados. Interessante é notar que a exclusão da equipe e a invasão das fronteiras de competência são consideradas fruto de políticas

²⁶⁸ Entrevista realizada com Geraldo Althoff, em 12/07/2004, em Florianópolis/Santa Catarina.

²⁶⁹ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

²⁷⁰ Ibidem.

²⁷¹ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

estatais que prejudicam não só o profissional médico mas igualmente a população mais pobre. Neste sentido, o Estado aparece podendo fazer o papel de aliado ou de adversário dos interesses corporativos. Diante disso, podemos dizer que a proposta do *ato médico*, de um lado, reafirma o papel de mediador das disputas entre profissões desempenhado pelo Estado brasileiro. E, de outro, indica que a medicina, embora seja hegemônica no campo da saúde, não pode prescindir de uma regulamentação formal que garanta os seus privilégios.

Apresentando posição diametralmente oposta à de Mauro Brandão, o enfermeiro-crítico Gilberto Linhares não tem dúvidas quanto à interferência do *ato médico* na Enfermagem. O depoente avalia que se a indicação terapêutica das doenças for considerada atribuição exclusiva da Medicina, todos os profissionais dependerão dos médicos para exercerem suas funções. “– Então, o que é um curativo? Nada mais é que uma indicação terapêutica. E eu só poderei fazer um curativo se o médico indicar, ou seja, subordina. No momento em que esta palavra “privativo” permanecer ali, todos estaremos dependendo dele”²⁷².

Em consonância, a Prof.^a Maria Tyrrell ressalta que a proposta do *ato médico* surgiu de uma forma inadequada, “num momento que não é mais de autoritarismo”²⁷³. A depoente entende que os médicos não consideraram direitos constitucionais, pois não discutiram a questão com as outras profissões de saúde, nem “sequer os enfermeiros que são os que mais trabalham de mãos dadas com eles”²⁷⁴. Por isso, na sua opinião, os médicos cometeram “um ato... autocrático, corporativo, inclusive, contra o espírito democrático e constitucional que reina”²⁷⁵ no Brasil. Diante disso, a Prof.^a Maria Tyrrell considera que há interferência na prática não só dos enfermeiros, mas de todos os profissionais de saúde, porque:

“– desde o surgimento desse projeto, nós temos tido moções de protesto, de repúdio, não contra a necessidade de eles se regulamentarem, mas sim na forma como o fizeram e na descrição dos artigos que aboliam qualquer autonomia e proficiência das profissões liberais da área da saúde, como a Nutrição, Psicologia, a Enfermagem mesmo que será a mais atingida, etc., etc. Então, eu acho que isso é um ato muito violento, muito hegemônico mesmo”²⁷⁶.

²⁷² Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁷³ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁷⁴ *Ibidem*.

²⁷⁵ *Ibidem*.

²⁷⁶ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

Para os enfermeiros-críticos, portanto, a proposta do *ato médico* interfere diretamente na autonomia dos profissionais de saúde, em especial na do enfermeiro.

Nesse ponto, cabe fazer uma reflexão sobre as posições de médicos e enfermeiros. De acordo com as declarações, ambos destacam a equipe de saúde como *locus* de conflitos interprofissionais. De um lado, os médicos se vêem excluídos da equipe e substituídos por outros profissionais de saúde. De outro, os enfermeiros se sentem excluídos da discussão do *ato médico* e, por isso, entendem que a proposta dos médicos visa a torná-los dependentes. Diante disso, podemos dizer que, de maneiras diferentes, ambos percebem a exclusão e a perda de autonomia.

Para os médicos, a exclusão é fruto de uma política econômica estatal que objetiva reduzir os custos da assistência à saúde. Neste objetivo, os responsáveis pela gerência da saúde, ao atribuírem competências a profissionais não-qualificados, estariam institucionalizando a intromissão no ato profissional do médico. Ou seja, profissionais não habilitados estariam exercendo competências médicas para prestar uma assistência mais barata. Como consequência disso, o médico perderia o controle sobre o seu trabalho por estar sendo excluído da equipe de saúde.

Os enfermeiros demonstram descontentamento com a falta de discussão sobre o *ato médico*. Podemos dizer que o estranhamento é fruto de um sentimento de exclusão da equipe de saúde, visto que ambos, médicos e enfermeiros, fazem parte dela. Neste sentido, diferentemente dos médicos, os enfermeiros não se sentem substituídos por outro profissional. No entanto, avaliam que a proposta do *ato médico* tem o intuito de subordinar, não só os enfermeiros, mas todos os profissionais que compõem a equipe de saúde. Diante disso, os profissionais somente exerceriam suas atribuições com a autorização do médico. Em outras palavras, perderiam o livre-arbítrio sobre o seu próprio trabalho, devendo cumprir as determinações dos médicos.

Já a psicóloga Margarete considera que é difícil avaliar a interferência na atuação do psicólogo de maneira geral, mas identifica várias instâncias onde a questão poderia se apresentar: Centros de Testagem e Acompanhamento (CTAs), os serviços em que é realizado o planejamento familiar, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os convênios de planos de saúde.

Utilizando a sua experiência, a depoente aponta os Centros de Testagem e Acompanhamento (CTAs) como possíveis locais de conflito. Nos CTAs, a presença do

médico não é obrigatória, haja visto que o serviço objetiva dar conhecimento da condição sorológica aos sujeitos que se submetem à testagem sanguínea para identificação da existência do HIV. A depoente explica que muitos destes CTAs não possuem profissionais médicos, mas, geralmente, são integrados por equipes constituídas por enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

A respeito dos serviços voltados para o planejamento familiar, observa que poderão sofrer conseqüências. Explica que estes serviços preconizam uma ação educativa com mulheres e seus parceiros no que se refere à escolha de métodos contraceptivos. Geralmente, poucos deles contam com a participação do profissional médico. Neste sentido, entende que se as pessoas não puderem ter autonomia para desenvolver essas práticas, elas não poderão mais ser realizadas na rede pública.

Quanto ao setor de Saúde Mental, Margarete Paiva aponta que, atualmente, existem muitos serviços voltados para este campo dirigidos por psicólogos. No seu entendimento, por conta do trabalho em equipe, o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial não sofreria danos.

“– Onde esse trabalho de equipe se instituiu como uma forma melhor de trabalho, eu acho que não retrocede. Não é simplesmente a Lei que muda, até porque tem um monte de Lei que não é cumprida. Acho que ela pode ser mais uma – em alguns aspectos – que também não seja, pela própria defesa e militância de posições contrárias pelos próprios profissionais de saúde mental. O Congresso de CAPS de São Paulo tira um documento contrário ao PL 25/02 e apoiado pelos psiquiatras que lá estavam presentes”²⁷⁷.

A depoente julga que a aprovação do PLS n.º 25/02 criaria conflitos na medida em que o psicólogo, para receber um paciente para tratamento, deveria ter encaminhamento de um médico. Caso contrário, poderia ser questionado. Neste sentido, podemos dizer que, embora não seja uma legislação que diga respeito aos psicólogos, interfere na autonomia deste profissional. Conseqüentemente, observa a depoente, isso afetaria os atendimentos conveniados a planos de saúde e, em certa medida, desautorizaria o profissional psicólogo: “– Os convênios certamente passariam a exigir, antes de uma pessoa procurar psicoterapia, uma avaliação médica. Ele vai encarecer. Eu acho que isso iria, se aprovado, criar uma...

²⁷⁷ Entrevista realizada com Margarete Paiva, em 19/07/2004, no Rio de Janeiro.

desautorização do profissional psicólogo numa série de instâncias e que ferem a autonomia do psicólogo”²⁷⁸.

Corroborando com o entendimento de Margarete Paiva, Diva Conde lamenta a prerrogativa, trazida pela proposição do *ato médico*, que cria a necessidade de um diagnóstico médico para que se proceda a um atendimento psicológico. A depoente destaca uma série de aspectos que devem ser considerados na condução de um atendimento psicológico, enfatizando que somente o psicólogo pode avaliar qual o melhor caminho a ser seguido. Neste sentido, podemos dizer que é necessário realizar a distinção entre diagnóstico médico e diagnóstico psicológico, pois nem toda investigação conduzida por entrevistas é de competência do médico. Diante disso, a depoente defende as prerrogativas do psicólogo:

“– Ele é quem deve conduzir uma análise e conduzir o retorno. Se aquela pessoa não precisa, cabe ao psicólogo conduzir isso. Se a pessoa precisa de um tipo de terapêutica, um tipo, uma linha... a Psicologia tem essa característica. Existem linhas que podem ser linhas mais aplicáveis a determinado tipo de problema. Nós ainda trabalhamos se a melhor pessoa para ser o terapeuta é um homem ou uma mulher. Nós ainda temos um trabalho da quantidade do número de atendimentos da proposição terapêutica que se faz. As linhas diversas em relação ao tamanho do tratamento. Então, apenas um psicólogo pode fazer esse diagnóstico. Como é que o médico vai dizer se a pessoa tem direito...? A não ser que ele faça um curso de Psicologia, porque, se ele fizer um curso de Psicologia, ser interventor... é privativo do psicólogo. Eu falo da pessoa que fez os cinco anos de Psicologia. (...) Eu não vejo como uma pessoa não sendo psicólogo vai fazer essa indicação. Não é possível! Eu diria: Não é possível!”²⁷⁹.

De maneira geral, podem ser percebidas, no posicionamento das psicólogas, preocupações tanto com questões de ordem corporativa, quanto com questões de ordem social. No primeiro aspecto, apontam os efeitos do *ato médico* na autonomia do psicólogo; no segundo, levam em conta a qualidade da assistência oferecida à população.

Além disso, foi apontado que muitos serviços de saúde não contam com a presença do médico. Podemos supor em primeiro lugar que, de fato, a ausência deste profissional esteja relacionada a uma política de exclusão do Governo, com vistas ao barateamento da assistência. Em segundo, podemos supor que, pela localização e/ou pela baixa remuneração, os médicos não procurem atuar ou não consigam se fixar nestes serviços. Em terceiro, podemos supor que, pelo fato de receber uma formação que privilegia a utilização de aparatos tecnológicos e técnicos em detrimento da relação humanizada com a clientela,

²⁷⁸ Entrevista realizada com Margarete Paiva, em 19/07/2004, no Rio de Janeiro.

²⁷⁹ Entrevista realizada com Diva Conde, em 18/08/2004, no Rio de Janeiro.

o médico não esteja atendendo ao perfil definido como ideal para atuar em alguns destes programas assistenciais.

CAPÍTULO – III

CASAS DE PARTO: VISÕES E REAÇÕES

I – CASA DE PARTO: UM ESPAÇO DE DISPUTA INTERPROFISSIONAL

As *Casas de Parto* são instituições de atendimento à mulher gestante que desenvolvem um modelo assistencial menos intervencionista e medicalizante. Elas se fundamentam no entendimento de que o parto é um processo fisiológico da mulher e um evento da família. Elas visam garantir a universalidade do acesso à assistência ao parto e priorizando ações voltadas para a redução da mortalidade materna e perinatal, bem como para a humanização da assistência e a melhoria da qualidade e da atenção à mulher durante o período gravídico-puerperal. Nesta instituição, o atendimento é personalizado e realizado em um ambiente aconchegante e familiar. Seu objetivo é manter a gestante próxima ao local em que reside, valorizando os aspectos sociais e afetivos da gravidez e do puerpério. Em geral, estas instituições são coordenadas por enfermeiras especializadas em obstetrícia. Os médicos obstetras, embora não participem diretamente da realização do parto, são chamados a atuar nas complicações clínicas que possam ocorrer neste processo. Instituições com este perfil funcionam regularmente na Holanda, Estados Unidos, Alemanha, Áustria e Japão, desde a década de 1970.

No Brasil, as *Casas de Parto* começaram a ser organizadas recentemente. Em 1998, a Portaria n.º 163 do Ministério da Saúde regulamentou a realização de parto sem distócia por enfermeiro obstetra. Um ano depois, a Portaria MS/GM n.º 985/99 criou e regulamentou os *Centro de Parto Natural* ou *Casa de Parto*.

Estas instituições vem se configurando como um *locus privilegiado* de disputas por espaço no mercado de trabalho, hegemonia e privilégios entre médicos e enfermeiros. De maneira geral, observa-se que a definição dos recursos humanos necessários e competentes na *Casa de Parto* se tornou o ponto mais polêmico da proposta. No nosso entender, estão

em jogo questões referentes à hegemonia médica, à autonomia dos demais profissionais de saúde, à reserva de mercado, à delimitação de fronteiras de competência e à regulamentação profissional. Desta forma, a discussão sobre a *Casa de Parto* emerge como um campo de disputas pelo mercado de trabalho de saúde, que traz em seu bojo questões vinculadas à aquisição, à perda e à manutenção de privilégios profissionais de médicos e enfermeiros.

Esta política pública provocou intenso debate entre os representantes oficiais da corporação médica, no que se refere à atuação de enfermeiras obstetras no parto. Para alguns integrantes da elite médica, esta legislação favoreceu a interferência de outros profissionais nas suas atividades. Contudo, este posicionamento não é consenso entre os profissionais médicos. Existem médicos que reconhecem a importância e defendem a atuação da enfermagem na assistência ao parto.

No presente capítulo, faremos, inicialmente, algumas considerações gerais sobre a adoção deste modelo assistencial no Brasil e, em especial, no Município do Rio de Janeiro, demonstrando como este campo de disputas interprofissional se constituiu nos últimos anos. Em seguida, apresentaremos e analisaremos as visões e reações de médicos e enfermeiros, entrevistados para este trabalho, sobre o advento da *Casa de Parto*. Desta forma, pretendemos identificar e analisar as possíveis conexões entre a regulamentação do *ato médico* e este modelo assistencial no Rio de Janeiro.

II – AS CASAS DE PARTO NO RIO DE JANEIRO (1999/2004): BREVE HISTÓRICO

No Brasil, as políticas de assistência ao parto e à gestante são parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu bojo, inserem-se os *Centros de Parto Natural* (CPN). Eles foram criados e regulamentados, através da Portaria MS/GM n.º 985, de 05 de agosto de 1999. Segundo esta Portaria, o *Centro de Parto Natural* se define como a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias, devendo estar vinculado às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de sua área de abrangência, especialmente às Unidades de Saúde da Família. A Portaria também estabelece normas e critérios de inclusão do *Centro de Parto Normal* no SUS. Define as atribuições, características físicas, lista de equipamentos mínimos e recursos humanos necessários ao seu funcionamento. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares (SIH/SUS), os grupos de procedimentos e procedimentos realizados no *Centro de Parto Normal* a serem remunerados pelo SUS. Para funcionar, o *Centro de Parto Natural* deve contar com uma equipe mínima composta por um enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, um auxiliar de enfermagem²⁸⁰, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância. Caso seja necessário, também poderá contar com equipe complementar composta por um médico pediatra ou neonatologista e um médico obstetra. Em outras palavras: o *Centro de Parto Natural* atua exclusivamente na assistência à gestação e ao parto, considerados de baixo-risco, devendo estar inserido no sistema local de saúde por meio dos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ele deve, ainda, funcionar em parceria com o nível de referência secundário (Centro Regional de Especialidades, Unidade Mista, Hospital local e/ou regional). Desta forma, a lei determina que nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, as gestantes e/ou recém-nascidos poderão ser encaminhados para os serviços conveniados com o SUS.

A elite da corporação médica não assistiu passiva a estes acontecimentos. Em razão da falta de consenso a respeito da criação das *Casas de Parto*, o “Grupo de Trabalho Materno-Infantil” do CREMERJ se reuniu, em maio de 2000, para discutir, dentre outras

²⁸⁰ Cabe mencionar que a Lei n.º 7.498/86, que regulamenta o exercício da Enfermagem, dentre outras coisas, permite, ao enfermeiro, o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto, bem como a execução do parto sem distócia. Além disso, a mesma lei regulamenta a função de Parteira.

questões, a atuação das enfermeiras obstetras nestes estabelecimentos. A proposta visava elaborar um conjunto de regras que delimitassem as esferas de atuação desta profissional na assistência materno-infantil. Segundo Abdu Kexfe, Coordenador do “Grupo de Trabalho Materno-Infantil” e, à época, Presidente do CREMERJ, esta discussão era relevante, porque:

“– É fundamental que os pacientes sejam informados que enfermeiras estão realizando partos, para que os médicos não sejam responsabilizados se acontecer alguma complicação. O erro médico em obstetrícia continua sendo a maior causa de processos no conselho e, agora, não podemos ser responsabilizados pelos erros de outros profissionais”²⁸¹.

Solidário à preocupação apresentada por Abdu Kexfe, o Conselheiro Bartholomeu Penteadó Coelho, membro da “Comissão de Defesa das Prerrogativas do Médico” (CODEPREM) e do Grupo de Trabalho Materno-Infantil, considerou *irresponsável* a Portaria MS/GM n.º 985/99, porque autorizava as enfermeiras obstetras a realizarem partos nas denominadas *Casas de Parto* sem a supervisão de médicos. Na sua opinião:

“– As enfermeiras, especializadas em obstetrícia, podem acompanhar o trabalho de parto, sob a supervisão do obstetra, que tem a responsabilidade civil e ética no procedimento. Nos dias de hoje, não é possível aceitar a assistência ao parto em outro lugar que não seja em maternidades. Nas *Casas de Parto*, podem acontecer mortes maternas e fetais, que seriam evitadas com um atendimento em maternidade, feito por toda a equipe de saúde”²⁸².

Dois meses depois, o CREMERJ manifestou notável competência política em convergir e organizar interesses corporativos. Em julho de 2000, o “Grupo de Trabalho Materno-Infantil” do CREMERJ convocou uma reunião para discutir a elaboração de uma resolução sobre a participação das enfermeiras obstetras na assistência ao parto. Desta reunião, assessorada por advogados do Conselho, participaram representantes da CODEPREM, da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro, do Hospital Universitário Antônio Pedro e do Instituto Fernandes Figueira.

Durante esta reunião, Abdu Kexfe apontou a importância de se proceder o levantamento de toda a legislação sobre o exercício profissional da enfermagem e da medicina, bem como sobre a atuação em equipe, para que não houvesse conflito entre a

²⁸¹ LIMITES na área de atuação: Cremerj pretende normatizar a atuação das enfermeiras obstetras. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, maio/2000, ano XII, n.º 116, Materno-Infantil, p. 07.

²⁸² *Ibidem*.

legislação vigente e a normatização proposta pelo CREMERJ. Nas palavras deste Conselheiro, então presidente:

“Já existe legislação que autoriza à enfermagem realizar alguns procedimentos médicos. Portanto, é fundamental trabalhar a resolução, baseando-se na regulamentação que envolve o assunto, verificando ainda as normas do Ministério da Saúde em relação à equipe”²⁸³.

Bartholomeu Penteado Coelho destacou, por outro lado, a importância do trabalho em equipe na área da saúde. Não obstante, considerou que, pelo fato de ter recebido uma formação voltada para a assistência como um todo, o médico deveria ser o responsável pelos diversos profissionais da equipe. Segundo ele, “o médico não pode abrir mão da sua posição como responsável pela equipe de saúde”²⁸⁴. No seu entender, a enfermeira obstetra “faz parte da equipe e pode realizar partos normais, contanto que sejam feitos sob a supervisão e orientação do médico”²⁸⁵.

Mantendo viva sua preocupação sobre a regulamentação das *Casas de Parto*, o CREMERJ publicou, em outubro de 2000, a Resolução n.º 160. Ela dispõe sobre a “responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multiprofissional, na Assistência Materno-Infantil”.

Podemos perceber nas palavras dos Conselheiros Abdu Kexfe e Bartholomeu Penteado e na promulgação da referida Resolução, a vontade de se estabelecer formalmente uma hierarquia na equipe de saúde, na qual o médico deveria ser o responsável pela equipe, fazendo o papel de tutor dos profissionais que a compõem. Neste sentido, o CREMERJ pretendia que a *expertise* do profissional médico prevalecesse sobre a dos demais profissionais da área de saúde. O fato de a medicina estar apoiada em uma *expertise* socialmente reconhecida ou ser a mais antiga dentre as profissões de saúde seria suficiente para justificar a autoridade dos médicos sobre a autonomia dos demais profissionais. Em outras palavras: apoiados numa idéia naturalizada do papel do médico e da medicina, estes Conselheiros entendiam que possuíam o legítimo direito de comandar a forma como os demais profissionais da equipe de saúde realizariam seu próprio trabalho.

²⁸³ INTROMISSÃO no ato médico: resolução do Cremerj vai normatizar as ações no parto. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, julho/2000, ano XII, n.º 118, Materno-Infantil, p. 05.

²⁸⁴ *ibidem*.

²⁸⁵ *Ibidem*.

Tal entendimento se fundamenta naquilo que Freidson²⁸⁶ denominou de *autoridade da expertise*. Na medida em que outras profissões de saúde conquistaram parcelas de um mercado de trabalho e que foram regulamentadas em Lei, os médicos foram perdendo a gerência sobre a autonomia dos profissionais não-médicos. Ao mesmo tempo, a fragilização da autoridade médica dentro da equipe de saúde se tornou mais evidente.

Insatisfeita com esta situação, a corporação médica vem tentando, através da publicação de Resoluções, manter sua hegemonia no campo da saúde. Por um lado, estas Resoluções objetivam retirar das mãos do médico a responsabilidade civil e penal por possíveis danos causados ao paciente pela atuação de profissional não-médico. Por outro, buscam preservar a exclusividade da execução de determinados procedimentos para o médico, no intuito de manter a subordinação das demais profissões de saúde. Dito de outra maneira: ao longo do tempo, a hegemonia do médico no Brasil tem se enfraquecido na mesma medida em que a *autoridade da expertise* da medicina vem sendo questionada por outros saberes e práticas regulamentados em Lei. De um lado, essa perda de autoridade vem limitando a interferência do médico na autonomia dos profissionais não-médicos. De outro, vem incrementando a publicação de Resoluções que buscam delimitar e regulamentar as atividades dos médicos, minimizando a perda de privilégios.

Cabe mencionar que, o ciclo de discussões sobre as atribuições da enfermagem obstétrica, promovido pelo Grupo de Trabalho Materno-Infantil do CREMERJ, intensificou-se no período em que o Ministério da Saúde instituía o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS. Este Programa foi criado e regulamentado pela Portaria MS/GM n.º 569/00. Ele é constituído por três componentes, saber: O Componente I visa incentivar a assistência pré-natal, estimulando os estados e municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos pelo SUS. O Componente II objetiva organizar e regulamentar a assistência obstétrica e neonatal. Ele tem dois objetivos: criar condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal e financiar o incremento da qualidade assistência e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos do SUS. Já o Componente III se traduz na nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Sua

²⁸⁶ FREIDSON, E. A *Profissionalização e a Organização do Trabalho de Classe Média na Sociedade Pós-Industrial*, pp. 133-144.

finalidade é melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema Informações Hospitalares do SUS²⁸⁷.

Os fatos mencionados acima revelam uma intenção governamental em institucionalizar as Casas de Parto e uma resistência da corporação médica à esta implementação. Na cidade do Rio de Janeiro, o movimento de institucionalização das *Casas de Parto* recebeu críticas de caráter semelhante.

Em setembro de 2002, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no intuito de implementar o modelo assistencial da *Casa de Parto*, publicou duas resoluções: a Resolução SMS. A primeira²⁸⁸ cria o grupo de trabalho para acompanhamento da implantação e implementação da *Casa de Parto* de Realengo, designando seus integrantes²⁸⁹. A segunda²⁹⁰ cria o grupo de trabalho responsável pela elaboração das normas e rotinas para implantação da *Casa de Parto*, ao mesmo tempo em que designa seus integrantes²⁹¹.

Estas medidas não foram bem recebidas pelo Grupo Materno-Infantil do CREMERJ. Adotando um tom crítico, Abdu Kexfe observou a importância de se oferecer ampla informação à população sobre as *Casas de Parto*:

“– A implementação de *Casas de Parto* deve ser discutida com a população, para que ela saiba por quem e como será atendida. Daí, a preocupação do Conselho em editar a Resolução 160/00, que estabelece que, em toda unidade em que a assistência

²⁸⁷ Estes Componentes foram regulamentados pelas Portarias MS/GM n.ºs 570, 571, 572, respectivamente.

²⁸⁸ Resolução SMS n.º 921, de 27 de setembro de 2002.

²⁸⁹ Foram designados para compor o grupo de acompanhamento da implantação *Casa de Parto* de Realengo: Maria Cristina Boaretto (Superintendente, da S/SSC), Katia Maria Netto Ratto (Coordenador II, da S/SSC/CPS), Marcos Augusto Bastos Dias (Gerente II, da S/SSC/CPS/GPM), Louise Mara Santos da Silva (Assistente I, da S/SSC/CPS), Antônio Carlos de Freitas Cavaliere D'Oro (Diretor III, do S/CAP-3.III/HMAF), Maria Luiza de Oliveira Castro (Coordenador II, da S/SSS/CAP-5.I), Alice de Carvalho Azevedo Vinhaes (Coordenador II, da S/CRH/DRH), Herbert Teixeira Cavalcanti (Coordenador I, da S/CIN), Sidney Beltrão de Souza Diniz (Superintendente, da S/SSS), Márcia Reis da Silva (Assessor III, da S/CRH/PRH), Maysa Ludovice Gomes (Professora Assistente Chefe do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Martha Andrade Vilela e Silva (Gerente II, da S/SSC/CPS/GPM), Luciene Ardente de Almeida da Rocha (Assistente I, matrícula 11/117 569-4), Rosa Maria Soares Madeira Domingues (Assessor-Chefe, da S/SSC/AVP). Cf. Resolução SMS n.º 921/02.

²⁹⁰ Resolução n.º 922, de 27 de setembro de 2002.

²⁹¹ São eles: Tânia Maria de Almeida Silva (Enfermeiro, da S/SSC/CPS/GPM), Edymara Tatagiba Medina (Enfermeiro, do S/SSS/CAP-1/IFM), Rita de Cassia Pontes de Matos – Enfermeiro, da S/SSS/CAP-4/MLD), Leila Gomes Ferreira de Azevedo – Enfermeiro, da S/SSS/CAP-4/MLD), Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe (Chefe I, do S/SSS/CAP-3.III/HMAF), Eliane Barreto dos Santos Coutinho (Chefe II, do S/SSS/CAP-3.III/HMAF), Maria de Fátima da Silva (Enfermeiro, do S/SSS/CAP-3.III/HMAF), Áurea de Fátima Duarte Mendes Leite (Enfermeiro, do S/SSS/CAP-3.III/HMAF), Mirian de Oliveira Gomes Gonçalves (Chefe II, da S/SSS/CAP-3.III/UHP), Maysa Ludovice Gomes (Professora Assistente Chefe do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Heloisa Ferreira Lessa (Enfermeira Obstétrica, Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Cf. Resolução SMS n.º 922/02.

ao parto também é realizada por enfermeira, o diretor técnico deve dar amplo conhecimento do fato às pacientes, através de cartazes²⁹².

Nesta ocasião, Abdu Kexfe também questionou a justificativa, oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde, para a contratação de enfermeiras em regiões como a Baixada Fluminense e a Zona Oeste. Segundo ele, as autoridades municipais argumentavam que, pelo fato de não haver médicos naquelas regiões, estariam contratando enfermeiras para dar assistência à população: “– No entanto, qual é a razão para não ter médico nessas regiões? E, porque colocar outros profissionais de saúde, ao invés de oferecer remuneração digna e condições adequadas para o médico trabalhar?”²⁹³.

À época, Marcos Augusto Bastos Dias, Gerente do Programa da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, rebateu as críticas, no próprio periódico do CREMERJ, e defendeu o modelo assistencial, afirmando que:

“As *Casas de Parto* são uma realidade nacional, já sendo sucesso em Juiz de Fora, São Paulo e Ceará. No Rio de Janeiro, há a proposta de se criar *Casas de Parto*, em Realengo, Vargem Pequena e outro lugar ainda indefinido, em convênio com o Ministério da Saúde”²⁹⁴.

No ano seguinte, o CREMERJ voltou a pressionar as autoridades visando impedir a criação de *Casas de Parto*. Seus representantes solicitaram ao Ministério Público providências em relação à saúde materno-infantil e às resoluções municipais promulgadas no ano anterior. A partir desta solicitação, o Ministério Público realizou Sindicância, convocando o Secretário Municipal de Saúde Ronaldo Cezar Coelho para prestar esclarecimentos sobre o projeto de implantação e implementação deste modelo assistencial no município. No entanto, a Sindicância não ocorreu em decorrência da ausência da autoridade à convocação. Pelo fato de não ter sido bem-sucedido nas negociações com a Secretaria Municipal de Saúde, o CREMERJ decidiu então entrar com uma ação na Justiça, para impedir a inauguração da *Casa de Parto* David Capistrano Filho, prevista para dezembro de 2003.

Somando-se a estas iniciativas, no mês de novembro, o Grupo Materno-Infantil do CREMERJ se reuniu com o objetivo de discutir outras estratégias para pressionar as

²⁹² MÉDICOS questionam *Casas de Parto*. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, outubro/2002, ano XV, n.º 145, Por dentro do Cremerj, p. 14.

²⁹³ *Ibidem*.

²⁹⁴ *Ibidem*.

autoridades municipais responsáveis pelas *Casas de Parto*. O coordenador do Grupo, Abdu Kexfe afirmou que, além da atuação do Ministério Público e das medidas judiciais, o Conselho buscava agendar uma reunião com o prefeito César Maia, para discutir a questão. Na ocasião, observou que, caso o agendamento não fosse possível, o CREMERJ solicitaria a audiência por meio de nota oficial publicada em jornal de grande circulação²⁹⁵.

Outra medida sugerida, na mesma ocasião, foi a realização de nova reunião com os representantes de Conselhos Distritais de Saúde²⁹⁶. Segundo Abdu Kexfe, anteriormente, os representantes dos Conselhos Distritais afirmaram desconhecer a forma como ocorreria o atendimento nas *Casas de Parto*. Preocupado com esta desinformação, Kexfe criticou os argumentos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde para justificar a ausência do médico na *Casa de Parto*:

“– Para justificar a ausência do médico nas Casas de Parto, técnicos da Secretaria Municipal de Saúde estão alegando que elas não são unidades de saúde e, o pior, que parto não é considerado ato médico, o que na visão do CREMERJ é um verdadeiro absurdo. Se a casa de parto do Município do Rio de Janeiro não é uma unidade de saúde, ela está contrariando a portaria do Ministério da Saúde, que diz exatamente ao contrário”²⁹⁷.

Em janeiro de 2004 o Jornal do CREMERJ voltou a carga sobre a proposta da *Casa de Parto*. Na oportunidade, a Presidente e Conselheira Márcia Rosa de Araújo, “alerta a população” para os perigos inerentes à criação de uma Casa de Partos “sem a presença indispensável de médicos”²⁹⁸. Segundo ela, esta iniciativa estaria em desacordo com a Lei Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e as normas técnicas de atendimento à mulher e à criança. O CREMERJ defendia a implantação de maternidades bem equipadas e com equipe multiprofissional composta por um número adequado de médicos e outros profissionais. Ao final, a Conselheira afirmou que a entidade buscaria os instrumentos

²⁹⁵ MP faz sindicância sobre *Casas de Parto*. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, novembro/2003, ano XVI, n.º 158, Enfoque especial, p. 03.

²⁹⁶ “Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”. Cf. Lei n.º 8.142/90, art. 1º, parágrafo 2º.

²⁹⁷ MP faz sindicância sobre *Casas de Parto*. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, novembro/2003, ano XVI, n.º 158, Enfoque especial, p. 03.

²⁹⁸ ALERTA à população. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, janeiro/2004, ano XVI, n.º 160, Materno-Infantil, p. 11.

legais “para impedir o absurdo da ‘Casa de Parto’ que levará a saúde materno-infantil da cidade do Rio de Janeiro a um retrocesso inaceitável no século 21”²⁹⁹.

Apesar destas pressões, a Secretaria de Municipal de Saúde promulgou a Resolução SMS n.º 1041, de 11 de fevereiro de 2004, que institucionaliza as *Casas de Parto* na cidade do Rio de Janeiro. Esta iniciativa integra o programa de expansão de maternidades da Prefeitura e tem como referência a Portaria MS/GM n.º 985/99. Ela define as atribuições técnicas e os recursos humanos, bem como estabelece os protocolos de acompanhamento pré-natal, admissão e transferência de gestantes, assistência e transferência de recém-nascidos necessários para o funcionamento desta unidade de saúde.

Em razão disso, a *Casa de Parto* passa a integrar um sistema de saúde que presta assistência às gestantes com gravidez de baixo risco, devendo atuar obrigatoriamente em parceria com uma Maternidade de Referência (MR) e com as Unidades de Saúde da Área Programática a que pertence. Neste sentido, conforme a Resolução SMS n.º 1041/04:

“A Casa de Parto (...) prestará assistência às mulheres de uma região adscrita³⁰⁰ que para lá forem referidas com o diagnóstico inicial de gestação de baixo risco e que assim evoluírem até o momento do nascimento do recém-nascido não possuindo, portanto, as características de uma Unidade aberta para o atendimento de urgências ou emergências médicas”³⁰¹.

Com a adoção deste modelo assistencial, a prefeitura pretende reduzir a taxa de mortalidade materno-infantil e oferecer uma assistência humanizada à gestante e ao recém-nascido, desde o pré-natal até o pós-parto.

No dia 08 de março de 2004, a prefeitura da cidade do Rio de Janeiro inaugurou a primeira *Casa de Parto* do município, no bairro de Realengo, Zona Oeste da cidade. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a *Casa de Parto*, batizada com o nome do médico David Capistrano Filho, foi projetada para realizar 100 partos e 280 consultas por mês. Em termos arquitetônicos, o dimensionamento dos cômodos e do mobiliário tem como objetivo reproduzir um ambiente familiar e aconchegante para a gestante e seus acompanhantes. De acordo com o Secretário Municipal de Saúde, Ronaldo Cezar Coelho,

²⁹⁹ ALERTA à população. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, janeiro/2004, ano XVI, n.º 160, Materno-Infantil, p. 11.

³⁰⁰ Área de abrangência do Serviço de Saúde.

³⁰¹ Cf. Resolução SMS n.º 1041, de 11 de fevereiro de 2004.

“a Casa de Parto é uma opção para as mulheres que quiserem ter o filho de forma mais humanizada”³⁰².

Com a inauguração da primeira Casa de Parto, os embates entre médicos e enfermeiros ficaram ainda mais acirrados e ganharam visibilidade pública. Em matéria publicada no *Jornal do CREMERJ*, de janeiro de 2004, o Grupo Materno-Infantil da entidade, reafirma sua posição contrária à implementação das *Casas de Parto* no Rio de Janeiro, indicando a ilegalidade da proposta. Fazendo referência ao Decreto-Lei n.º 20.931³⁰³, de 1932, o Grupo argumenta que não pode haver unidade de saúde sem a presença de um médico responsável. A reportagem ressalta que, para viabilizar a proposta, a Secretaria Municipal de Saúde contrariou a referida legislação ao alegar que a *Casa de Parto* não é “unidade de saúde” e sim uma “unidade familiar”. Abdu Kexfe, membro da direção do CREMERJ, considerou o argumento das autoridades municipais pouco convincente. Nas suas palavras:

“– Essa discussão da casa de parto não pode ser confundida como uma questão menor, corporativa. Ela embute, na realidade, uma agressão muito grande ao ato médico e aos interesses da população. Ninguém nesse planeta pode achar que deva ser atendido em relação à saúde por outro profissional que não seja o médico. Todos os demais profissionais da área têm a sua função na equipe de saúde, mas o médico é fundamental”³⁰⁴.

Interessante é notar que este representante corporativo, embora questione a ausência do profissional médico na *Casa de Parto*, esforça-se para que esta discussão não seja vista como apenas uma luta corporativa. Estrategicamente, por um lado, enfatiza a importância do médico para a manutenção da qualidade da assistência, mas não desqualifica a enfermeira obstetra, sua concorrente direta. Por outro, afirma que *ninguém* pode pensar em atenção à saúde sem pensar no médico, oferecendo a noção de que estes conceitos são complementares. Na sua opinião, a preocupação em manter uma imagem do médico como líder, dentro e fora da equipe de saúde, não implica em um ataque direto aos concorrentes, mas sim demonstra que o médico é o profissional mais capacitado a cuidar da saúde da população.

³⁰² THOMÉ, Clarissa. Prefeitura do Rio inaugura a polêmica Casa de Parto. [on-line]. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/print/2004/mar/08/122.htm>>. Acesso em: 22 de mar. 2004.

³⁰³ Este Decreto-Lei regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.

³⁰⁴ CRIAÇÃO de *Casas de Parto* contraria a lei e a ciência. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, janeiro/2004, ano XVI, n.º 160, Materno-Infantil, pp. 10-11.

Reagindo às iniciativas do CREMERJ, Gilberto Linhares – Presidente do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – publicou, no jornal *O Globo*, um artigo intitulado “Contra a reserva de mercado”³⁰⁵. Nele, o autor afirma estar “espantado com a atitude do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro”. Por um lado, surpreendeu-se com grande investimento em publicar um alerta contra a iniciativa da Prefeitura de inaugurar *Casas de Parto*. Por outro, espantou-se com o desconhecimento da corporação médica sobre a quantidade de *Casas de Parto* em funcionamento no país.

Gilberto Linhares criticou a denominada “indústria da cesárea”, destacando que este procedimento cirúrgico envolve riscos e sofrimento para a gestante, além de requerer a assistência de diversos profissionais, tais como: enfermeiros, obstetra, anestesista e instrumentador. Todo este aparato aumenta os gastos do Sistema Único de Saúde. Em sua opinião, esta *indústria* vem perdendo força devido à crescente procura pelas *Casas de Parto*. O Presidente do COFEN também criticou a posição do CREMERJ, que condicionou a realização do parto à supervisão médica e rejeitou as *Casas de Parto*. Em sua análise, observou que, por trás desta posição, existe um interesse pela reserva de mercado e o desconhecimento da Lei n.º 7.498/86, que regulamenta a Enfermagem.

Cabe mencionar que poucos dias antes da publicação desta resposta, o Ministério Público promoveu uma Audiência Pública para discutir as questões relacionadas à implantação e à implementação das *Casas de Parto* no Rio de Janeiro³⁰⁶. Esta Audiência foi uma consequência da representação encaminhada pelo CREMERJ ao Ministério Público Estadual. Ela contou com a participação de representantes de diferentes segmentos da sociedade: CREMERJ, Ministério Público, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Associação Brasileira de Enfermeiros e Obstetizes (ABENFO), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Conselho Regional de Enfermagem, Sindicatos dos Enfermeiros, entidades de defesa e humanização do parto e nascimento (ReHuNa³⁰⁷, Frente Pró *Casas de Parto*, Associação Nacional de Doulas³⁰⁸), usuárias, entre outros. De acordo com Vera Regina de Almeida, Promotora de Justiça, a audiência pública “visa discutir se a *Casa de Parto*, embora atenda a partos normais, em

³⁰⁵ LINHARES, Gilberto. Contra a reserva de mercado. [on-line] Disponível em: <<http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2004/02/275074.shtml>>. Acesso em: 29 de nov./2004.

³⁰⁶ Esta audiência foi realizada no dia 04 de fevereiro de 2004.

³⁰⁷ Rede pela Humanização do Parto e Nascimento.

³⁰⁸ A palavra “doula” vem do grego “mulher que serve”. Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. Informação retirada de: <<http://www.doulas.com.br/doulas.html>>. Acesso em: 29 de nov./2004.

caso de emergência, tem aparelhagem suficiente para manter a vida do recém-nato até a chegada do médico”³⁰⁹.

Na opinião de Abdu Kexfe, durante a audiência, a Secretaria Municipal de Saúde buscou convencer os presentes de que, nas *Casas de Parto*, as gestantes são bem tratadas e respeitadas pelas enfermeiras, diferentemente do que ocorre no atendimento com médicos. Na opinião deste Conselheiro, “o clima era apelativo-emocional, mas o Ministério Público tratou do assunto de forma séria e profissional e não se impressionou com isto”³¹⁰.

De maneira geral, a Audiência possibilitou um debate amplo que deu maior visibilidade pública aos interesses da corporação médica, dos enfermeiros e da Secretaria Municipal de Saúde. Depois deste evento, o Ministério Público realizou visitas às Maternidades Alexander Fleming e Leila Diniz e à *Casa de Parto* David Capistrano Filho - à época em construção. Além disso foram publicados outros dois documentos: o artigo “Retrocesso Secular”³¹¹ do CREMERJ e a “Carta-Resposta”, publicada pela Frente Pró *Casas de Parto*³¹².

O artigo “Retrocesso Secular”, veiculado pelo CREMERJ na imprensa médica e leiga, em fevereiro de 2004, representa mais uma estratégia para impedir a implantação das *Casas de Parto* na cidade do Rio de Janeiro. De acordo com o texto, a proposta das “*Casas de Parto*”: “não é um avanço para a assistência materno-infantil e sim uma maneira de desviar a atenção da situação caótica em que se encontra a saúde do município”³¹³. Em linhas gerais, o artigo aponta para as irregularidades do projeto das *Casas de Parto*. No seu entender, o projeto está em desacordo com “a Lei n.º 20.931/32, o Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como com a ciência e o bom senso, colocando em risco parturientes e recém-natos sem mudar qualquer indicador da assistência materno infantil na cidade do Rio de Janeiro”³¹⁴. Para o CREMERJ, a prefeitura, ao defender a abertura de *Casas de Parto*, utiliza alegações “anticientíficas” e expõe o sentimento “antimédico” da Secretaria Municipal. Apropriando-se do discurso científico, destaca que “não há gravidez e parto sem riscos”. Para os articulistas, este fato não vem sendo considerado pela prefeitura

³⁰⁹ CREMERJ ratifica posição contra casa de parto. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, fevereiro/2004, ano XVII, n.º 161, Materno-Infantil, p. 10.

³¹⁰ *Ibidem*.

³¹¹ CREMERJ. Retrocesso Secular. [on-line]. Disponível em:<<http://www.cremej.com.br/noticias>>. Acesso em: 20 de out. 2004.

³¹² Ofício Circular, protocolado em 1º de março de 2004.

³¹³ CREMERJ. Retrocesso Secular. [on-line]. Disponível em:<<http://www.cremej.com.br/noticias>>. Acesso em: 20 de out. 2004.

³¹⁴ *Ibidem*.

quando propõe o atendimento fora de instituições hospitalares tradicionais. Nesta perspectiva, afirmam que “o atendimento feito por enfermeiras obstetrizes sem a presença de médicos no parto é um retrocesso secular que ignora a obstetrícia moderna, negando às mulheres e bebês atendimento digno, de qualidade e amparado na ciência”³¹⁵. O texto se encerra com uma dura crítica à política municipal de saúde. O CREMERJ chama atenção para o fato de a *Casa de Parto* não ser considerada, pela prefeitura, unidade de saúde e solicita providências para o abandono em que se encontra a rede de maternidades do município do Rio de Janeiro.

A resposta foi dada pela *Frente Pró Casas de Parto* em forma de Ofício Circular, protocolado em 1º de março de 2004 no CREMERJ, no Ministério Público, na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e na 1ª Vara de Infância e Juventude. Segundo os autores, o documento também seria enviado para todos os Conselhos Regionais de Medicina, para a mídia local, regional e nacional. Nele, a *Frente Pró Casas de Parto* se declara representante das usuárias do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro, e propõe a esclarecer “as diferenças entre os locais e procedimentos realizados nos partos, em hospitais e em *Casas de Parto*, sem tendenciosismos e inverdades”³¹⁶. De acordo este documento, as mulheres não devem ser obrigadas a parir em ambiente hospitalar ou fora dele, mas sim informadas sobre os riscos e benefícios inerentes ao parto, para que possam escolher o local mais adequado às suas necessidades. Afirma também que a *Casa de Parto* representa “uma opção para as mulheres brasileiras” e não um “substituto para as maternidades”. Ao longo do texto, a *Frente Pró Casas de Parto* recupera o discurso científico para destacar as vantagens da *Casa de Parto* e rebater as críticas do CREMERJ.

“Obviamente não há partos sem riscos, e nem vida sem risco. Portanto, é um direito nosso não tratar a exceção como regra, já que o parto é um evento fisiológico, natural, e mais de 90% das mulheres estão capacitadas a parir em meio familiar, com uma parteira/enfermeira experiente. Não podemos negar o valor da tecnologia existente e da excelência médica para os casos patológicos que eventualmente acontecem antes, durante e após o parto. Por isso as *Casas de Parto* têm um hospital de referência a minutos de distância, e dispõem de uma ambulância 24 horas com motorista para as raras remoções que se fizerem necessárias”³¹⁷.

³¹⁵ CREMERJ. Retrocesso Secular. [on-line]. Disponível em:<<http://www.cremelj.com.br/noticias>>. Acesso em: 20 de out. 2004.

³¹⁶ Ofício Circular Frente Pró *Casas de Parto* n.º 03, de 27 de fevereiro de 04. Carta-Resposta ao texto *Retrocesso Secular*, do CREMERJ.

³¹⁷ *Ibidem*.

O artigo ainda ressalta a inexistência de mortes de gestantes nas *Casas de Parto* em funcionamento no Brasil. Afirma que, nestes estabelecimentos, os índices de remoções e cesáreas são muito baixos. Para finalizar, os autores questionam os altos índices de cesáreas realizadas em maternidades particulares do Rio de Janeiro e o crescente volume de processos contra médicos obstetras: “Não queremos com isso provar que nenhum médico é necessário, mas sim que os motores que movem a preocupação desses representantes do Cremerj em relação às *Casas de Parto* podem não ser exatamente a segurança das mulheres...”³¹⁸.

As informações apresentadas, até o momento, possibilitam estabelecer algumas considerações gerais sobre as posturas corporativas adotadas por médicos e enfermeiros. O advento da *Casa de Parto* criou um campo de disputas por privilégios. De um lado, estão aqueles médicos que se posicionam contra as *Casas de Parto*. Cabe lembrar que não há consenso entre os médicos a respeito desta questão. De outro, estão enfermeiros, alguns médicos, representantes da sociedade civil e do Poder Público que, em âmbito nacional e municipal, defendem este modelo assistencial.

Quanto aos médicos contrários à *Casa de Parto*, podemos perceber que utilizaram diferentes estratégias para negociar e convencer seus pares, a população e as autoridades. Fizeram aquilo que a Sociologia das Profissões denomina *auto-regulação*. Para defender uma posição comum no campo político, alguns representantes legais da corporação médica promoveram reuniões para apresentar e discutir a questão da implantação de *Casas de Parto*. Estas reuniões permitiram identificar os que se opunham e os que defendiam a proposta da *Casa de Parto*. Por um lado, isso aumentou a coesão entre os críticos, e por outro, impeliu os defensores a se unirem para o estabelecerem medidas que favorecessem a implantação deste modelo assistencial.

Da parte dos médicos reunidos em torno do CERMERJ, podemos perceber visível preocupação com a perda de privilégios que a *Casa de Parto* poderia acarretar para um determinado grupo de médicos, composto por anestesistas, pediatras e obstetras. Segundo os argumentos apresentados, estes profissionais estariam sendo excluídos da equipe de saúde, acarretando prejuízos para a assistência à mãe gestante. Neste sentido, observamos que tal preocupação tem raízes na necessidade de se preservar o monopólio da execução de

³¹⁸ Ofício Circular Frente Pró *Casas de Parto* n.º 03, de 27 de fevereiro de 04. Carta-Resposta ao texto *Retrocesso Secular*, do CREMERJ.

determinados procedimentos na assistência ao parto e manter a hegemonia médica neste setor.

Desta forma, estes críticos, organizados em torno de um interesse comum e representados por uma prestigiada entidade corporativa, conquistaram um alto grau de coesão, de credibilidade e prestígio social. Por um lado, esta unidade interna ampliou a capacidade de negociação e convencimento deste grupo, tornando-o capaz de tomar decisões em nome do conjunto dos profissionais médicos. Por outro, o consenso construído ideologicamente pela elite médica reunida em torno do CREMERJ, conferiu à corporação melhores condições de defender seu monopólio no mercado de trabalho, mantendo os concorrentes sob constante vigilância e as autoridades, sob pressão.

Já entre os enfermeiros, autoridades, representantes da sociedade civil e demais defensores do modelo assistencial preconizado pelas *Casas de Parto*, percebemos a formação de uma aliança em torno de um interesse comum, organizada por motivos diferentes. O Ministério da Saúde, por um lado, inseriu este modelo no bojo das políticas públicas de assistência à saúde da mulher, objetivando a redução do número de cesáreas e à humanização da assistência ao parto-puerpério. Para regulamentar estas políticas, foram publicadas diretrizes normativas que atribuíram competências aos enfermeiros obstetras e incluíram os procedimentos realizados por estes profissionais nas Tabelas de pagamento do Sistema Único de Saúde. Estas medidas provocaram a reação de alguns médicos que, prevendo uma possível perda de autonomia e hegemonia na assistência ao parto, acabaram se posicionando contra a criação das *Casas de Parto*. Os representantes da Enfermagem se posicionaram. Eles se organizaram para defender os interesses da categoria e rebater as críticas dos opositores da *Casa de Parto*. Criaram, então, o denominado *Movimento pelas Casas de Parto*, grupo que reúne entidades como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas (ABENFO), a Associação Nacional de Doulas (ANDO) e a Rede Feminista de Saúde, entre outras.

Feito este breve resgate do processo histórico de implantação das *Casa de Parto* no Brasil, particularmente na cidade do Rio de Janeiro, seguido de algumas considerações de ordem sociológica, poderemos passar a analisar as posições assumidas por nossos entrevistados sobre as *Casa de Parto*.

III – MEDIANDO O DEBATE ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Neste segmento, serão analisadas as posições assumidas por alguns de nossos entrevistados sobre a *Casa de Parto*. Seguindo a perspectiva metodológica iniciada no capítulo anterior, agruparemos as visões sobre este tema e identificaremos as possíveis conexões entre este modelo assistencial e a regulamentação do *ato médico*.

Como foi mencionado no capítulo anterior, Aloísio Tibiriçá e Mauro Brandão integram a elite corporativa da profissão médica. Marcos Dias é o médico obstetra que coordena o programa das *Casas de Parto* na Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Gilberto Linhares e a Prof.^a Maria Antonieta Tyrrell compõem respectivamente a elite corporativa e intelectual dos enfermeiros de nosso país. Por esta razão, nos depoimentos, que nos prestaram, constam perguntas sobre a constituição e funcionamento da *Casa de Parto*. Na organização do roteiro da entrevista procuramos identificar, inicialmente, como cada entrevistado apreende e avalia este modelo assistencial. Em seguida, os depoentes foram questionados sobre possíveis conseqüências da *Casa de Parto* para sua categoria profissional. Finalmente verificamos se eles perceberam conexões entre a *institucionalização das Casas de Parto* e a regulamentação do *ato médico*. Com isso, buscamos maiores subsídios para alimentar o debate entre os depoentes.

Mantendo a postura metodológica desenvolvida no capítulo anterior, os depoimentos serão analisados a partir de três eixos temáticos, a saber: *Avaliação*, *Interferência* e *Conexão*. No eixo *Avaliação*, serão apresentadas e analisadas as opiniões dos depoentes acerca dos interesses e motivações subjacentes à criação das *Casas de Parto*. No eixo *Interferência*, nossa atenção estará voltada para perceber como os depoentes avaliam a interferência da *Casa de Parto* na autonomia de seu exercício profissional. No eixo *Conexão*, será verificado se os depoentes percebem conexões entre a regulamentação do *ato médico* e a criação da *Casa de Parto*.

Considerando-se que a *Casa de Parto* se apresenta como um campo de disputas por privilégios e interesses entre médicos e enfermeiros, os depoentes serão distribuídos em duas categorias: *opositores* e *defensores* do programa. De um lado, estão os *opositores*, Aloísio Tibiriçá e Mauro Brandão: representantes da corporação médica. Eles rejeitaram e criticaram o modelo de assistência adotado na *Casa de Parto*. De outro, os *defensores*. Este grupo é constituído por Gilberto Linhares e Maria Tyrrel, representantes corporativos da

enfermagem e pelo médico obstetra Marcos Dias, Gerente do Programa de Assistência à Saúde da Mulher do Município do Rio de Janeiro. Amparados em razões distintas, manifestaram-se favoráveis da *Casa de Parto*.

1. Avaliação

Opositores

Em linhas gerais, os depoimentos de Aloísio Tibiriçá e Mauro Brandão foram muito semelhantes. Eles utilizaram quatro argumentos distintos para combater a institucionalização das *Casas de Parto*. O primeiro é de caráter científico, o segundo é operacional, o terceiro é financeiro e o último é legal.

O primeiro argumento de combate às *Casas de Parto* ampara-se, portanto, no desenvolvimento científico da medicina e da obstetrícia.

Aloísio Tibiriçá, por exemplo, demonstra visível insatisfação com a proposta da prefeitura de implantar este tipo de serviço no Município do Rio de Janeiro. Nas suas palavras:

“– Um absurdo! A mulher e a Ciência conquistaram anos de qualidade assistencial, de estudos sobre a questão do parto, sobre complicações que pode haver, para regredir no tempo em plena Cidade do Rio de Janeiro – século XXI – e montar um ‘Centro de Parto’, com enfermeira fazendo parto!. Elas sabem, as enfermeiras, com todo respeito, que não têm condição de atuar em complicação de parto”³¹⁹.

Brandão desenvolve um raciocínio semelhante. Quando perguntado sobre a *Casa de Parto*, declara com firmeza que: “– a idéia da casa de parto é um retrocesso histórico fantástico. Uma grande – eu não vou dizer – besteira, porque ela tem um sentido deliberado”³²⁰. Segundo ele, a *Casa de Parto* pretende ser um local, onde enfermeiros obstetras realizam partos e as parturientes são acompanhadas por enfermeiros, sem médicos. Na sua avaliação, esta situação remonta a época em que, por carência de

³¹⁹ Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

³²⁰ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

assistência médica especializada, parteiras e obstetrias realizavam a grande maioria dos partos.

Apesar de reconhecer o valor social da parteira, Brandão observa que, no passado, a mortalidade materna e fetal, ocasionada por complicações do parto, era mais elevada do que nos dias atuais. Explica que:

“com o desenvolvimento da Obstetrícia, como ciência médica cirúrgica, muitas complicações do parto passaram a ser evitadas por técnicas novas, modernas, que foram sendo desenvolvidas para tentar corrigir essas distorções e salvar a mãe e a criança”³²¹.

Neste sentido, Mauro Brandão reafirma que a *Casa de Parto* é um retrocesso, porque não está adequada para atender emergências. Ele avalia que, para melhorar a assistência materno-infantil, faz-se necessário valorizar e dar nova configuração às maternidades.

A discussão sobre a relação entre o desenvolvimento da obstetrícia e a diminuição da mortalidade infantil decorrente do parto está no centro dos argumentos contrários e favoráveis à institucionalização das *Casas de Parto*. O segundo argumento, como dissemos, é de caráter operacional.

Tibiriçá, por exemplo, preocupado com os riscos relacionados ao parto, entende que a *Casa de Parto* não está preparada para atender possíveis complicações, dizendo: “– Não me venha com ambulâncias! Porque o tempo entre a vida e a morte, num caso desses, pode ser muito pequeno. Então, tem que ter [médico]”³²².

Podemos supor que a referência às *ambulâncias* se justifica no fato de as *Casas de Parto* não estarem equipadas com meios de transporte suficientemente ágeis para transportar as gestantes e os recém-nascidos para um hospital próximo, onde o atendimento de emergência deve ser ministrado por médicos.

Brandão não contesta o fato de o enfermeiro estar habilitado para executar o parto normal eutócico³²³. Contudo, entende que a presença do médico é indispensável para diagnosticar eventuais problemas que possam surgir durante o período gravídico-puerperal. Nas suas palavras:

³²¹ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

³²² Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

³²³ Parto normal que não apresenta complicações ou intercorrências.

“– É preciso que se entenda que não pode existir uma casa de parto sem um centro cirúrgico do lado, com um obstetra de plantão, um anestesista, um pediatra, para justamente poder atuar nessas intercorrências. (...) Porque as urgências obstétricas, elas são... extremamente graves. Não esperam nada. Não adianta dizer que bota uma ambulância na porta para remover para uma maternidade próxima, porque ela não espera. Uma circular de cordão, um descolamento prematuro de placenta, são acidentes obstétricos graves que têm que ter a correção na hora”³²⁴.

No intuito de ressaltar a importância da presença do médico no acompanhamento da gestante, do pré-natal ao parto, e o perigo representado por sua ausência, mesmo tendo uma ambulância disponível, Mauro Brandão cita o caso da morte de uma gestante e de seu bebê, ocorrido numa *Casa de Parto* de São Paulo, denunciado pela *Revista IstoÉ*³²⁵, em outubro de 2002. Segundo ele, durante o parto, a gestante sofreu uma crise de eclâmpsia³²⁶, porque o enfermeiro, responsável pelo pré-natal, não tinha o diagnóstico de hipertensão arterial da paciente: “– ela desenvolveu o quadro de eclâmpsia, não tinha médico na casa de parto, faleceram a mãe e a criança”³²⁷. O Hospital, apesar de estar localizado nas proximidades da *Casa de Parto*, não foi alcançado à tempo pela ambulância disponível.

O argumento financeiro foi apresentado, sobretudo por Tibiriçá. No seu entender, a ausência de médicos na *Casa de Parto* é uma decorrência da política do Banco Mundial, adotada pelo Ministério da Saúde, para baixar os custos da assistência à população mais pobre: “– Será que [a *Casa de Parto*] é a aplicação do Banco Mundial, a baixo custo? Para o pobre, bota a enfermeira que serve?! É! Deve ser isso! Por que não bota em Ipanema? Foi botar lá para os pobres não sei da onde!”³²⁸.

Este depoente se refere ao fato das *Casas de Parto* da cidade do Rio de Janeiro estarem sendo planejadas e construídas em bairros habitados por uma população de baixa renda e distante, como é o caso de Realengo.

Em termos financeiros, denuncia o pequeno número de partos realizados por dia, o que eleva o custo do serviço. Aloísio Tibiriçá condena a maneira como a *Casa de Parto* vem sendo tratada pelas autoridades municipais. No seu entender, elas não são um

³²⁴ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

³²⁵ BOCK, Lia & TARANTINO, Mônica. – Guerra Branca, in.: *Revista IstoÉ*. Seção Medicina & Bem-Estar. [on-line] Disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/1722/medicina/1722_guerra_branca.htm>. Acesso em: 03 de dez./2004.

³²⁶ Crise convulsiva, causada pela elevação da pressão arterial, que pode ocorrer em mulheres durante a gestação, parto ou puerpério.

³²⁷ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

³²⁸ Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

acontecimento social como se apregoa. Além disso, o número de partos realizados diariamente nestes estabelecimentos é, no seu entender, muito baixo:

“– [falam de] Casa de Parto... como se fosse um acontecimento social. É um [parto] por dia, não sei se fazem. É uma quantidade muito pequena. Por semana, são dois ou três. Agora, no dia que der uma complicação, quem tiver lá fazendo o parto vai ser responsabilizado!”³²⁹.

O números que a administração da *Casas de Parto* dispõem não coincidem com os apresentados por este depoente. Seus números compõem sua estratégia discursiva de descaracterizar o programa. Por outro lado, cabe salientar que a visão predominante nestas instituições sobre do processo de natalidade valoriza o processo natural de concepção, onde a indução é evitada. Com isso, o ritmo e a quantidade de mulheres que tem filhos em uma Casa de Parto é menor que o observado em clínicas obstétricas onde a cesariana é utilizada como técnica predominante.

Tibiriçá e Brandão dão uma ênfase muito grande ao aspecto legal da questão.

Tibiriçá, por exemplo, entende que a legislação que regulamenta a *Casa de Parto* contraria outra, que obriga a presença de médico pediatra e anestesista na sala de parto: “– É contrariar a Portaria do próprio Ministério, que embasou a Casa de Parto. Esta Portaria não é do governo Lula, é antiga. Mas o governo Lula está aplicando tudo direitinho. Não mudou nada!”³³⁰.

Baseado neste argumento, informa que entidades médicas entraram com uma ação na Justiça Comum e no Ministério Público, solicitando o cumprimento da legislação vigente. Tibiriçá conta que, em atenção a estas solicitações, foi lavrada uma sentença que tornou obrigatória as presenças do médico obstetra, do anestesista e do pediatra na *Casa de Parto*.

Usando o mesmo argumento legal, Brandão apresenta uma outra preocupação. Neste caso, lembra a questão da responsabilização civil e penal de um atendimento mal-sucedido, como foi o verificado na *Casa de Parto* paulista, mencionado anteriormente. Brandão apresenta as seguintes perguntas:

“– quem será responsabilizado por esta morte? Quem deveria ter feito o diagnóstico e não fez, se não tinha médico? Quem deveria ter garantido as condições para intervir na intercorrência, no caso da crise de eclâmpsia que essa senhora teve na

³²⁹ Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

³³⁰ *Ibidem*.

hora do parto, quando não tinha médico nem centro cirúrgico, à disposição na casa de parto? Quem responde por isso? É a grande interrogação”³³¹.

As declarações Aloísio Tibiriçá e Mauro Brandão assemelham-se neste sentido. Ambos consideram que a criação das *Casas de Parto*, sem a presença de médicos, é um equívoco, porque, além de contrariar a legislação vigente, exclui o médico da assistência e põe em risco a população. Embora não questionem a competência do enfermeiro obstetra no que diz respeito à realização de partos eutócicos, entendem que isso não deve ocorrer sem a supervisão de médicos que poderão atuar em caso de complicações. Neste sentido, a preocupação com a questão da responsabilidade penal e civil do médico também faz parte do discurso de ambos.

Defensores

Em linhas gerais, os depoimentos de Gilberto Linhares, Maria Antonieta Tyrrell e Marcos Dias foram também muito semelhantes. Eles utilizaram quatro argumentos distintos para defender a institucionalização das *Casas de Parto*. O primeiro é de caráter científico e filosófico, o segundo é operacional, o terceiro é financeiro e o último é legal.

Em termos científicos e filosóficos, os defensores da Casa de Parto apresentam sua visão natural e contrária à medicalização da natalidade.

Para demonstrar a vantagem do parto natural em relação à cesárea, Linhares explica, por exemplo, a diferença entre as estatísticas apresentadas pelas *Casas de Parto* e as maternidades. Segundo ele, o parto natural eutócico exige duas coisas que o médico não tem: “tempo e amor”. Linhares observa que, ao chegar à maternidade, é comum a mulher é orientada a retornar para casa, porque o alarme é considerado falso. Contudo, acrescenta o depoente: “(...) a mulher mal chega em casa, estão lá as dores. E todo mundo que já teve filho sabe disso: vai e volta, vai e volta. Só que aquilo nada mais é que um trabalho de parto, uma evolução natural de parto”³³².

Segundo Linhares, na *Casa de Parto*, a mulher recebe a atenção de um enfermeiro que passa a acompanhá-la e orientá-la, até o momento do nascimento da criança. Diferentemente do que acontece na maternidade, observa que o trabalho de parto pode se

³³¹ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

³³² Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

estender por um longo tempo. Neste sentido argumenta: “– Qual o médico que tem paciência de ficar 10, 12 horas ao lado de uma cliente? Nenhum deles! É mais prático você chegar com a dor, ele não quer ter trabalho, te bota numa mesa, te corta, faz a cesárea. Porque, em 15 minutos, a cesárea acaba”³³³.

Linhares, ao se referir a falta de *paciência* do médico está, no nosso entender, denunciando a perda dos parâmetros subjetivos que tradicionalmente ampararam a prática médica.

A implementação de projetos semelhantes à *Casa de Parto* podem ser observados em outra realidade nacionais. A Prof.^a Tyrrell observa que a idéia da *Casa de Parto* foi adotada e implementada, há muito tempo, em vários países, especialmente, onde existe uma grande participação das enfermeiras na parteria³³⁴. No Brasil, este modelo assistencial demorou a ser adotado. Para Tyrrell a recente implementação da *Casa de Parto* se deve à influência de algumas lideranças ligadas ao movimento da “Rede Nacional de Humanização do Nascimento” (ReHuNa).

Esta professora recorda que, uma das primeiras iniciativas de ruptura do modelo biomédico, na Enfermagem, ocorreu no Brasil na década de 1980, graças ao trabalho de uma parteira alemã chamada Angela. Tyrrell aponta que esta parteira atuava na favela Monte Jesus, na periferia de São Paulo. Segundo a depoente:

“[Lá] ela atendia da forma como tinha aprendido na Alemanha. (...) Ela foi semeando algumas coisas no movimento das enfermeiras, que já vinha se caracterizando como um movimento para uma ruptura com o modelo biomédico”³³⁵.

Tyrrell resgata a História e os nomes de alguns movimentos e líderes, pioneiros no Brasil, da luta pelas Casas de Parto. No Ceará, por exemplo, ela lembra o movimento do médico José Galba de Araújo que trouxe parteiras de lugares distantes, aonde nem médico ou enfermeiro chegavam, para treiná-las e capacitá-las dentro de maternidades. Em Goiás, na cidade de Ceres, destaca o trabalho desenvolvido na *Casa de Ceres* por uma obstetra, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Em São Paulo, menciona a *Casa de Parto* de Sapobemba, primeira do Brasil, fruto do trabalho do médico David Capistrano Filho. Em

³³³ Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

³³⁴ Segundo a depoente, *parteria* é a grande ciência dos partos, que possibilita estabelecer uma relação de ajuda com a mulher que vai parir.

³³⁵ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

Minas Gerais, o Hospital Sofia Feldman, onde trabalham enfermeiras que fazem o parto normal e contam com uma equipe para atender as possíveis complicações. No Rio de Janeiro, cita o movimento liderado pela Secretaria Municipal de Saúde, que incentiva a realização de partos por enfermeiras dentro de maternidades e hospitais.

Em todas estas experiências o que estava em discussão, no seu entender, era o modelo biomédico de atendimento à parturiente.

“– Na minha opinião, [a casa de parto] como ruptura do modelo biotecnologista, biomédico, biotecnológico, vai ser uma excelente oportunidade de ensino para os especialistas e para outros profissionais. (...). Porque, quando a gente diz que o parto é ato médico, a gente tem que ser contrária – particularmente, quem é mulher. Antes de mais nada, parto é um ato fisiológico da mulher. Provem o contrário! Então, eu acho que, na verdade, o que nós temos que ter, na casa de parto, é um cuidado de qualidade da enfermagem, para assistência à parturiente e ao nascimento”³³⁶.

Para ela, portanto, a *Casa de Parto* surge como uma ruptura do modelo biológico de atendimento à mulher e como uma proposta de desmedicalização do parto.

A visão conceitual Marcos Dias sobre a *Casa de Parto* corrobora com a de Linhares e Tyrrell. Segundo ele, quando se implanta uma unidade que presta assistência sem a presença do médico, claramente, está-se dizendo que este não é um procedimento médico. Para o depoente, a prefeitura vem propondo mudanças no modelo de assistência centrado no médico, porque 70-80% das gestações não apresentam complicações ou problemas de saúde. Neste sentido, ele argumenta que, para se implementar uma política que não tem o médico como figura central, “é preciso que, no imaginário da população e dos próprios profissionais, efetivamente, entendam que o parto não é um evento médico”³³⁷. A compreensão de que o parto não é um ato exclusivo do médico tem, no seu entender, outra vantagem:

“– do ponto de vista das mulheres, elas recebem uma assistência mais pessoal e acredito que mais qualificada para o que elas estão passando, que é uma gravidez normal. Nesse sentido, a assistência é mais qualificada do que seria numa maternidade”³³⁸.

Esta mesma concepção não medicalizadora do parto tem, no seu entender, uma outra vantagem relacionada com a formação e qualificação profissional. Para Dias, a *Casa*

³³⁶ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

³³⁷ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

³³⁸ *Ibidem*.

de Parto representa um importante campo de treinamento, não só para as enfermeiras obstetras, mas também para o Programa de Saúde da Família (PSF). No seu entender:

“– a Casa de Parto tem sido o local de ensinamento por conta da sua filosofia. Qual é a filosofia? Muito voltada para a interação com a comunidade, relação com a mulher, com o casal, com a família. O próprio PSF tem olhado com muito interesse para esse modelo”³³⁹.

Além disso, Marcos Dias afirma que a *Casa de Parto* é uma experiência bem-sucedida no mundo inteiro. Segundo ele, este dado favoreceu a sua adoção no Brasil. O depoente revelou que o Ministério da Saúde vem elaborando políticas para a modificação do modelo de assistência ao parto desde 1999. Neste sentido, implementou algumas ações, em âmbito nacional, como o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (DHPN), os cursos de para formação e treinamento de enfermeiros obstetras, o reconhecimento e inclusão destes profissionais nas tabelas de pagamento de procedimentos do SUS e o financiamento das Casas de Parto e outros projetos semelhantes em todo o país. Aliado a isso, observa que, nos últimos anos, a sociedade vem reagindo contra a medicalização do parto. Segundo ele, este movimento contrário à medicalização ecoa nas políticas públicas, favorecendo a implementação de ações nesta direção.

De maneira geral, podemos perceber que os três depoentes favoráveis à Casa de Parto se opõem à concepção medicalizadora do ato de parir e colocam em segundo plano o progresso científico da medicina e das técnicas obstétricas contemporâneas.

Do ponto de vista operacional, o enfermeiro Gilberto Linhares apresenta argumentos que o colocam em uma posição oposta àquela exposta pelo médico Mauro Brandão.

Gilberto Linhares afirma que a enfermeira obstetra está habilitada, por Lei, para diagnosticar, encaminhar e remover os pacientes graves das *Casas de Parto* para as maternidades ou hospitais de referência, utilizando as ambulâncias. Neste sentido, Linhares observa que:

“– A casa de parto nada mais é que uma repetição do que já existe nos outros países. É normal, é viável. O grande chamariz dela é justamente o índice de mortalidade: é zero. Isso é um fato incontestável: nunca morreu nenhuma parturiente, nenhuma criança, numa casa de parto”³⁴⁰.

³³⁹ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

³⁴⁰ Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

Indagado sobre as vantagens e desvantagens da *Casa de Parto*, Linhares ressalta a competência do enfermeiro obstetra na assistência ao parto e rebate as críticas da elite médica dizendo:

“– Não é que eu não ache, eu quero que me digam: uma paciente, que a enfermeira transferiu, morreu no caminho. (...) Porque quando [a enfermeira] detecta que [existe] uma distócia, uma complicação qualquer, imediatamente ela [executa os procedimentos necessários]”³⁴¹.

Diante disso, o depoente entende que as críticas à *Casa de Parto* são uma questão de reserva de mercado, porque os críticos ainda não apresentaram as desvantagens deste programa de assistência à mulher gestante.

Linhares contesta, portanto, a visão exposta pelos médicos Brandão e Tibiriçá, afirmando:

“– Não é que eu só veja vantagens, eu só [quero] que me digam quais são as desvantagens. Eu não as vejo, não veja nada de mais. É uma profissional experiente, é uma instituição totalmente montada com tudo: centro obstétrico, profissionais preparados. A lei permite? Permite. O índice de mortalidade? Quantas mulheres já morreram? Os enfermeiros estão conscientes disso. (...) Porque o primeiro paciente que morrer nessas casas de parto vai ser um estardalhaço, nesse Brasil. Esqueceram que nas maternidades, morrem muito mais diariamente. Então, os enfermeiros estão conscientes disso. Eu tenho conversado com eles: desdobre-se! Eles se desdobram no cuidado para manter esse índice em zero. (...) É o fato: não morreu ninguém”³⁴².

A dimensão de *programa* imputado à *Casa de Parto* agrega ainda mais valor logístico e operacional a este programa.

Marcos Dias como médico e gerente do “Programa Municipal de Assistência à Mulher”, de maneira formal e didática, define a *Casa de Parto* como uma unidade de saúde que presta assistência materno-infantil a gestantes de baixo risco, realizando ações de pré-natal, cursos para casais grávidos, preparação e acompanhamento de gestantes, bem como a assistência ao parto das mulheres que se enquadram nos protocolos. Ele explica que a *Casa de Parto* “trabalha com enfermeiros obstetras, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais, (...) com uma população adscrita, em parceria com o Programa de Saúde da Família e com a rede de assistência”³⁴³.

³⁴¹ Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

³⁴² *Ibidem*.

³⁴³ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

No seu entender este serviço não pode ser visto de maneira isolada do Sistema de Saúde, mas sim inserido na estrutura da rede de assistência. Neste sentido, por um lado, apresenta o “sistema de referência”³⁴⁴ onde as *Casas de Parto* estão inseridas – “Programa de Saúde da Família” e “Programa de Agentes Comunitários de Saúde” –, e os de “contra-referência”³⁴⁵ – as Maternidades e Unidades Básicas de Saúde da sua região.

O argumento legal também foi apresentado pelos defensores da *Casa de Parto*.

Marcos Dias chama atenção para o fato da *Casa de Parto* ser denominada “unidade de saúde”. Ele explica que a *Casa de Parto* é uma *unidade de saúde*, mas não é uma “unidade hospitalar”, nem uma “unidade médica de saúde”. Segundo ele, embora seja uma “unidade de internação”, pois permite a permanência de mulheres por um tempo significativo, a *Casa de Parto* não pode ser classificada como uma “unidade hospitalar”. Esta designação, no seu entender, abre uma brecha na legislação em vigor que regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil³⁴⁶. Partindo desta possibilidade legal, o depoente afirma que:

“– Do ponto de vista de unidade de saúde, a questão é assim: a Lei que a gente tem é de 1932, que fala do exercício da medicina. Nada foi feito depois. Esta lei dispõe sobre unidades hospitalares, unidades médicas, por isso, desde que a gente criou a legislação municipal, a gente fala [da Casa de Parto] como unidade de saúde para fugir dessa Lei de 32. [Esta questão] sempre apontou na discussão entre o CRM, o Sindicato e o Ministério Público: se era uma unidade de saúde e não uma unidade médica de saúde ou uma unidade hospitalar. Daí, a discussão [passou a ser] sobre o que é saúde, no sentido amplo e não sentido médico da palavra. Assim, a maneira de encaixar o exercício da profissão de enfermeira foi vincular a Casa de Parto à rede de assistência. A gente diz o tempo inteiro que o fato de uma determinada unidade só ter enfermeira não quer dizer que não está fazendo parte de uma equipe maior, que não está se articulando para garantir assistência em todos os níveis. O que a gente mostrou para o Ministério Público foi que essa unidade de saúde não era médica e se articulava com os outros níveis da saúde. Assim, a enfermeira estava inserida no contexto de uma equipe e não trabalhando isoladamente. O trabalho dela tinha interface com o Programa de Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde e a maternidade de referência, que têm médicos. As enfermeiras estavam trabalhando em equipe. Foram esses os pilares da construção do diálogo com o Ministério Público em termos de legislação, para legalização das casas de parto”³⁴⁷.

³⁴⁴ A referência significa o ato de encaminhar o paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para um outro de maior complexidade.

³⁴⁵ A contra-referência significa o ato de encaminhar de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.

³⁴⁶ Decreto-Lei n.º 20.931/32.

³⁴⁷ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

Embora afirme que a *Casa de Parto* está habilitada legalmente a funcionar sem a presença de médicos, Marcos Dias admite que a legislação que a sustenta, “às vezes, é conflitante, porque o Ministério da Saúde preconiza a presença do pediatra na sala de parto. E, na casa de parto, a gente não tem médico, nem ato médico com obstetra, nem médico pediatra”³⁴⁸. Segundo ele, esta situação gera muita confusão, porque profissionais não-médicos estão autorizados oferecer os cuidados imediatos a mãe e ao recém-nascido.

Em termos financeiros, os argumentos foram expostos por Tyrrell. Quando perguntada sobre as vantagens e desvantagens desse modelo de assistência, admite que não é capaz de avaliá-lo, porque este ainda está em processo de implantação em nosso país: “– Seria incoerente de minha parte dizer que já tenho esses dados para avaliação, a não ser essa tese”³⁴⁹. Neste sentido, critica aqueles que avaliam a *Casa de Parto*, baseando-se apenas na relação custo/benefício, sem a devida fundamentação. Nas suas palavras:

“– Seria superficial, e até de mau gosto, dizerem que as enfermeiras numa Casa de Parto contribuirão para os altos índices de mortalidade, ou que as enfermeiras numa Casa de Parto estariam dando uma atenção que não é de qualidade, ou que as *Casas de Parto* são medidas que não rendem o custo-benefício. E nós perguntamos: A humanização, o ser bem servido, bem atendido – que não é por favor, porque é tudo pago – a humanização tem custo? O ser bem atendido tem custo? O ter amor e ter carinho, oferecer atendimento a toda a família e ao companheiro tem custo? Então, para mim, não tem custo/benefício! O que tem é qualidade.”³⁵⁰.

Diante disso, chega à conclusão de que os críticos da *Casa de Parto* se pronunciam contra os princípios de universalidade, acessibilidade, hierarquização dos problemas, descentralização das ações e integralidade da assistência, preconizados pelo Sistema de Único de Saúde. Estes princípios, no seu entender, devem ser preservados.

³⁴⁸ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

³⁴⁹ A Prof.^a Tyrrel se refere à tese de Doutorado, intitulada “A Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora: Diagnóstico do perfil da assistência e a percepção das usuárias”, defendida por Betânia Maria Fernandes, em 2004. A depoente informa que participou da Banca de avaliação deste trabalho.

³⁵⁰ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

2. Interferência na Autonomia Profissional

Conforme indicado nos capítulos anteriores, a autonomia se configura como um aspecto fundamental para a aquisição, manutenção e ampliação de privilégios profissionais dentro de um mercado de trabalho. Desta forma, o reconhecimento social e o *status* que uma *profissão* ocupa na divisão do trabalho estão relacionados com o grau de controle que seus associados exercem sobre o seu próprio trabalho. Assim, a autonomia define o grau de subordinação entre as *profissões*. Ou seja, quanto menor o grau de autonomia, maior subordinação seja à administração ou a outras *profissões*.

Opositores

De maneira geral, os depoimentos de Aloísio Tibiriçá e Mauro Brandão convergem no tange à interferência da *Casa de Parto* na autonomia do médico.

A este respeito, Aloísio Tibiriçá foi sucinto. De acordo com o depoente, a *Casa de Parto* interfere na atividade do médico, porque o impede de atuar nas complicações do parto. Segundo ele, a interferência ocorre também no mercado de trabalho como um todo, promovendo a diminuição da participação do médico na assistência ao parto. A preocupação de Tibiriçá – “em não estar atuando na complicação do parto” – revela uma preocupação legítima, mas, ao mesmo tempo, uma visão reducionista a respeito da atuação do médico na assistência ao parto e à saúde em geral.

Para Mauro Brandão, não haverá interferências quando a *Casa de Parto* ou Maternidade for contemplada com um centro cirúrgico e com o corpo médico para o atendimento do pré-natal e das intercorrências. Na sua opinião, o problema não reside na construção de centros para valorizar a assistência à gestante, mas sim a forma como estão sendo concebidos: sem a presença de médicos e com o argumento de humanização do parto. Insatisfeito com a situação, o depoente fala sobre a exclusão do médico da equipe de saúde. Nas suas palavras:

“– Quer dizer que o parto só é humano quando o médico não está por perto? É uma estupidez, uma grosseria de quem não deseja que a equipe de saúde funcione completa. Querem fazer uma equipe de saúde segregatória, excluindo o médico,

porque torna a assistência mais cara. E torna mesmo, porque o médico faz diagnóstico, se cerca de cuidados. Ele pede mais exames. Quando tem que intervir cirurgicamente, ele onera mais a assistência. Mas, ninguém nunca disse que a assistência à saúde é barata. Quando a saúde está em risco, todo gasto é pouco. Ele tem que ser bem dimensionado, bem racionalizado, mas não suprimido e até porque a população paga imposto para ter essa assistência que ela merece”³⁵¹

Aqui, Brandão questiona o entendimento de que a atenção humanizada ao parto necessariamente exclui o médico da equipe de saúde. Da mesma maneira que Tibiriçá, o depoente enfatiza que uma visão reducionista a respeito da competência do médico, reforçando o entendimento de que a sua importância estaria calcada no atendimento às complicações. Por outro lado, busca estabelecer uma relação entre a intenção de economizar recursos expressa pelo governo e a má qualidade da assistência prestada à população. Neste sentido, para o depoente, em decorrência da necessidade de economizar recursos – expressa pelas autoridades governamentais, os médicos estariam sendo cerceados no exercício de sua autonomia e excluídos da equipe de saúde.

Quanto a possíveis benefícios para a enfermagem, Tibiriçá afirma que a *Casa de Parto*, de fato, potencializou o mercado de trabalho dos enfermeiros, apontando que existem interesses econômicos e de reserva do mercado de trabalho por trás da implementação deste modelo assistencial.

De forma oposta, para Mauro Brandão, a *Casa de Parto* não traz benefícios para o enfermeiro, porque ele fica submetido a um risco que não tem condição de suportar. Fazendo nova referência ao caso ocorrido, em 2002, numa casa de parto de São Paulo, o depoente observa que o enfermeiro envolvido, “não tem como responder pela irresponsabilidade que botaram na mão dele, funções para as quais ele não está habilitado, não tem condições de suportar. Então, acaba criando traumas, acaba causando problemas profissionais para ele também. Acho que ele não se beneficia com isso não”³⁵².

Nas declarações de Aloísio Tibiriçá e Mauro Brandão, podemos perceber algumas diferenças. Embora ambos concordem que a *Casa de Parto* interfere na autonomia do médico, o primeiro discorda do segundo no que se refere aos benefícios proporcionados aos enfermeiros. No nosso entendimento, se por um lado, Tibiriçá reconhece que, na disputa pelo mercado de trabalho da assistência ao parto, os enfermeiros vêm conquistando mais privilégios que os médicos; por outro, Brandão coloca o enfermeiro numa posição de

³⁵¹ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

³⁵² *Ibidem*.

vítima das políticas públicas de saúde que pretendem implementar as *Casas de Parto*. Para tanto, argumenta que o enfermeiro não está habilitado para exercer certas atividades, tampouco capacitado para responder às conseqüências dos seus atos. A nosso ver, esta postura traz à tona a questão da prevalência do saber médico sobre o das demais profissões ainda que sejam detentoras de uma *expertise* própria e sejam regulamentadas em lei.

Defensores

Gilberto Linhares entende que a *Casa de Parto* não traz benefícios para a enfermagem, mas sim para a mulher, em especial, a mulher que não tem condições de fazer o pré-natal: “Essa casa de parto vem beneficiar a esta parcela que não tem proteção, que não tem ajuda. Pelo menos, vai estar na mão de uma profissional especializada, com capacidade e numa instituição preparada para recebê-la”³⁵³. Convicto, o depoente acrescenta: “Mesmo que, na casa, de parto tivesse médico, o grande beneficiário não seria nem o médico, nem o enfermeiro, mas sim aquela parcela da população mais carente”³⁵⁴.

Em consonância, a Prof.^a Tyrrel concorda que a *Casa de Parto* é um benefício para a população e não para os enfermeiros. No entanto, admite que, do ponto de vista da profissão, é um espaço que permite o desenvolvimento do ensino e da prática de atendimento ao parto, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Opinião compartilhada por Marcos Dias, que avalia que a enfermagem vem recuperando, do ponto de vista econômico-financeiro, uma parcela da assistência que já é do enfermeiro em outros lugares: “As enfermeiras fazem, cobram e têm essa assistência dentro do seu escopo de atuação e que aqui estava fechada a porta. Acho que em todos os sentidos é vantajoso e legítimo”³⁵⁵.

De maneira geral, todos concordam que a *Casa de Parto*, de alguma forma, traz benefícios para a população e para os enfermeiros. Embora Linhares não admita que a enfermagem seja beneficiada, as declarações de Tyrrell e Dias nos permitem afirmar que a proposta de humanização da assistência ao parto, preconizada por este modelo assistencial,

³⁵³ Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

³⁵⁴ *Ibidem*.

³⁵⁵ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

amplia o mercado de trabalho do enfermeiro, servindo como um ambiente de formação e ensino. Neste sentido, o enfermeiro exerce sua autonomia profissional, ao mesmo tempo que expande seus conhecimentos, qualificando-se para atuar em um campo que anteriormente era dominado pelos médicos.

Quanto à interferência na prática do médico, Linhares, demonstrando surpresa, questiona: “– Como?! Se tem uma lei federal dizendo que o enfermeiro pode fazer aquilo!”³⁵⁶. Ele ressalta que a enfermagem tem uma lei própria que permite ao enfermeiro prescrever medicamentos, requerer exames e fazer parto. Adotando um tom crítico, o depoente declara:

“ – Mas, onde é que está a lei que regulamenta o exercício da medicina? Aí que eles foram acordar que eles não têm lei: ou seja, a única profissão na área da saúde que não tem lei e nem regulamentou o seu exercício é a medicina. Não venha discutir comigo se eu tenho uma lei. Eu que devia dizer que [os médicos] estão exercendo ilegalmente a enfermagem, porque nós podemos fazer e a lei diz que nós podemos fazer. Eles se baseiam naquilo que nós chamamos de direito consuetudinário, que é o direito das tradições. Eu não vou discutir nunca o que um médico pode fazer, mas, se eu quiser levar pelo lado legal, pelo prisma legal, eu posso discutir, porque eu tenho uma lei e eles não têm. Então, não venha discutir o que a minha lei diz: continua fazendo seu parto! Não existe fronteira, porque ele não tem lei”³⁵⁷.

A nosso ver, com esta declaração, Gilberto Linhares, por um lado, rebate as críticas à capacidade do enfermeiro de atuar na assistência ao parto sem a presença de médicos e, por outro, demonstra que a *Casa de Parto* é um espaço privilegiado para a enfermagem, ou seja, um território onde ela é hegemônica. Neste sentido, o depoente reafirma a importância da regulamentação profissional para que uma profissão conquiste, preserve ou amplie privilégios.

Por outro lado, Maria Tyrrell observa que as críticas são fruto da ideia de que, na *Casa de Parto*, não é permitida a presença do médico. Ela aponta que a *Casa de Parto* foi criada pela Portaria Ministerial n.º 985, de 1998, e fortalecida pela criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Desta maneira, não é um serviço isolado, porque mantém estreita relação com os Programas de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde do território em que se insere.

“– Uma vez que está ligada a esses programas, que fazem o pré-natal de qualidade e encaminham o risco, o que a casa de parto tem que fazer é ter uma referência e

³⁵⁶ Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

³⁵⁷ *Ibidem*.

contra-referência, porque podem aparecer casos com complicações, acidentes, uma série de coisas que poderão ocorrer não somente com enfermeiras, mas com médicos também”³⁵⁸.

A depoente destaca que, embora a *Casa de Parto* esteja de acordo com a legislação, a corporação médica vem ressaltando uma série de aspectos negativos da assistência ao parto, realizada apenas por enfermeiras, sem a presença de médicos. Segundo eles, “não teríamos condições de dar um atendimento oportuno e precoce a maiores complicações. Se fosse assim, o Brasil todo estaria em risco, porque nós não temos número suficiente de leitos obstétricos, muito menos de UTI neonatal e de UTI materna”.

Segundo ela, a legislação que sustenta a *Casa de Parto* não exclui uma equipe médica de retaguarda: “ – Médico não está excluído! Médico está incluído! Agora, se eles se excluem, é outra coisa. Mas, lá diz: “tem que haver uma equipe de retaguarda médica para dar apoio aos encaminhamentos””³⁵⁹. Em razão disso, afirma que a enfermeira brasileira está capacitada para atender a demanda da mulher que fez o pré-natal e é de baixo risco, concluindo que:

“– A casa de parto não pode ser encarada como um serviço, de onde está excluído o médico ou onde só o enfermeiro atende. Nós queremos dizer que a casa de parto é casa da mulher que precisa de aconchego, de aconselhamento e de acolhimento para parir em paz, com a nobre missão de ser mãe no mundo”³⁶⁰.

Para Marcos Dias, a implementação de *Casas de Parto* não interfere, nem causa prejuízo à atividade do médico. Por outro lado, admite que, para os enfermeiros, esta modalidade de assistência pode trazer benefícios. O depoente observa que o modelo preconizado pela *Casa de Parto*, ao resgatar da integralidade da assistência, vem possibilitando a adesão dos enfermeiros. A este respeito, observa que:

“– Quando o enfermeiro faz o pré-natal e assiste o parto da mulher, ele está podendo ver começo, meio e fim, que é uma coisa que o médico costuma ver na sua assistência. Então, não fazer é só uma parcela do atendimento e cuidar só daquilo: verificou sinais vitais, viu se estava tudo bem e passou o plantão. Você ver começo, meio e fim na assistência dá um retorno... satisfação muito grande”³⁶¹.

³⁵⁸ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

³⁵⁹ Ibidem.

³⁶⁰ Ibidem.

³⁶¹ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

Neste sentido, observamos que, de maneira geral, na visão dos defensores, a *Casa de Parto* não traz prejuízos aos médicos, embora concordem que em certa medida este modelo seja um espaço privilegiado de atuação para o enfermeiro.

3. Conexão entre ato médico e Casa de Parto

Opositores

A respeito da existência de conexões entre a *Casa de Parto* e a regulamentação do *ato médico*, Aloísio Tibiriçá aponta que todas as situações em que ocorre a invasão do *ato médico* possibilitam a polarização das ações das entidades médicas em torno da aprovação de uma legislação que defina o *ato médico*. Nesta perspectiva, entende que a *Casa de Parto* é mais uma dessas situações.

Quando indagado, responde que a *Casa de Parto* reafirma a necessidade de regulamentação do *ato médico*. “– Não só a casa de parto, porque ela é um aspecto na área da assistência materno-infantil. Existem outros aspectos de várias outras áreas governamentais, ou não, que estão acontecendo e que estão motivando esta discussão”³⁶². Como exemplo, cita a fonoaudiologia e a fisioterapia que vêm atuando de forma autônoma. Segundo ele, estas profissões só poderiam atuar em equipe. Mas, a maior crítica dirige à enfermagem que, na sua opinião, “– cada vez mais, entra na questão do ato médico quando ousa fazer prescrições e pedir exames complementares: o que é ilegal (!) pedir exame complementar”³⁶³.

Aqui, Tibiriçá constata a crescente fragilização da hegemonia médica no campo da saúde. Profissões que anteriormente estavam submetidas às determinações do médico foram conquistando, ao longo do tempo, novos conhecimentos técnicos que ampliaram sua capacidade de decidir como e quando realizariam seu trabalho. Apesar disso, o depoente demonstra como a corporação médica vem se unindo em torno da luta para reverter esta condição.

³⁶² Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

³⁶³ *Ibidem*.

No seu entender, os Programas de Saúde Pública são os responsáveis por esta situação, porque, no intuito de economizar recursos, em vez de contratar o médico, contratam o enfermeiro que acaba pedindo exames complexos que não sabe interpretar. Nas suas palavras:

“– Essas são as interfaces que estão acontecendo toda hora. (...) É uma discussão grande que ajudou a polarizar a corporação médica em torno da necessidade – milênios depois de Hipócrates e anos depois de 1932 – de uma coisa que ninguém discutia antes: porque era consagrado. Até o título de Doutor, do médico, é consagrado pelo tempo, pelos pacientes, pelo povo e o enfermeiro me faz uma Resolução, do seu Conselho, dizendo que ele também agora é Doutor, por aí você tira o resto”³⁶⁴.

Nestas declarações, Tibiriçá expõe, uma vez mais, o seu descontentamento com a política de redução de custos, adotada pelas esferas governamentais. Podemos dizer que, para o depoente, a adoção desta política econômica, por um lado, reduz o mercado de trabalho e cerceia a autonomia do médico, por outro, possibilita ao enfermeiro o exercício de competências exclusivas do médico. Aliado a isso, o depoente, quando se refere à utilização do título de Doutor pelo enfermeiro, reforça o sentimento de perda da autoridade perante os demais profissionais.

Em consonância, Mauro Brandão também entende que há conexões entre o *ato médico* e a *Casa de Parto*. Segundo ele, no momento em que houver uma legislação que defina o diagnóstico e a prescrição de medicamentos como exclusivos do médico, e estabeleça que os serviços médicos – onde se praticam atos médicos – devem estar sob a direção de médicos, inevitavelmente, na *Casa de Parto* haverá a presença do médico.

Neste sentido, busca justificar a necessidade da presença do médico no interior da *Casa de Parto*, argumentando que o parto normal é um conceito dinâmico: “– O conceito de normalidade do parto só é fechado depois que nasce e está tudo bem, porque, até o pós-parto imediato, você ainda tem possibilidade de intercorrência séria”³⁶⁵. Em razão disso, Brandão ressalta a importância do respeito à legislação que obriga a presença do obstetra, do anestesista e do pediatra no atendimento das complicações clínicas decorrentes do processo de parto: “– Se só eles podem fazer isso e se em Lei está estabelecido, é evidente que a casa de parto só vai poder funcionar com a presença de médicos”³⁶⁶.

³⁶⁴ Entrevista realizada com Aloísio Tibiriçá, em 09/08/2004, no Rio de Janeiro.

³⁶⁵ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

³⁶⁶ *Ibidem*.

Nestes comentários, o depoente se baseia em evidências científicas e na legislação vigente para apresentar o modo como percebe as relações entre a regulamentação do *ato médico* e a implantação de *Casas de Parto* – estabelecimentos que funcionam sob a direção de enfermeiros, sem a presença de uma equipe médica.

Diante disso, Brandão concorda que a *Casa de Parto* reafirma a necessidade de regulamentar o *ato médico*. O depoente considera que a *Casa de Parto* pode ser uma boa política de valorização à assistência materno-infantil, mas, para isso, deve contar com a presença do médico: “– ou então o médico não faz parte desse universo chamado equipe de saúde, como querem alguns gestores para economizar custos”³⁶⁷.

Podemos perceber que, para os *críticos*, está evidente a vinculação do *ato médico* e a implementação de *Casa de Parto*. Nestas declarações, estão presentes as mesmas preocupações que embasam a regulamentação do *ato médico*: perda de privilégios profissionais, redução da prevalência da medicina sobre outras profissões de saúde – representada pela quebra da hierarquia na equipe de saúde –, a necessidade de estabelecer uma legislação definindo as competências exclusivas dos médicos e a disputa pelo monopólio de uma parcela do mercado de trabalho.

Defensores

De acordo com Gilberto Linhares, o que vincula *Casa de Parto* e *ato médico* são reserva de mercado e corporativismo. O depoente observa que a saúde, nos dias atuais, é multiprofissional, não pertencendo a nenhuma corporação. Segundo ele, nesta questão, há um “ranço de domínio sobre os outros profissionais de saúde é muito forte em alguns dirigentes de entidade médicas”³⁶⁸.

Linhares enfatiza que esta idéia de subordinação não se reflete no relacionamento com os médicos que atuam nos Programas de Saúde da Família e nos hospitais, sendo uma característica de alguns dirigentes de entidades médicas. Neste sentido, conclui, afirmando que: “– o vínculo que existe é esse ranço, esse domínio, de achar que só eles entendem de

³⁶⁷ Entrevista realizada com Mauro Brandão, em 16/08/2004, no Rio de Janeiro.

³⁶⁸ Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

saúde e que nós estamos aqui para executar as ordens deles. Você não pode pensar: ele diz o que você faz, você cumpre e fica quieto!”³⁶⁹.

Nestas declarações, Linhares retoma a questão da hegemonia do médico no campo da saúde, até então, sustentada pelo domínio de uma *expertise* consagrada ao longo do tempo. Podemos supor que, quando faz referência ao fato de a saúde não pertencer a nenhuma profissão, o depoente tem dois objetivos: por um lado, pretende desconstruir o entendimento que correlaciona saúde e medicina como se fossem termos sinônimos. Por outro, procura mostrar que esta visão naturalizada é um privilégio de alguns representantes da corporação médica e não do conjunto dos médicos que atuam na assistência direta à população.

Em consonância, Marcos Dias não tem dúvidas sobre a existência de vínculos entre a proposta da *Casa de Parto* e o *ato médico*. Ele observa que, no Rio de Janeiro, isso está muito presente em razão da grande influência política que os representantes do Conselho Regional fluminense exercem no interior do Conselho Federal de Medicina: “– (...) então existe uma conexão política muito grande entre Rio de Janeiro e Conselho Federal de Medicina. A gente vê que muitas das Resoluções do Conselho Regional do Rio de Janeiro se transformam em Resoluções Federais, com uma abrangência maior”³⁷⁰.

O depoente chega à conclusão de que o Conselho Federal de Medicina pouco havia se pronunciado sobre *Casas de Parto*, até o Rio de Janeiro implementá-las. Marcos Dias recorda que, em São Paulo, na época em que a primeira casa foi inaugurada, “houve algum barulho, mas uma coisa muito mais localizada em São Paulo. O próprio CREMESP não se posicionou tão frontalmente contra”³⁷¹. Ele observa que, em Minas Gerais e em Brasília, os fatos transcorreram da mesma maneira. O depoente relata como isso ocorreu no Rio de Janeiro:

“– Mas, aqui, isso virou uma questão de honra. Então, sem dúvida, depois que a gente botou a casa de parto, o Conselho Federal de Medicina retomou a discussão da assistência ao parto, da casa de parto. Um jornal saiu com uma carta desancando a Secretaria Municipal de Saúde, sobre a abertura da casa de parto. O Conselho Regional de Medicina do Rio tem brigado e, cada vez que fala do ato médico dá como exemplo a atuação da casa de parto. Existe claramente aí uma bandeira que levanta a questão do ato médico, mostrando a casa de parto, pegando as mulheres como vítimas, o risco das mulheres e bebês morrerem sem assistência médica, de estarem roubando esta assistência das mãos dos médicos...”³⁷².

³⁶⁹ Entrevista realizada com Gilberto Linhares, em 06/07/2004, no Rio de Janeiro.

³⁷⁰ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

³⁷¹ *Ibidem*.

³⁷² *Ibidem*.

Marcos Dias conclui, observando que a luta contra as *Casas de Parto* veio se associar à luta mais ampla da categoria médica, porque grande parte dos críticos, que estão no Conselho Regional fluminense, são obstetras: “ – Então, a gente tem todos os motivos para estar no centro da discussão”³⁷³.

Interessante é notar que Marcos Dias, embora seja obstetra, não identifica qualquer interferência da *Casa de Parto* na prática do profissional médico. Neste sentido, justifica sua percepção chamando atenção para o conteúdo corporativista e político presente no discurso dos críticos deste modelo assistencial. Podemos perceber, assim, que as declarações de Dias estão alinhadas com as de Linhares, no que diz respeito aos dirigentes da corporação médica. Para ambos, as críticas à *Casa de Parto* não são efetuadas pelos médicos que atuam nos Programas de Saúde, mas sim pela elite médica detentora de poder político e econômico.

Por outro lado, a Prof.^a Maria Tyrrell não percebe vinculação entre a polêmica da *Casa de Parto* e o *ato médico*. No entanto, enfatiza que a proposta de regulamentação do *ato médico* foi uma reação da corporação médica na luta pelo mercado de trabalho. “ – Mais que tudo, eu acho que é uma luta econômica. Sentem-se ameaçados com a possibilidade de que outras profissões venham ocupar os espaços deles”³⁷⁴.

Podemos perceber uma certa incoerência na declaração desta depoente. Cabe lembrar que a necessidade de se legislar sobre o *ato médico* surge da percepção de que a hegemonia do profissional médico vem sendo fragilizada pela invasão de outras profissões no campo da saúde. Neste sentido, a *Casa de Parto*, como um espaço que funciona sem a presença do médico e sob a direção de enfermeiros – profissionais que, historicamente, estão subordinados à medicina –, passa a ser vista como prova material da fragilidade da hegemonia médica. O médico não é o responsável pela equipe de saúde da *Casa de Parto*. Em razão disso, os representantes da corporação médica envidam esforços para impedir que isso aconteça, através de diferentes medidas, inclusive a proposição da regulamentação do *ato médico*.

A respeito do trabalho em equipe, depoente assevera que no trabalho em equipe não deve haver hegemonia de nenhum profissional, porque existem objetivos e decisões em comum. Neste sentido, avalia que os a proposta da atuação em equipe deve ser recuperada

³⁷³ Entrevista realizada com Marcos Dias, em 02/08/2004, no Rio de Janeiro.

³⁷⁴ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

na discussão do *ato médico*, “porque aí, realmente, nós estaremos encaminhando uma discussão não centralizada no profissional e sim centralizada nas necessidades da população, seja ela qual for”³⁷⁵.

Aqui, a Prof.^a Tyrrell demonstra estar alinhada com a opinião de Linhares a respeito de não haver um único responsável pela assistência à saúde. Uma vez que a equipe é formada por profissionais com diferentes saberes e práticas, entende que a assistência oferecida à população deve ser uma construção coletiva que não privilegia nenhuma das profissões envolvidas no processo.

³⁷⁵ Entrevista realizada com Maria Antonieta Tyrrell, em 23/07/2004, no Rio de Janeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Afirmamos que *profissão* é um conceito sociológico, mas também histórico. Não é possível falar de *profissão* sem abordar o processo sócio-histórico que a constitui. Ao longo deste processo – denominado *profissionalização* – os trabalhadores se organizam para conquistar legitimidade e serem reconhecidos como profissionais dentro de uma divisão do trabalho. Para tanto, faz-se necessário que estes profissionais dominem um determinado conjunto de conhecimentos específicos e aplicáveis (*expertise*), organizem-se em torno de interesses comuns, sejam capazes de controlar a formação, o treinamento e a realização de seu trabalho, bem como consigam resguardar seus interesses por meio da regulamentação legal formalizada pelo Estado. Estas são algumas das exigências para que uma *profissão* consiga monopolizar uma parte do mercado de trabalho e conquistar privilégios que a coloquem em vantagem em relação à concorrência.

Graças ao domínio de uma *expertise* exclusiva e reconhecida, uma *profissão* se torna capaz de monopolizar a realização de um determinado conjunto de tarefas, estabelecendo fronteiras de competência e uma autoridade hierárquica no seio da divisão do trabalho em que se insere (*autoridade da expertise*). Este é o caso da *profissão* médica que, pelo fato de deter uma *expertise* consagrada – que resolve problemas práticos e alivia o sofrimento humano –, conquistou e hegemonizou o campo da saúde. Apesar disso, pudemos observar ao longo do presente trabalho que esta hegemonia vem sendo criticada.

Nos últimos anos, com a expansão dos conhecimentos científicos e tecnológicos, uma série de novas áreas de atuação emergiram no campo da saúde, possibilitando a aproximação entre fronteiras de competência. Em outras palavras: Graças ao domínio de conhecimentos mais complexos, *profissões* mais recentes passaram a exercer atividades que anteriormente eram exclusivas dos médicos. Neste sentido, a existência de fronteiras muito próximas e mal delimitadas entre áreas afins vem promovendo disputas e conflitos. A participação do Estado na regulamentação do exercício profissional privativo ou exclusivo se configura como uma solução para estes problemas.

Uma vez que estas transformações igualmente afetam a *profissão médica*, podemos afirmar que a proposição de um projeto de lei que pretende definir todos os procedimentos realizados na assistência à saúde como *atos médicos* é uma reação a tudo isso.

Desde sua apresentação ao Senado Federal, o denominado “Projeto de Lei do *ato médico*” criou um campo de disputas pela preservação e ampliação de privilégios, reconhecimento social e hegemonia entre as corporações profissionais que compõem o setor saúde. Neste campo, em que há diferentes interesses em jogo, identificamos entre os representantes corporativos entrevistados três possibilidades de posicionamento em relação à regulamentação do *ato médico*. Como em todo conflito, existem os que se posicionam a favor (médicos), os que se opõem e criticam (enfermeiros e psicólogos) e os que, mesmo sem se posicionarem contra ou a favor, são de alguma forma afetados pela discussão (gestor de saúde pública).

Cabe mencionar que, quando chamados a debater a questão da *Casa de Parto*, estes depoentes mudaram de posicionamento. Em outras palavras: os médicos que defenderam o *ato médico*, durante a discussão sobre a *Casa de Parto*, ocuparam a posição de críticos do modelo. Os enfermeiros que criticaram o *ato médico*, nesta discussão, passaram a defensores. O médico-mediador e gestor público de saúde que, na discussão do *ato médico*, se apresentou como o ponto de equilíbrio, no debate sobre a *Casa de Parto* assumiu uma postura de defesa deste modelo assistencial. Neste sentido, podemos perceber que, de acordo com os interesses que estão em jogo, os atores sociais assumem posições diferentes.

No debate que realizamos entre as idéias destes representantes corporativos, observamos que os conflitos estão presentes no desenrolar do processo de *profissionalização*. Cada depoente ofereceu os melhores argumentos para defender sua posição. De maneira geral, os médicos-críticos, baseados na *autoridade da expertise*, buscaram persuadir a sociedade de que somente os profissionais médicos detêm a formação mais completa e uma *expertise* com maior resolutibilidade e aplicabilidade que as demais profissões do campo da saúde. Com este argumento, pretenderam justificar a manutenção da hierarquia dentro da equipe de saúde, na qual o médico possui posição privilegiada e hegemônica. Por outro lado, divergiram no que diz respeito à responsabilidade pela intromissão de outros profissionais nas atividades médicas. Para Aloísio Tibiriçá, a responsabilidade deveria ser atribuída aos próprios médicos que, por ação ou omissão, transferem para outros profissionais a responsabilidade pelo *ato médico*. Para Mauro Brandão, os médicos não são responsáveis, mas sim as autoridades que, deliberadamente, permitem este tipo de prática quando incentivam a realização do *ato médico* por profissionais não-qualificados.

De outro lado, enfermeiros e psicólogos criticaram a forma como foi apresentada a proposta de regulamentação do *ato médico*. Na opinião dos enfermeiros-críticos, o *ato médico* representa um ataque direto às conquistas profissionais desta categoria no que diz respeito à realização de atividades que anteriormente eram exclusivas dos médicos, tais como a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames complementares. Uma vez que a enfermagem, desde sua origem, ficou subordinada à hegemonia medicina, podemos inferir que este ganho de autonomia por parte dos enfermeiros represente uma ameaça aos interesses da corporação médica. Ao mesmo tempo significa, para os enfermeiros, a possibilidade sair do lugar de subordinado para exercer controle sobre seu trabalho. Um exemplo disso é a recente adoção do modelo assistencial preconizado pela denominadas *Casas de Parto*. No entanto, os enfermeiros divergiram acerca da existência de relação entre *ato médico* e a *Casa de Parto*. Segundo Gilberto Linhares, a relação entre o *ato médico* e a implantação das *Casas de Parto* se estabelece em decorrência da necessidade de reservar de mercado e da postura corporativista de alguns dirigentes de entidades médicas. Para a Prof.^a Maria Tyrrell, não haveria relação entre um tema e outro, mas considera que a regulamentação do *ato médico* encontra sustentação numa luta corporativa de caráter econômico.

Já as psicólogas-críticas propõem um entendimento mais amplo da questão do *ato médico*. Ambas consideram que esta questão tem relevância social, ao mesmo tempo julgam que representa uma visão reducionista do conceito de *saúde*. Por outro lado, embora considerem importante a defesa dos interesses corporativos, apresentam graduações diferentes quando falam sobre o assunto. Para Margarete Paiva, a defesa dos interesses corporativos não deve ser encarada como disputas entre categorias profissionais. Neste sentido, exalta a importância do trabalho em equipe para a construção de um trabalho de assistência que atenda às necessidades da população. Já a opinião de Diva Conde, quando comparada à de Margarete Paiva, apresenta uma ênfase maior na defesa dos interesses corporativos. Isso se evidencia quando ela assevera que, em respeito ao Código de Ética profissional dos psicólogos, não abrirá mão de seu conhecimento nem ocupará o lugar de outras áreas do saber. Contudo, permitirá que ocupem o seu espaço no campo profissional.

A respeito do mediador, podemos dizer que, embora seja médico, Marcos Dias se posicionou à distância do processo de regulamentação do *ato médico*, afirmando não tê-lo acompanhado. Apesar disso, na sua opinião, o *ato médico* é uma iniciativa caracterizada

pela disputa de mercado, estando divorciada de um conceito mais amplo de *saúde*. Quanto à discussão sobre a *Casa de Parto*, Marcos Dias, no papel de gestor público de saúde e responsável pela implantação deste modelo assistencial, assumiu a postura de defensor. Na sua opinião, a proposta da *Casa de Parto* não traz prejuízos para a prática do médico, mas, em certa medida, admite que esta proposta assistencial possa trazer benefício para os enfermeiros. Segundo ele, o enfermeiro resgataria a integralidade da assistência.

Cabe dizer que esta investigação não teve pretensão de estabelecer *certezas* sobre o *ato médico*, tampouco defendê-lo, acusá-lo, ou mesmo recusá-lo. Ao recuperarmos as opiniões destes atores sociais, mostrando como se posicionam em relação à regulamentação do *ato médico* e à implantação de *Casas de Parto*, objetivamos rastrear os conflitos e os interesses presentes nas relações entre *profissões* de saúde no Brasil contemporâneo. Esta empreitada não foi feita de forma neutra: o historiador também tem suas próprias visões e reações a respeito do tema. Neste sentido, as conclusões a que chegamos são parciais, assim como são parciais as visões dos depoentes analisados. No entanto, nossa proposta tem como objetivo provocar, questionar, produzir sentidos – ainda que provisórios – para que as disputas entre profissões não se tornem dispositivos legitimadores de práticas naturalizadas (e naturalizantes) que segregam, subordinam e limitam.

Resolução CREMERJ N. 121/98

Define "Ato Médico", enumera critérios e exigências para o exercício da profissão médica e dá outras providências.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei n. 3.268/57 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o Código de Ética Médica, instituído pela Resolução CFM n. 1.246/88, disciplina o exercício da profissão médica e delimita direitos, deveres e responsabilidades e ela concernentes;

CONSIDERANDO que a Lei n. 3.268/57 confere aos Conselhos Regionais a fiscalização do exercício profissional da Medicina;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal determina "que é livre o exercício de qualquer profissão, ofício ou trabalho, observadas as condições de capacidade que a Lei estabelecer";

CONSIDERANDO que as conseqüências decorrentes do ATO MÉDICO são da exclusiva responsabilidade do médico;

CONSIDERANDO que as diversas categorias profissionais de saúde não estão tecnicamente capacitadas para a execução do ATO MÉDICO;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros, realizada em 25 de março de 1998.

RESOLVE:

Art. 1º - ATO MÉDICO é a ação desenvolvida visando a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação das alterações que possam comprometer a saúde física e psíquica do ser humano.

§ 1º - ATO MÉDICO exige, para a sua execução, a graduação em Medicina em curso reconhecido pelo Ministério da Educação e Desporto e a inscrição no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º - Cabe, exclusivamente, ao médico a realização de consulta médica, a investigação diagnóstica e a terapêutica.

§ 3º - Todos os documentos emitidos, decorrentes da ação desenvolvida pelo profissional médico, assim como os resultados de exames complementares para elucidação diagnóstica, o atestado de saúde, de doença e de óbito, são compreendidos como integrantes do ato médico.

§ 4º - As demais atividades de assistência à saúde na prevenção, no auxílio diagnóstico ou terapêutico e na reabilitação, constituem complemento à prática médica, como também os programas específicos do Ministério da Saúde disciplinados em lei.

§ 5º - Os exames médico-legais são de exclusiva competência do médico.

Art. 2º – É vedado ao médico atribuir ou delegar funções de sua exclusiva competência para profissionais não habilitados ao exercício da Medicina.

Art. 3º – Os médicos dirigentes de serviços de saúde, públicos ou privados, serão responsabilizados nos termos do Código de Ética Médica quando, por ação ou por omissão, permitirem a prática de ato médico por outros Profissionais de Saúde.

Art. 4º – A infração ao disposto nesta Resolução configura exercício ilegal da Medicina.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 25 de março de 1998.

CONSº. MAURO BRANDÃO CARNEIRO

Presidente

CONSº. JOSÉ RAMON VARELA BLANCO

1º Secretário

(Publicado no D.O.E. em 01/06/98)

Resolução CFM nº 1.627/2001

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.405, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a Lei nº 3.268/57 confere aos Conselhos de Medicina a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance para o perfeito desempenho ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que o campo de trabalho médico se tornou muito concorrido por agentes de outras profissões e que os limites interprofissionais entre essas categorias profissionais nem sempre estão bem definidos;

CONSIDERANDO que quando do início da vigência da Lei nº 3.268/57 existiam praticamente só cinco profissões que compartilhavam o campo e o mercado dos serviços de saúde, quais sejam, a Medicina, a Veterinária, a Odontologia, a Farmácia e a Enfermagem, e que os limites entre essas carreiras profissionais estavam ajustados milenarmente em quase todos os casos;

CONSIDERANDO que agora, diferentemente, a área da saúde e da doença está pleorada de agentes profissionais sem que haja clara definição dos limites dos seus campos de trabalho;

CONSIDERANDO que cada uma dessas novas profissões foi instituída como se fosse uma atividade isolada, sem muita preocupação com as atividades que lhe eram limítrofes e sem estipulação precisa de quais seriam suas atividades privativas, de quais seriam as que compartilhariam com outras profissões e quais seriam essas categorias ocupacionais;

CONSIDERANDO a necessidade de haver uma melhor definição das atividades profissionais típicas e privativas de cada categoria profissional, dos limites de cada uma, das relações entre as atividades limítrofes e das relações de cada uma delas com a Medicina, por ser, de todas, a mais antiga e a de campo mais amplo de atuação, vez que interage com todas as outras;

CONSIDERANDO que se deve atentar para a unidade da Medicina, que não pode ser pulverizada, sem grave prejuízo para o interesse social;

CONSIDERANDO os conceitos essenciais da Medicina Preventiva, quais sejam, o de prevenção primária (profilaxia da ocorrência da enfermidade), prevenção secundária (prevenção da evolução da enfermidade) e prevenção terciária (prevenção da invalidez determinada por uma enfermidade);

CONSIDERANDO a necessidade de se instituir normas relativas à definição e alcance do ato médico;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária Extraordinária de 23 de outubro de 2001, realizada em Manaus, com supedâneo na Exposição de Motivos anexa;

CONSIDERANDO a Exposição de Motivos anexa a esta resolução,

RESOLVE:

Artigo 1º - Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

- I. a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);
- II. a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);
- III. a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§ 1º - As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.

§ 2º - As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

Artigo 2º - O exercício da Odontologia, nos limites de sua competência legal, está excluído destas disposições, nos termos da lei.

Artigo 3º - As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser exercidos unicamente por médico.

Artigo 4º - O Conselho Federal de Medicina fica incumbido de definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Artigo 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Manaus-AM, 23 de outubro de 2001.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

ANEXO À RESOLUÇÃO CFM nº 1.627/2001

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Ato profissional é como se denomina, de maneira rigorosamente científica, uma ação, procedimento ou atividade que a legislação regulamentadora de uma profissão atribua aos agentes de uma dada categoria profissional; ainda que esta não lhes seja exclusiva ou seja privativa daqueles profissionais. Todo ato profissional deve ser praticado por pessoa adequadamente preparada, devidamente habilitada e que esteja exercendo legalmente sua profissão, de acordo com a legislação vigente. Os atos profissionais privativos ou exclusivos de uma profissão configuram o que se denomina o monopólio profissional, que decorre principalmente da necessidade que a sociedade tem daquele serviço e da importância que lhe atribui.

Por um lado, os agentes profissionais são considerados peritos naquela ação ou atividade e podem exercê-la livremente no mercado de empregos ou de locação de serviços. Como contrapartida, respondem pelos danos que causarem e prejuízos que acarretarem por imperícia, imprudência ou negligência. Além de estarem comprometidos com uma instituição denominada *munus* público, que configura certos deveres com a sociedade e com o Estado - tudo isso, como compensação por se lhes assegurar o monopólio do mercado daquele serviço. Qualquer profissional, de qualquer profissão, que causar dano a um cliente por negligência, imperícia ou imprudência comete um erro profissional e responderá por conduta culposa.

Os atos profissionais podem ser atribuídos de maneira *privativa aos agentes de uma profissão*, caso em que só podem ser executados por um agente profissional legalmente habilitado daquela categoria profissional. Ou podem ser típicos de uma profissão ou mesmo específicos dela, mas sendo compartilhados com agentes de outra categoria profissional (ou diversas delas). Quando um procedimento é privativo de uma profissão deve ser chamado *ato privativo profissional* ou *privilégio profissional*.

Também se sabe que a execução de um ato profissional presume a existência de um contrato entre o cliente e o prestador do serviço. E que tal contrato pode ser explícito ou implícito. Dependendo de diversos fatores, dentre eles o tipo de atividade e a praxe ou costume da cultura ou subcultura na qual aquela relação está sendo realizada.

Deve-se repetir, sempre, que por definição os atos profissionais devem ser exercidos prioritariamente em benefício do cliente. A desobediência deste princípio de beneficência motiva grande parte das infrações profissionais de todas as profissões e, mais ainda, os transtornos das relações profissional-cliente.

Uma categoria particular de ato profissional é o *ato médico* ou *ato profissional de médico*. Analogamente, deve-se atentar que a expressão *erro médico*, muito usada na mídia contemporânea, é uma contração da expressão *erro profissional de médico*. Não é restrito aos médicos, ainda que estes sejam muito mais cobrados por sua prática. A expressão *erro médico* tem sido empregada com propósitos antimédicos. Não deve ser usada por quem não se solidarize com esse propósito, a não ser que também fale (e, até, escreva) erro odontológico, erro advocatício, erro engenheiral e outros semelhantes. Curiosamente, nota-se que muitos médicos cultivam essa denominação, ao invés de preferir erro profissional de médico, o que conceitualmente seria melhor e politicamente mais correto.

Ato médico ou ato profissional de médico, que também pode ser denominado procedimento médico ou procedimento técnico específico de profissional da Medicina, é a ação ou o procedimento profissional praticado por um médico com os objetivos gerais de prestar assistência médica, investigar as enfermidades ou a condição de enfermo ou ensinar disciplinas médicas. Como prática clínica, é sempre exercido em favor de paciente que lhe solicitou ajuda ou está evidente que dela necessita, mediante contrato implícito ou explícito, utilizando os recursos disponíveis nos limites da previsão legal, da codificação ética, da possibilidade técnico-científica, da moralidade da cultura e da vontade do paciente. Essa ação ou procedimento deve estar voltada para o incremento do bem-estar das pessoas, a profilaxia ou o diagnóstico de enfermidades, a terapêutica ou a reabilitação de enfermos.

Na medida em que os procedimentos médicos só podem ser exercidos por pessoas legalmente habilitadas para exercer a Medicina, isto é, os médicos, é impossível fugir à tautologia de um ato médico ser uma ação ou atividade de médico. Mesmo que nem toda ação de um médico possa ser classificada como um procedimento médico - da mesma maneira que, por similitude, ocorre com o ato legislativo e o legislador.

Quando isso for possível, porque as ciências médicas não oferecem solução para todas as necessidades dos enfermos, o ato médico deve estar fundamentado em conhecimento aceito por sua comunidade profissional, cientificamente embasado na informação mais atual e ter como objetivo fomentar a saúde, evitar ou diagnosticar as enfermidades, e/ou tratar ou reabilitar os enfermos.

Um ato médico pode ter como objeto um indivíduo ou uma coletividade. E pode usar qualquer meio aceito pela comunidade científica como adequado para aquele propósito.

O exercício dos atos médicos é função privativa de quem é formado em Medicina em estabelecimento educacional oficial ou oficialmente reconhecido, estando, portanto, legalmente capacitado. Ademais, exige-se que esteja formalmente habilitado pelo Conselho Regional de Medicina de seu estado, e registrado no organismo competente de vigilância sanitária do sistema de saúde a que estiver vinculado.

Não é possível ser meio médico. Nem alguém pode ser uma fração qualquer de um médico. O especialista não é nem pode ser um pedaço de médico. É um médico inteiro, que atua com mais desembaraço e maior capacidade em determinada área da Medicina. Apesar disso nem sempre ser verdadeiro na prática, a especialidade deve enriquecer o médico e não empobrecê-lo em sua capacidade profissional, limitando-o.

Os atos médicos podem ser privativos de profissional médico ou podem ser compartilhados com outros profissionais, caso a legislação que regulamentou aquela profissão assim o determine. No entanto, mesmo que alguns atos profissionais médicos, eventualmente, possam ser compartilhados com agentes de outras profissões, nenhum deles lhe pode ser negado ou restrito.

Desta definição, ressaltam as seguintes observações:

- a. o ato médico é um ato profissional aceito pela comunidade médica e consoante com os objetos e os objetivos da Medicina, que deve estar, sempre que possível, sintonizado com o melhor conhecimento científico;
- b. reconhece-se na Medicina quatro objetos fundamentais e essenciais: o enfermo, a enfermidade, o indivíduo e a coletividade;
- c. o ato médico deve ser exercido sempre com boa-fé e em benefício de quem dele necessita (de preferência quando este expressa o desejo de ser atendido)

e cuidado, e consente nas medidas diagnósticas e terapêuticas que devem ser tomadas).

Esta exigência de beneficência é a mais importante nas profissões em geral. Porém, é particularmente importante nas profissões de serviço, em geral, e nas profissões de saúde, em particular.

O ato médico deve estar sempre limitado pela lei, pelo código de ética, pelas possibilidades técnico-científicas disponíveis, pela moralidade vigente na cultura e pela vontade do paciente;

O ato médico tipicamente clínico deve ter como objetivos algum dos objetivos mais amplos da Medicina: fomentar a saúde, evitar as enfermidades, diagnosticar as condições patológicas, tratar e reabilitar os enfermos;

Além dos atos médicos de natureza clínica existem atos profissionais de médico de natureza pericial, administrativa (planejamento e direção de serviços e programas) ou política (assessoria, conselho);

Um determinado ato profissional médico pode não ser privativo do profissional médico, nos casos em que ele compartilha muitos procedimentos com agentes de outras profissões, mas nenhum lhe pode ser negado a pretexto de ser compartilhado.

ALCANCE DOS ATOS MÉDICOS

Nem sempre os atos médicos se restringem à realização de procedimentos médicos mais conhecidos como tal. Como sucede com consultas e operações cirúrgicas. Porque, como já se disse, os atos médicos não incluem apenas os procedimentos exclusivamente médicos ou privativos de médicos, mas os atos e procedimentos tipicamente médicos que podem ser compartilhados com outros profissionais, em virtude de sua natureza ou de definição legal. Atos tipicamente médicos, mas não exclusivos da Medicina, podem ser compartilhados com agentes de outras profissões. E os médicos podem realizar alguns procedimentos típicos de outras profissões.

Como exemplo à assertiva acima, temos que muitas cirurgias buco-maxilo-faciais podem ser legalmente praticadas por médicos e por cirurgiões dentistas; a psicoterapia, entre nós, é compartilhada por médicos e psicólogos; procedimentos como injeções parenterais, curativos em lesões superficiais, colheita de material para exame mediante técnicas invasivas são compartilhados por médicos e por enfermeiros. Os médicos e os veterinários compartilham a capacidade de exercer inúmeros procedimentos, variando apenas o objeto de sua aplicação.

MODALIDADES DE ATOS MÉDICOS

Os atos tipicamente médicos, mas compartilhados com agentes de outras profissões, são:

1. Realização de atos profiláticos de enfermidade ou procedimentos higiênicos que possam ser ou vir a ser fomentadores de bem-estar individual ou coletivo;
2. Realização de procedimentos profiláticos ou reabilitadores que não impliquem em diagnosticar enfermidades ou realizar procedimentos terapêuticos e procedimentos diagnósticos;
3. Realização de exames subsidiários complementares do diagnóstico médico, nos termos da lei.

Por outro lado, os procedimentos profissionais privativos dos médicos são os seguintes:

- a. diagnóstico de enfermidades e indicação e realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos em enfermos;
- b. elaboração da história clínica (história da doença e anamnese), relatórios de exames e os respectivos laudos;
- c. execução e solicitação de exames físicos, psíquicos e complementares visando ao diagnóstico de enfermidades ou ao acompanhamento terapêutico;
- d. pedido, indicação, realização ou execução, interpretação, laudos e valorização de exames principais, subsidiários e complementares ou quaisquer outros procedimentos destinados ao diagnóstico médico, para os quais os médicos estejam devidamente capacitados e habilitados;
- e. realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos ou quaisquer outros com finalidade diagnóstica, profilática, terapêutica ou de reabilitação que impliquem em algum procedimento diagnóstico ou terapêutico;
- f. realização de perícias administrativas, cíveis ou penais em sua área de competência;
- g. acompanhamento, assessoria, avaliação e controle da assistência aos enfermos padecentes de qualquer enfermidade;
- h. indicação e execução de medidas de reabilitação em pessoas prejudicadas por enfermidade;
- i. exercer a direção de serviços médicos;
- j. planejamento, execução, controle, supervisão e auditoria de serviços médico-sanitários oficiais ou privados;
- k. ensinar as disciplinas médicas ou outras matérias relacionadas com sua atividade profissional.

TRABALHO SOCIAL, OCUPAÇÃO E PROFISSÃO

A lei ao estabelecer uma profissão, deve explicitar quais atos típicos a ela inerentes devem ser compartilhados com outras atividades profissionais e quais são aqueles que devem ser realizados unicamente por seus agentes.

Na linguagem do senso comum, denomina-se *profissão* a qualquer ocupação que exija conhecimentos ou habilidades consideradas como altamente especializados e cujo desempenho técnico e social demande algum tipo de controle. Toda profissão é um tipo de *ocupação* (trabalho social exercido com habitualidade e de onde a pessoa retira seu sustento). E a ocupação é uma modalidade particular de *trabalho social* (qualquer atividade econômica que alguém exerça para receber alguma retribuição, geralmente monetária).

Como termo técnico da sociologia do trabalho, define-se *profissão* como a atividade econômica especializada, permanente e institucionalizada legalmente, cujo *status* e papéis sociais de seus agentes podem ser modificados (mudanças culturais) no tempo e espaço, mas que conferem sempre nítida superioridade ao profissional em relação à sua clientela. Esta superioridade relativa decorre da vantagem que o profissional leva em matéria de

conhecimento. Mas é muito mais evidente nas profissões denominadas de saúde, nas quais, na maioria das vezes, o cliente vê ampliada essa desigualdade frente ao agente profissional porque está vivendo uma situação de maior ou menor vulnerabilidade (dor ou outra manifestação de sofrimento, medo, insegurança, ameaça ao próprio bem-estar, à integridade estrutural ou funcional ou, mesmo, à vida).

O conceito de *profissão de serviço* se aplica às ocupações que se destinam a prestar serviços, diferentemente daquelas que objetivam produzir bens. Denomina-se *profissão de saúde* a profissão que se destina a prestar serviços relacionados com o incremento, a conservação ou a recuperação da saúde.

Uma profissão se diferencia das demais ocupações pelas seguintes características conceituais:

- a. a atividade profissional deve desfrutar do reconhecimento de sua necessidade pública e de seu relevo social pela cultura;
- b. a existência de uma profissão, os limites de ação e as competências dos seus agentes são sempre definidos em lei;
- c. os agentes profissionais devem ter sua formação promovida ou controlada pelo Estado (geralmente de nível superior e reconhecida base científica), legalmente regulamentada, de caráter oficial ou oficialmente reconhecida;
- d. todos os agentes de uma profissão devem adesão obrigatória e submissão estrita a determinadas regras de conduta socialmente codificadas, de caráter nitidamente altruísta e claramente codificadas (que configuram as normas, os valores, os princípios e as regras da ética daquela profissão), cuja normatização, fiscalização e sanções competem a mecanismos e organizações oficiais legalmente instituídos;
- e. em todas as legislações instituidoras das profissões deve existir a definição dos atos que são privativos de seus agentes e dos que podem ser compartilhados com outros profissionais, além de dever existir a proibição legal expressa do exercício daquelas atividades por parte de não-membros da categoria;
- f. por causa da nítida superioridade que os agentes de uma profissão exercem sobre seus clientes, também deve haver completa submissão dos seus agentes profissionais a um processo permanente de normatização, fiscalização e controle de seu exercício.

Consoante a tradição anglo-saxônica, a profissão tem este sentido mais estrito de ocupação diferenciada pela formação superior - enquanto os europeus continentais costumam empregar este termo para designar quaisquer ocupações legalmente regulamentadas ou socialmente diferenciadas.

No primeiro desses sentidos da atividade profissional, a ética profissional (código de ética e de conduta prescritos para determinada atividade profissional) não deve ser considerada como uma dádiva dos profissionais, mas como compensação à sociedade pelos direitos que lhes são outorgados por ela através da lei, principalmente o monopólio do mercado de trabalho e de empregos. Monopólio que costuma ser objeto de vigilância mais ou menos estrita por parte dos organismos corporativos. A exemplo de seus antecedentes históricos, as guildas corporativas medievais, todas as entidades profissionais lutam por ampliar ou, no pior dos casos, manter seus limites de atuação no mercado de trabalho. Isto também ocorre com as entidades médicas, bem como na atividade de todos os demais

agentes profissionais cuja ação limita com a dos médicos. Por isso, muitas vezes, no afã de se mostrar não-corporativista, o médico, o dirigente de entidade profissional, pode exercer o corporativismo em favor de outras corporações e em desfavor dos interesses de sua categoria e da sociedade.

Até há bem pouco tempo, atribuía-se o estatuto de profissão no Brasil unicamente às ocupações obtidas em formação universitária. Atualmente, existem atividades ocupacionais de nível médio que são reconhecidas como profissões, bastando que estejam definidas em lei, exijam preparo específico e seus agentes estejam sujeitos a um código de conduta, como acontece com o pessoal de enfermagem de nível médio e elementar, por exemplo (embora esta designação seja considerada tecnicamente incorreta por muitos). A exceção da exceção é a categoria dos motoristas "profissionais", que exige unicamente alfabetização e capacidade técnica comprovada, sendo dispensadas de todas as demais exigências de profissionalidade.

PROFISSIONALIDADE

As profissões, os profissionais e os procedimentos que realizam variam em profissionalidade, a qualidade de tudo aquilo que é profissional. Pode-se definir profissionalidade como o conjunto de atributos que caracterizam o que é profissional. O conhecimento da noção de profissionalidade parece ser muito necessário porque nem todas as atividades profissionais (individuais ou coletivas) detêm o mesmo grau de profissionalidade. Isto é, nem todas apresentam o mesmo grau das características que tipificam aquela atividade como uma profissão. Ou seja, o teor de profissionalidade pode variar muito nas profissões e nos agentes profissionais. No plano individual, a proporção de profissionalidade - *professionalism*, em inglês, deve ser traduzido por profissionalidade em português (como, aliás, acontece com muitas outras expressões inglesas construídas com este mesmo sufixo) - determina a diferença entre o trabalho de um profissional (que faz seu dever) e o de um amador (que busca o prazer e a recreação).

Profissionalidade que muitos autores, entre nós, chamam *professionalismo* por causa da influência da língua inglesa e a atração ideológica que ela exerce, principalmente sobre os espíritos mais pequeninos e tendentes a serem colonizados.

O grau de profissionalidade é um dos fatores que possibilita a hierarquização dos profissionais. A proporção de profissionalidade presente em uma certa ocupação influi muito na imagem pública de seus agentes e instituições, ao mesmo tempo que determina a importância que a sociedade vai lhes atribuir (fator essencial na caracterização de uma profissão e do significado social que ela usufrua).

É possível reconhecer alguns *indicadores de profissionalidade*, entendendo-se assim algumas características que possam ser tidas como essenciais do desempenho profissional e que permitem identificar o agente profissional, a profissão e a conduta profissional. Nesse sentido, as diferentes profissões e os diferentes profissionais seriam ordenados em função destas características empregadas como indicadores de profissionalidade.

As características conceituais mais essenciais da profissão como modalidade de trabalho social são as seguintes:

1. Exercício privilegiado de uma atividade socialmente valorizada e legalmente instituída;
2. A liberdade de escolher os clientes e os meios para servi-los é uma característica essencial dos profissionais, ao menos como profissionais

liberais; uma profissão deve ser escolhida livremente e livremente exercida, o que fundamenta a maior responsabilidade do profissional;

3. Responsabilidade individual (cível, penal, administrativa e ética) dos agentes profissionais no desempenho de atos específicos de sua profissão;
4. Exigência e reconhecimento da capacidade técnica baseada no conhecimento teórico-acadêmico, na experiência prática controlada, o que corresponde a um nível superior de instrução demonstrada em exames oficialmente regulamentados e no reconhecimento pelos demais profissionais;
5. Atitude social e conduta profissional positivas permanentemente aferidas por um código de conduta que varia segundo o nível de organização da corporação e a consciência social de seu valor mas que se orienta pelo princípio da lealdade prioritária ao cliente e da consciência do dever;
6. A atividade profissional prioriza o bem público e o interesse da clientela, o que se traduz no grau de consciência social de seus praticantes e vem a resultar no seu reconhecimento legal, sendo outro importante fator de reconhecimento social; e, por último,
7. Nível elevado de altruísmo e de probidade por parte de seus praticantes em relação à sua clientela, reconhecendo-lhe a vulnerabilidade e a dissimetria na relação;

O controle da conduta dos agentes profissionais ultrapassa os limites de seu desempenho profissional estrito e se aplica à sua conduta pessoal e social sempre que esta possa prejudicar seu desempenho profissional ou a imagem da corporação.

Um agente profissional deve ser duplamente controlado: Tanto pelos mecanismos formais (conselhos profissionais, organismos estatais de vigilância) como pelos numerosos mecanismos informais de controle (por seus empregadores e colegas, pela opinião pública, pela opinião de seus clientes, pela imprensa, pelas entidades de defesa deste ou daquele interesse social e muitos outros mecanismos que exercem permanente vigilância sobre sua conduta e sobre a imagem que projeta na consciência social, especialmente na consciência moral de sua comunidade).

PROFISSIONAIS E CLIENTES

Os agentes sociais que interagem com os profissionais na sociedade, constituindo a contrapartida necessária de seu trabalho, são os *clientes*. A noção de cliente é complementar e necessária em relação à de profissional.

Profissionais e clientes são os pólos mais importantes quando sua relação pode ocorrer como uma atividade liberal, uma atividade econômica autônoma, uma relação direta entre ele e seu cliente. Ou sua relação econômica com seu cliente pode ser intermediada. É cada vez mais comum que a relação econômica entre os profissionais e os seus clientes sejam intermediadas por organizações sociais de natureza privada ou pública que financiam o pagamento dos atos profissionais. Nesta circunstância, os profissionais podem ser empregados assalariados (de empregadores públicos ou privados) ou podem ser agentes profissionais credenciados, recebendo sua remuneração por serviços prestados, sem que se configure uma relação empregatícia, com suas vantagens e desvantagens.

Nesta última condição, quando existe um intermediário entre o agente profissional e a pessoa que recebe o serviço que ele presta, o receptor do serviço é cliente da agência financiadora e usuário do prestador de serviço. Neste caso, o profissional entabula com quem precisa de seus serviços apenas dois planos de relação: a relação técnica e o relacionamento interpessoal. A relação econômico-financeira se dá entre o cliente e a agência financiadora. Ressalte-se que a responsabilidade profissional fica igualmente dividida entre estes dois agentes.

Essa divisão do relacionamento profissional – cliente ocorre em três níveis: econômico-financeiro; tecnocientífico; e a interação humana de caráter intersubjetivo. Esta multiplicidade de modos de relação pode criar inúmeros problemas éticos para o profissional. Um deles, talvez o mais gritante, seja a tendência de debitar ao cliente as contradições e os conflitos com a agência financiadora (governo, planos de saúde, agências seguradoras).

A LEGITIMIDADE DOS ATOS PROFISSIONAIS

Toda atividade profissional é propulsada essencial e juridicamente pelo que se denomina "*lex artis ad hoc*", que presume a diligência, a prudência e a perícia profissionais. Porque estes atributos caracterizam o procedimento profissional. Sua ausência presume a caracterização de conduta transgressora culposa. Na ação transgressora das normas sociais, diz-se que há dolo quando tenha resultado da intenção de chegar àquele resultado; e culpa, quando o dano é causado involuntariamente. Todo ato profissional presume preliminarmente estes três atributos. O caso contrário: quando há um dano para o cliente que tenha resultado da falta de um destes elementos essenciais, essa situação configura o que se denomina um erro profissional.

O erro profissional é uma transgressão culposa e se diferencia do *crime profissional*, uma transgressão dolosa, porque esta última condição se caracteriza pela intencionalidade da ação ou da omissão da qual tenha resultado o dano. O crime profissional, cometido no exercício de um procedimento profissional, também se diferencia do crime praticado por um profissional em circunstâncias alheias à sua prática ocupacional, apesar de ambos poderem ser caracterizados como dolosos.

CARACTERÍSTICAS DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

A responsabilidade é a faculdade pela qual uma pessoa ou organização responde pelas suas decisões, sem referência à vontade de outrem. A noção de responsabilidade implica nas noções de capacidade e de liberdade. A responsabilidade profissional no âmbito penal se dá no plano da infração do código penal. A responsabilidade civil é exercida sempre que há dano evitável e que se pode estabelecer uma relação causal entre este dano e um elemento de erro profissional (imperícia, imprudência ou negligência). E a responsabilidade ética se caracteriza pela infração de um ou mais dispositivos do código de ética e conduta da profissão a que pertença o profissional infrator.

A responsabilidade é uma conquista importante da civilização, como exigência do convívio social, e pode ser exercida em diversos planos da existência social, como responsabilidade civil, responsabilidade penal, responsabilidade administrativa, responsabilidade moral e responsabilidade social.

Na prática, a responsabilidade constitui importante indicador de profissionalidade. A responsabilidade social dos profissionais deve ser avaliada por sua conduta em três tipos de

relação: com os clientes, com os colegas e com a sociedade. E em cada um destes planos ela se exerce de maneira diferente e se radica em condutas sociais diversas.

ALTRUISMO, ALTERIDADE, TOLERÂNCIA E SOLIDARIEDADE

Dentre as qualidades profissionais, o altruísmo é tido universalmente como mais importante e exigível, principalmente com relação aos médicos. Complementando o altruísmo, existem duas qualidades que são muito esperadas nos médicos: a alteridade e a tolerância.

O altruísmo é obrigação de todos os profissionais em todas as profissões, embora sua exigência possa ser diferente nas diferentes atividades que merecem esta designação.

A alteridade é a maior ou menor facilidade com que alguém se relaciona respeitosamente com os demais, sobretudo com quem é diferente de si em características corporais ou culturais.

A tolerância é o respeito pelo direito alheio, pelo direito de alguém ser ou se comportar de modo reprovável pelo agente.

A solidariedade é a virtude cívica e civilizada pela qual as pessoas se obrigam a socorrer quem estiver em risco ou, de qualquer maneira, necessitar de ajuda.

Em todas as legislações acerca das profissões os legisladores são unânimes em afirmar o caráter primário da lealdade aos clientes como característica fundamental daquela atividade. Um profissional (agente de qualquer profissão) deve lealdade prioritária aos seus clientes, em cujo benefício deve agir. Só depois, em segundo plano, vêm seus compromissos para com a sociedade. E, só mais adiante, em terceiro plano, devem ser colocados os seus próprios interesses individuais ou sociais. O princípio da fidelidade ou da lealdade prioritária ao cliente se exerce em um *continuum* entre as diferentes profissões e os diferentes profissionais. Entretanto, em qualquer cultura que se examine, todas as populações e todas as legislações exigem mais altruísmo dos médicos, dos professores e dos sacerdotes do que dos demais agentes profissionais. Nas sociedades contemporâneas esse princípio é considerado um dos valores mais importantes de profissionalidade. Tanto em termos da avaliação das categorias profissionais quanto do exame da profissionalidade individual de cada um de seus agentes. De fato, em todas as populações, a determinação do grau de profissionalidade de uma categoria ocupacional ou de um certo agente profissional se faz, entre outras coisas, pela ponderação da prioridade que merecem os interesses dos seus clientes frente aos seus próprios.

É importante destacar que a responsabilidade profissional não pode ser compartilhada nem com outros profissionais da mesma categoria, quanto mais com outros de categorias diversas que formam uma equipe de serviços. A responsabilidade ética é assumida e cobrada individualmente.

No que respeita à capacidade técnica, o código definidor das profissões exige que todos os seus praticantes limitem sua atividade na prudência, no zelo cuidadoso e precavido, e na habilidade mínima requerida pelo exercício da ação. Como a responsabilidade profissional é solitária e se impõe a indivíduos isolados, a contrapartida ideológica tem sido a mobilização pela responsabilidade solidária, principalmente à custa das atribuições e atos dos médicos. Mas isto ainda se limita ao plano da ideologia, não está consagrado nas leis.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

Duas características essenciais assinalam a atividade profissional dos médicos e a diferenciam de todas as outras que lhes são análogas:

- a. a vulnerabilidade particular do paciente frente ao médico (mais do que nas outras profissões), e
- b. a incerteza do médico frente ao resultado das medidas terapêuticas que indicam ou aplicam aos doentes (que os caracteriza como profissionais responsáveis pelo empenho que mostrem e não pelo resultado que alcancem).

A Medicina é uma profissão de empenho e não de resultados. A não ser que o médico haja prometido algum resultado diretamente ou por algum tipo de publicidade.

A RELAÇÃO PROFISSIONAL-CLIENTE

Profissional e cliente são conceitos basicamente econômicos e indicam em sua intercomplementaridade uma modalidade particular de relação no mercado. Os conceitos de profissional e cliente (inclusive clientela) apontam para o caráter socioeconômico do trabalho, ainda que não se refira especificamente ao financeiro, nem o dinheiro ou outro valor material análogo intermedie aquele relacionamento. Estes conceitos se empregam para referir o nível profissional da interação. Enquanto a díade *médico-paciente* faz menção à atividade profissional médica; à interação de alguém que sofre com quem trata dele, de quem está ameaçado pela morte ou pela invalidez com quem pode salvá-lo deste destino. Na tradição dos médicos, acumulada em muitos séculos, esta parece ser a melhor designação para referir sua interação intersubjetiva com seus clientes. O paciente não é apenas o cliente do médico.

A designação *paciente*, tradicionalmente atribuída aos clientes dos médicos (e de outros profissionais da saúde), importa em destacar o reconhecimento de sua qualidade de enfermo não só como objeto de uma atuação científico-técnica mas, principalmente, como sujeito de uma interação interpessoal responsável e humana dirigida para libertá-lo do padecimento. Aliás, ao contrário do que muita gente parece pensar, o termo *paciente* provém de sofrente, molestado, afetado negativamente por uma enfermidade. Não tem qualquer conotação de passividade ou de dependência (nem com ter paciência, esperar passivamente, deixar-se levar, submeter-se ou agir pacientemente).

Enquanto a expressão *relação profissional-cliente* privilegia a dimensão contratual e mercantil da interação social e a expressão *relação prestador-usuário de um serviço* destaca a interação técnica, administrativa e civil no âmbito dos serviços públicos principalmente, a expressão *relação médico-paciente* destaca a interação humana e ética entre o padecente e quem trata dele. Mas tem alcance mais amplo e engloba todas as demais que foram mencionadas.

Em tese, todo profissional tende a se relacionar com vantagem para si. Considerando-se essa tendência e levando em conta que a relação profissional-cliente, em geral, é assimétrica em favor do profissional, o cliente fica em desvantagem. Isso é verdadeiro para toda relação profissional-cliente, o que exige medidas sociais de correção. Essa assimetria e essa desvantagem é bem mais nítida e prevalente na relação do profissional médico com o enfermo que ele assiste, seja qual for o propósito desta interação, mas é muito mais nítida nos casos mais graves e nas situações mais urgentes.

A dissimetria da relação médico-paciente em desfavor do paciente talvez seja o motivo mais importante da necessidade do rigor ético dos médicos. Porque a ética, como o

Direito, foi feita para proteger os mais fracos e compensar sua fraqueza diante dos mais fortes. O que é muito mais importante quando se trata de pacientes com enfermidades mentais. O segundo destes aspectos, a incerteza dos resultados dos atos médicos, coloca outras peculiaridades do trabalho profissional do médico: o médico nunca deve prometer resultados (por mais fácil que pareça ser a tarefa), nem deve responder pelo resultado de seu trabalho, mas por seu empenho.

A Medicina se pratica no vértice de duas complexidades inter-complementares, que podem ser esquematicamente dispostas nas seguintes categorias:

- a. a complexidade de seu objeto; e
- b. a complexidade de seus recursos e dos métodos diagnósticos e terapêuticos que utiliza.

Quanto ao seu objeto, podem-se identificar outros níveis de complexidade, devendo-se destacar:

- a1) a complexidade das enfermidades (enfermidades por danos negativos, enfermidades por danos positivos e enfermidades por danos sentidos);
- a2) a complexidade dos seres humanos (como expressão mais completa dos fenômenos vivos de natureza biopsicossocial); e
- a3) a complexidade das interações possíveis entre estes dois estratos complementares da realidade, os enfermos e as enfermidades.

Quanto aos métodos empregados pelos médicos para prevenir e diagnosticar as enfermidades e para tratar e reabilitar os enfermos, não é possível ignorar o quanto a ciência avançou nesta direção, sobretudo nos últimos cem anos. Não se pode ignorar o quanto se descobriu de seus muitos mistérios e o quanto se pode pressentir daquilo que ainda não se conhece. O conhecimento médico está se desenvolvendo em razão exponencial, gerando informações e tecnologias que se fazem obsoletas em menos de dez anos. Boa parte delas, em menos de cinco.

Sua natureza profissional extremamente complexa como fenômeno social, técnico-científico e humano marca muito a Medicina (até porque ela foi uma das primeiras e é uma das mais destacadas profissões) e a caracteriza; um médico é um técnico, mas jamais apenas um técnico; o que se verifica não por cabotinismo ou onipotência, mas essencialmente por causa de sua dimensão ética e das responsabilidades nela implícitas e da dignidade essencial da pessoa enferma sobre a qual ela desempenha sua atividade. E esta dimensão humana e ética da relação médico-paciente é e deve ser muito mais ampla na Medicina do que em qualquer outra profissão. A dimensão humana presente no encontro intersubjetivo é o elemento mais importante da atividade médica.

NATUREZA TRIDIMENSIONAL DA RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE

Um importante aspecto da complexidade da Medicina resulta da complexidade de sua estrutura como atividade humana. A relação médico-paciente põe em foco três modalidades particulares de interação entre pessoas, que perfazem as três dimensões que existem em cada relação profissional, mas que é bem mais nítida na Medicina do que em todas as outras. Tais dimensões são:

- a. uma relação socioeconômica, porque a execução de todo ou qualquer ato profissional, inclusive de um ato médico, presume a existência de um *contrato de prestação de serviço* (que pode ser explícito ou tácito, de

acordo com a representação cultural do serviço e a praxe do lugar onde ele se concretize), mas que se organiza como uma atividade do mercado de trabalho social;

- b. uma relação técnico-científica, pois todo procedimento profissional, especificamente todo ato médico, naquilo que for possível, deve ser uma atividade cientificamente fundamentada, uma aplicação científica, uma técnica destinada a controlar a natureza em benefício da humanidade em geral e de cada doente em particular. Um instrumento criador e aperfeiçoador do conhecimento científico a serviço dos seres humanos. Ainda que o ato médico não se confunda com a atividade científica, nem deva ser reduzido a ela, não pode ser entendido a não ser como ciência aplicada, uma modalidade de tecnologia. O ato médico não necessita ser obrigatoriamente científico, mas não pode contrariar o que tenha sido cientificamente estabelecido. Pois nem todo ato médico é uma aplicação científica. Isso não pode acontecer sempre porque o conhecimento científico ainda não tem resposta para todos os problemas postos pelas enfermidades e necessidades dos enfermos. Não à toa a Medicina costuma ser definida, com muita propriedade, como ciência e arte de curar;
- c. Uma relação intersubjetiva de ajuda, de alguém que a necessita com alguém que a possa exercer; posto que os atos médicos, sobretudo no domínio da clínica, configuram uma interação de alguém que precisa de ajuda com alguém que está apto, capaz e habilitado para ajudá-lo.

A MEDICINA

A Medicina é uma profissão conhecida de modo registrado desde o início dos tempos históricos. Mas, certamente, já existia muito antes disso na atividade dos xamãs, dos feiticeiros, dos curandeiros e dos sacerdotes. Uma avaliação histórica mais recente mostra que até o Renascimento existiam unicamente duas profissões de saúde: a Medicina e a Farmácia. Pouco depois, em alguns países, surgiu a Odontologia (que em muitos lugares continua sendo uma especialidade médica). No século XIX, depois da Guerra da Criméia, foi reconhecida mundialmente a profissão de Enfermagem. No século XX, diversas profissões apareceram na área da saúde, quase todas atuando em atividades que, anteriormente, eram exclusivamente médicas, tais como a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Biomedicina e a profissão dos técnicos de radiologia, exemplos de profissões que foram retiradas do corpo da Medicina e se tornaram independentes por força da legislação. Noutro extremo está a Psicologia, que, a rigor, não é uma profissão apenas da área dos serviços que prestam serviços de saúde. Além desta, também integra o campo das profissões pedagógicas (através da Psicologia Educacional) e das profissões de administração, especialmente da administração de recursos humanos (através da Psicologia Organizacional).

OBJETO DA MEDICINA

O objeto inicial da Medicina, desde quando surgiu na pré-história, era o doente, a pessoa que padecia uma enfermidade, uma condição de sofrimento, fosse objetivo ou subjetivo. Como se verificou a impossibilidade de conceituar o doente separadamente de sua doença, o objeto inicial da Medicina pode ser bipartido: o enfermo e sua enfermidade.

Com o passar do tempo este duplo objeto subdividiu-se: a enfermidade e o enfermo individual e a coletividade afetada por uma enfermidade. Tudo isto, pelo exercício de uma profissão, uma atividade técnico-científica (a Medicina racional ou científica) e uma forma particular de interação humana (a relação intersubjetiva).

OBJETIVOS DA MEDICINA

Desde sua origem na Antigüidade remota, a Medicina se impôs como atividade social de ajuda aos enfermos e técnica de diagnosticar e curar. Depois, assumiu responsabilidade com a tecnologia de reabilitar e as tarefas relacionadas com a profilaxia das enfermidades e o fomento ao bem-estar individual e coletivo.

Em quase todas as culturas passadas e presentes, os profissionais médicos foram reconhecidos como agentes sociais que exercem uma atividade necessária, difícil e responsável. À Medicina sempre foram atribuídas cinco funções sociais:

- a. a assistência aos enfermos;
- b. a pesquisa sobre as doenças e sobre os doentes;
- c. o ensino das matérias médicas;
- d. o exercício da perícia; e, mais recentemente;
- e. a supervisão das auditorias técnicas médicas.

Praticamente, todos os historiadores e epistemólogos da Medicina, em todas as sociedades modernas, sustentam que a Medicina deve perseguir alguns objetivos gerais, através do desenvolvimento de sua atividade nas três dimensões que lhe são próprias (a humanista, a profissional e a tecno-científica). Ainda que se reconheça a supremacia do encontro interpessoal, da sua dimensão humana. Mas, também se considera o risco da preponderância extremada da dimensão pessoal na interação.

COMO SE IMPLEMENTAM OS OBJETIVOS DA MEDICINA:

Considerando-se as opiniões largamente estabelecidas, pode-se dizer que são atividades dos profissionais da Medicina:

- a. conhecer os enfermos e as enfermidades que os fazem enfermar, reconhecendo seus condicionantes e seus mecanismos agravantes e de interação mútua e, sobretudo, as manifestações clínicas que possibilitem seu reconhecimento, criando métodos e técnicas que permitam diagnosticar tais enfermidades com a maior certeza possível nas fases mais precoces de sua evolução mórbida;
- b. criar, aperfeiçoar e aplicar procedimentos técnicos destinados a evitar que as pessoas enfermem e a lhes prolongar a vida, a melhorar-lhes os níveis de bem-estar físico, mental e social ou, ao menos, a diminuir-lhes o sofrimento e o mal-estar;
- c. desenvolver os recursos mais confiáveis e válidos para evitar a evolução das enfermidades e desenvolver meios para diagnosticar, tratar e, se possível, curar os pacientes que enfermaram, de tal maneira que a enfermidade lhes deixe o mínimo de seqüelas permanentes;

- d. promover medidas que possibilitem aliviar o sofrimento dos que padecem uma moléstia;
- e. exercer esforços para reabilitar total ou parcialmente as pessoas afetadas por incapacidade e invalidez ocasionadas por patologias ou traumatismos.
- f. realizar perícia médica, auditoria médica, supervisionar e ensinar Medicina; e
- g. integrar, dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar serviços e procedimentos médicos.

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior
1º Secretário

Projeto de Lei do Senado nº 25, de 27 de fevereiro de 2002

Define o ato médico e dá outras providências

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para:

I - a promoção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia;

II - a prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;

III - a prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos.

Parágrafo único. As atividades de prevenção de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico.

Art. 2º Compete ao Conselho Federal de Medicina, na qualidade de órgão normatizador e fiscalizador do exercício da Medicina no País, nos termos do artigo anterior:

I - fixar a extensão e natureza dos procedimentos próprios dos profissionais médicos, determinando, quando necessário, o campo privativo de atuação desses;

II - definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Art. 3º As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos incluem-se entre os atos médicos e devem ser unicamente exercidos por médicos.

Art. 4º A infração aos dispositivos desta lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do Código Penal Brasileiro.

Art. 5º O disposto nesta lei não se aplica ao exercício da Odontologia e da Medicina Veterinária, nem a outras profissões de saúde regulamentadas por lei, ressalvados os limites de atuação de cada uma delas.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Justificação

A Medicina é uma profissão conhecida desde a Antigüidade, cujos registros remontam ao início dos tempos históricos. Até o Renascimento, existiam unicamente duas profissões de saúde: a Medicina e a Farmácia. Passado algum tempo, surgiu a Odontologia. No século XIX, a Enfermagem. No século XX, surgiram diversas profissões na área da saúde, tais como a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Biomedicina, e outras, quase todas atuando em atividades que, no passado, eram exclusivamente médicas.

A proliferação dessas profissões vem gerando a necessidade de as instâncias responsáveis pela normatização e fiscalização do exercício da Medicina recorrerem ao conceito e à extensão do ato médico, entendido como o procedimento específico do exercício dessa atividade, como forma de delimitar o campo de atuação do profissional médico.

Por este motivo, torna-se necessário estabelecer uma clara categorização legal dos procedimentos médicos, permitindo a identificação precisa dos atores participantes de tão nobre atividade profissional, no que concerne as suas responsabilidades para com o indivíduo e com a sociedade.

Nesse sentido, o escopo deste projeto tem por base a diretriz estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1.627/2001.

Pelo inatacável mérito do projeto que ora submetemos à apreciação do Senado Federal, cujo objetivo é exatamente a caracterização legal dos procedimentos médicos, conclamamos nossos pares a aprová-lo.

Sala das Sessões, 27 de fevereiro de 2002.
Senador Geraldo Althoff – SC

Emendas ao Ato Médico – 04/12/2002

EMENDA Nº 1 – CCJ

Inclua-se, no art. 1º, o seguinte § 2º, renumerando-se o parágrafo único §1º: § 2º As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem a execução de diagnósticos e indicações terapêuticas podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais de saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

EMENDA Nº 2 – CCJ

Dê-se ao art. 2º, seguinte redação: Art. 2º Compete ao Conselho Federal de Medicina, nos termos do artigo anterior e respeitada a legislação pertinente, definir, por meio de resolução, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos profissionais médicos.

EMENDA Nº 3 – CCJ

Dê-se, 3º a seguinte redação, com a adoção de parágrafo único:

Art. 3º. As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão, desde que vinculadas, de forma imediata e direta a procedimento médicos e, ainda, as atividades de ensino de procedimentos médicos privativos, incluem-se entre os atos médicos e devem ser unicamente exercidas por médicos.

Parágrafo único: Excetuam-se da exclusividade médica prevista no *caput* deste artigo as funções de direção administrativa dos estabelecimentos de saúde e as demais atividades de direção, chefia, perícia, auditoria ou supervisão que dispensem formação médica como elemento essencial à realização de seus objetivos ou exijam qualificação profissional de outra natureza.

Projeto de Lei do Senado nº 25/02 (emendado)
Aprovado em 04/12/2002 na Comissão de Constituição e Justiça

Art. 1º Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para:

I - a promoção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia;

II - a prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;

III - a prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos.

(Renumerado) Parágrafo 1º - As atividades de prevenção de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico.

(Incluído) Parágrafo 2º - As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem a execução de diagnósticos e indicações terapêuticas podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais de saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente.

(Recebeu nova redação/ excluídos incisos I e II) Art. 2º Compete ao Conselho Federal de Medicina, nos termos do artigo anterior e respeitada a legislação pertinente, definir, por meio de resolução, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos profissionais médicos.

(Recebeu nova redação) Art. 3º As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão, *desde que vinculadas, de forma imediata e direta a procedimento médicos e, ainda*, as atividades de ensino de procedimentos médicos privativos, incluem-se entre os atos médicos e devem ser unicamente exercidas por médicos.

(Incluído) Parágrafo único: Excetua-se da exclusividade médica prevista no *caput* deste artigo as funções de direção administrativa dos estabelecimentos de saúde e as demais atividades de direção, chefia, perícia, auditoria ou supervisão que dispensem formação médica como elemento essencial à realização de seus objetivos ou exijam qualificação profissional de outra natureza.

Art. 4º A infração aos dispositivos desta lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do Código Penal Brasileiro.

Art. 5º O disposto nesta lei não se aplica ao exercício da Odontologia e da Medicina Veterinária, nem a outras profissões de saúde regulamentadas por lei, ressalvados os limites de atuação de cada uma delas.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

PARECER Nº , DE 2004

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA sobre o Projeto de Lei do Senado nº 25, de 2002, que define o ato médico e dá outras providências, e sobre o Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, que dispõe sobre o exercício da Medicina.

RELATOR: Senador TIÃO VIANA

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei do Senado nº 25, de 2002, proposição legislativa de iniciativa do Senador Geraldo Althoff, define “ato médico”, confere competência ao Conselho Federal de Medicina para fixar sua extensão e natureza, e determina quais atividades são privativas de médicos. O projeto eleva à condição de norma legislativa dispositivos que constam de resolução do Conselho Federal de Medicina sobre a mesma matéria.

Esse projeto passou a ser conhecido e referido como “Projeto de Lei do Ato Médico”.

Em seu art. 1º e incisos, o projeto considera “ato médico” todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para a promoção primária (definida como “promoção da saúde, prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia”), para a prevenção secundária (definida como “prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos”) ou para a prevenção terciária (definida como “prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos”).

As atividades que “envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem indicação terapêutica são atos privativos do profissional médico”, segundo dispõe o parágrafo único do art. 1º.

O art. 2º da proposição confere competência ao Conselho Federal de Medicina, “na qualidade de órgão normatizador e fiscalizador do exercício da medicina no País”, para “fixar a extensão e a natureza dos procedimentos próprios dos profissionais médicos, determinando, quando necessário, o campo privativo de atuação desses”, e para “definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos”.

O art. 3º estabelece que “as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos incluem-se entre os atos médicos e devem ser unicamente exercidos por médicos”.

Por fim, tipifica como crime de exercício ilegal da Medicina a infração ao que dispõe a lei em que o projeto se transformar (art. 4º), observando que o disposto não se aplica ao exercício da Odontologia, da Medicina Veterinária e de outras profissões de saúde regulamentadas por lei, “ressalvados os limites de atuação de cada uma delas” (art. 5º).

A proposição é justificada pela necessidade de delimitar o campo de atuação do profissional médico frente à “proliferação” de profissões de saúde, “quase todas atuando em atividades que, no passado, eram exclusivamente médicas”. Tornar-se-ia necessário, assim, “estabelecer uma clara categorização legal dos procedimentos médicos, permitindo a identificação precisa dos atores participantes de tão nobre atividade profissional”.

O Projeto de Lei do Senado nº 25, de 2002, já foi analisado por esta Comissão. Aqui recebeu aperfeiçoamentos, na forma de três emendas e uma subemenda, segundo as quais:

a) as atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem a execução de diagnóstico e indicações terapêuticas podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais de saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente (novo § 2º do art. 1º);

b) foi corrigida a inconstitucionalidade do art. 2º original, que atribuía competência legislativa ao Conselho Federal de Medicina;

c) são definidas como funções privativas do médico apenas as de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, a procedimentos médicos (novo caput do art. 3º);

d) as funções de direção administrativa de estabelecimentos de saúde e de direção, chefia, supervisão etc., que dispensem formação médica ou exijam qualificação profissional de outra natureza, não são incluídas entre aquelas privativas de médico.

Encaminhado à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o projeto foi distribuído e redistribuído quatro vezes, antes de o requerimento de sua tramitação conjunta com o Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, ter sido aprovado.

Um requerimento para a realização de audiência pública com o objetivo de instruir a matéria foi aprovado na CAS, ainda na legislatura passada, mas a referida audiência não foi realizada.

O Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, de autoria do Senador Benício Sampaio, dispõe sobre o exercício da Medicina, e passou a ser conhecido como o “Projeto de Lei do Médico”, em um paralelo com a “Lei do Advogado”, já existente.

Propõe-se – conforme a justificção – a dar organicidade à matéria que regula o exercício da profissão médica em nosso País e que se encontra dispersa em quatro leis, um decreto e numerosas resoluções do Conselho Federal de Medicina, consolidando-a no que tem de princípios organizadores e normas gerais, e ampliando seu tratamento.

Compõe-se de cinco títulos (Da Medicina, Dos Conselhos de Medicina, Do Processo no Conselho Federal de Medicina, Da Ética Médica e Das Disposições Gerais e Transitórias), no âmbito dos quais dispõe sobre as atividades, direitos e deveres do médico; sobre o emprego médico; sobre a constituição e competências dos conselhos de Medicina; sobre o processo disciplinar e sobre a ética médica.

Diferentemente do primeiro, o Projeto de Lei do Médico não define o que é “ato médico” e, sim, o que são “atividades privativas do médico”.

Os dois projetos deveriam ter tido a mesma tramitação, isto é, serem apreciados pelas comissões de Constituição, Justiça e Cidadania e de Assuntos Sociais. No entanto, o Projeto de Lei do Médico não chegou a ser apreciado por esta CCJ, em razão da aprovação do requerimento de tramitação conjunta com o Projeto de Lei do Ato Médico.

Aprovado o requerimento, ambos os projetos voltam à apreciação desta Comissão, após o que irão, em decisão terminativa, à análise da Comissão de Assuntos Sociais.

II – ANÁLISE

A atenção à saúde – um campo de atuação profissional quase que exclusivamente do médico, num passado não muito distante, – é, hoje, necessariamente, multidisciplinar, compartilhado por novos profissionais.

A causa dessa mudança, que trouxe novos atores para o campo da atenção à saúde, foi o grande desenvolvimento da ciência e da tecnologia biomédicas, ocorrido, principalmente, a partir de meados do século passado, que alterou os meios, as práticas e os processos do trabalho em saúde e é responsável pela crescente especialização, no exercício da Medicina.

A divisão de trabalho dessa nova equipe de saúde está, ainda, em processo. Os diferentes perfis de competências e habilidades dos diversos atores vão sendo conformados na prática cotidiana dos serviços, sob a pressão não apenas das novas tecnologias como dos novos problemas organizacionais e de saúde.

Esse compartilhamento do campo de trabalho, no entanto, não vem sendo feito, sempre, de modo harmônico, com invasões de uns nas áreas de atuação dos outros, na medida em que esses campos de atuação não estão perfeitamente delimitados.

Num mercado de trabalho em que já se sente a plethora da oferta de alguns desses profissionais – em especial de médicos –, a valorização das contribuições dos diferentes membros da equipe não é uniforme e a definição do grau de autonomia relativa de cada um se torna imperativo.

De qualquer forma, não há dúvida de que, para a defesa da saúde dos pacientes e das comunidades atendidas por essas equipes e profissionais, se faz necessário determinar “o campo privativo de atuação” dos médicos e delimitar o dos demais participantes da equipe de saúde.

Como já se explicou, o Projeto de Lei do Ato Médico e o Projeto de Lei do Médico tratam diferentemente a questão: enquanto o primeiro conceitua “ato médico”, o segundo estabelece o que são “atividades privativas do médico”.

Creemos que essa segunda alternativa contorna o difícil problema de definir “ato médico”, ao mesmo tempo em que prescinde de recorrer a outras conceituações – como é o caso do muito discutível conceito de “prevenção”, presente na resolução do Conselho Federal de Medicina e no Projeto de Lei do Ato Médico.

Essa formulação – a determinação dos atos que são privativos do médico, no âmbito de atuação das equipes de saúde – faz uma delimitação mais precisa e bem mais clara do campo privativo de atuação do médico no contexto da atenção à saúde, seja de um indivíduo, seja de uma comunidade. Por decorrência, determina, também de forma mais clara, os limites da atuação dos demais membros da equipe de saúde.

Da mesma forma – e na medida em que esta Comissão já se manifestou sobre que funções devem ficar reservadas aos médicos –, cremos de bom alvitre manter sua decisão relativa à coordenação, chefia, direção técnica, perícia, auditoria, supervisão e ensino de procedimentos médicos. No entanto, não incluímos entre as funções privativas de médico as de direção administrativa de serviços de saúde e aquelas, desse rol, que dispensem formação médica ou exijam qualificação profissional de outra natureza.

Concordamos, também, com o posicionamento anterior desta Comissão – contrário, por ser inconstitucional – no que se refere à delegação de competência legislativa ao Conselho Federal de Medicina, segundo o art. 2º do Projeto de Lei do Ato Médico.

O poder de legislar compete ao Legislativo, enquanto o poder regulamentar pertence ao Executivo. Fazendo nossas as palavras do relator que nos antecedeu na análise da matéria, nesta Comissão – o Senador Antônio Carlos Júnior –, mesmo que se concedesse ao Poder Executivo a competência para expedir as normas a que se refere, o dispositivo seria inconstitucional.

É, ademais, indubitavelmente ilegal, na medida em que a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os conselhos de Medicina, em nenhum momento confere a essas entidades a condição de “órgão normatizador” e – novamente citando o Senador Antônio Carlos Júnior – nem poderia fazê-lo, em face dos princípios constitucionais e da competência dos poderes estabelecidos pela Constituição do Brasil.

Por fim, é nosso ponto de vista que a consolidação dos atos normativos relativos ao exercício da Medicina, proposta pelo Projeto de Lei do Médico, não traz benefícios ao exercício dessa atividade nem das demais profissões de saúde em nosso País.

III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela rejeição do Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, e pela aprovação do Projeto de Lei do Senado nº 25, de 2002, nos termos do substitutivo que se segue:

EMENDA Nº 1 – CCJ
PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 25(SUBSTITUTIVO), DE 2002

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O médico desenvolverá suas ações no campo da atenção à saúde humana para:

- I – a promoção da saúde;
- II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
- III – a reabilitação dos enfermos.

Parágrafo único. São atos privativos de médico a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças.

Art. 2º Compete ao Conselho Federal de Medicina definir, por meio de resolução, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados, para utilização pelos médicos.

Art. 3º São privativas de médico as funções de coordenação, chefia, direção técnica, perícia, auditoria, supervisão e ensino vinculadas, de forma imediata e direta, a procedimentos médicos.

Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde e as funções de direção, chefia e supervisão que não exijam formação médica não constituem funções privativas de médico.

Art. 4º A infração aos dispositivos desta Lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do art. 282 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940).

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, 30 de junho de 2004

, Presidente

, Relator

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

PARTE I – PERFIL PROFISSIONAL/ASSOCIATIVO

BLOCO 1 – Identificação do depoente

1) Dados pessoais

Nome do depoente:

Data de nascimento:

Naturalidade:

Nacionalidade:

2) Formação acadêmica

2.1 – Graduação:

? Curso:

? Local:

? Início:

? Término:

? Por que o(a) Sr(a) escolheu a Medicina/ a Enfermagem/ a Psicologia?
Poderia falar sobre isto?

2.2 – Pós-graduação:

? Relacionar os Cursos de Especialização, Mestrado, Doutorado etc.

? Curso:

? Local:

? Início:

? Término:

? Por que o(a) Sr(a) escolheu este Curso de Pós-graduação?
Poderia falar sobre isto?

BLOCO 2 – Atividades Profissionais

1) Relacionar as atividades desempenhadas pelo entrevistado

1.1) VIDA PROFISSIONAL

? O(A) Sr(a) tem um cronograma semanal de atividades profissionais?
Poderia descrevê-lo?

1.1.1) Consultório Particular

? O(A) Sr(a) tem (teve) consultório particular?
Próprio ou locado?

- Em que local?
- Desde quando? Há quanto tempo?
- Por que o(a) Sr(a) optou por desenvolver sua atividade profissional em consultório privado?
- Esta é a sua principal atividade remunerada?
- ? Que tipos de dificuldades o(a) Sr(a) encontrou para se estabelecer como autônomo(a)?
- ? No início, o(a) Sr(a) já mantinha clientes ou começou do zero?
- Como o(a) Sr(a) constituiu a sua clientela?
- Atualmente, o(a) Sr(a) tem clientela estabelecida?

1.1.2) Docência

- ? O(A) Sr(a) exerce (exerceu) atividade docente?
- Por quê?
- De que forma ? Celetista ou concursado?
- Em qual(is) local(is)?
- Em que período?
- Por quanto tempo? Desde quando?
- Poderia falar sobre esta experiência?

1.1.3) Atuação no Serviço Público

- ? O(A) Sr(a) é funcionário(a) público(a)?
- ? Em que esfera, municipal, estadual, federal?
- Qual(is) função(ões) o(a) Sr(a) desempenha?
- Em que local(is)?
- Como se deu o seu ingresso? Desde quando?
- Poderia falar sobre esta experiência?
- ? Após quantos anos o(a) Sr(a) se percebeu estabelecido(a) como profissional?
- ? De que forma o(a) Sr(a) percebe o mercado de trabalho na atualidade comparado com o cenário da época em que se graduou?

BLOCO 3 – Atividades associativas

1) Relacionar participação em Sindicatos, Conselhos Profissionais, Partidos políticos etc.

1.1) Durante a Graduação:

- ? O(A) Sr(a) participou da militância estudantil?
- De que forma? Exercendo que tipo de função?
- Quando? Por quanto tempo?
- Por quais motivos?
- O(A) Sr(a) poderia falar sobre esta experiência?
- ? O(A) Sr(a) participou de algum Partido Político?
- De qual?
- Quando e de que forma? Exercendo que tipo de função?

Por quais motivos?

O(A) Sr(a) poderia falar sobre esta experiência?

1.2) Depois de formado:

- ? O(A) Sr(a) participa (participou) de movimentos sindicais?
 - Desde quando participa?
 - Em que período participou?
 - De que forma?
 - Exercendo que tipo de função?
 - Por quais motivos participa (participou)?
 - Por quais motivos deixou de participar?
 - Poderia falar sobre esta experiência?
- ? Participa (ou participou) do Conselho Regional de sua profissão?
 - Quando foi o ingresso?
 - Em que período participou?
 - De que forma?
 - Exercendo que tipo de função?
 - Por quais motivos participa (participou)?
 - Por quais motivos deixou de participar?
 - Poderia falar sobre esta experiência?
- ? Participa (ou participou) do Conselho Federal de sua profissão?
 - Quando foi o ingresso?
 - Em que período participou?
 - De que forma?
 - Exercendo que tipo de função?
 - Por quais motivos participa (participou)?
 - Por quais motivos deixou de participar?
 - Poderia falar sobre esta experiência?
- ? Poderia falar sobre esta experiência?
- ? É (Foi) filiado(a) a algum Partido Político?
 - Desde quando?
 - Em que período foi filiado(a)?
 - De que forma?
 - Exercendo que tipo de função?
 - Por quais motivos é (foi) filiado(a)?
 - Como é (foi) a sua participação?
 - Por quais motivos participa (participou)?
 - Por quais motivos deixou de participar?
 - Poderia falar sobre esta experiência?

PARTE II – ATO MÉDICO

BLOCO 1

1) Origem

1.1) Gerais

- ? Qual é a sua vinculação com a regulamentação do “ato médico”?
Poderia falar sobre esta experiência?
- ? Como o(a) Sr(a) avalia a questão da regulamentação do “ato médico”?
- ? Por que regulamentar o “ato médico” nos dias de hoje?
- ? Na sua opinião, o que significa regulamentar o “ato médico”?
- ? Na sua opinião, de onde vem a necessidade de se regulamentar o “ato médico” no Congresso Nacional?
- ? Na sua opinião, que efeitos e desdobramentos a regulamentação do “ato médico” pode trazer para a corporação médica?
E para as demais profissões da área de saúde?

1.2) Específicas

1.2.0) Para Geraldo Althoff

- ? O PLS n.º 25/2002 foi a primeira tentativa de se regulamentar o “ato médico”?
O Sr poderia apontar outras tentativas?
- ? Por que o Sr se propôs a redigir um projeto de lei para regulamentar o “ato médico”?
Como foi o processo de elaboração do texto?
O Sr foi contatado por CRM’s e pelo CFM para elaborar o PLS n.º 25/2002?
Como foram estes contatos?
- ? Por que a Resolução CFM n.º 1.627/01 serviu de base para a elaboração do texto do PLS n.º 25/2002?
Outras fontes foram utilizadas para a elaboração do texto do PLS n.º 25/2002?
Quais?
Por quê estas fontes foram utilizadas?
- ? Por que no PLS n.º 25/2002, o “ato médico” define de forma tão abrangente os três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário)?
- ? A que o Sr atribui o fato de a profissão médica ainda não ter sua prática regulamentada?
- ? Como o Sr avalia a mobilização da corporação médica em torno da aprovação do PLS n.º 25/2002?
- ? De que forma o(a) Sr(a) avalia a reação negativa que a regulamentação do “ato médico” provocou nos profissionais não-médicos?

O Sr esperava que a regulamentação do “ato médico” gerasse tanta polêmica?

Quais são as suas impressões acerca deste fato?

1.2.1) Para Médicos

? A que o(a) Sr(a) atribui o fato de a profissão médica ainda não ter sua prática regulamentada?

Por quê?

? De que forma o(a) Sr(a) avalia a reação negativa que a regulamentação do “ato médico” provocou nos profissionais não-médicos?

O Sr esperava que a regulamentação do “ato médico” gerasse tanta polêmica?

Quais são as suas impressões acerca deste fato?

1.2.2) Para Enfermeiros

? Na sua opinião, qual(is) razão(ões) motivaram a elaboração do PLS n.º 25/2002?

? Qual(is) interesse(s) o(a) Sr(a) acha que estão em jogo?

1.2.3) Para Psicólogos

? O PLS n.º 25/2002 foi a primeira tentativa de se regulamentar o “ato médico”?

O(A) Sr(a) poderia apontar outras tentativas?

? Na sua opinião, qual(is) razão(ões) motivaram a elaboração do PLS n.º 25/2002?

? Qual(is) interesse(s) o(a) Sr(a) acha que estão em jogo?

BLOCO 2 – Tramitação

1) Gerais

? O(A) Sr(a) conhece o texto da Resolução CFM n.º 1.627/01, que define o “ato médico”?

De que forma tomou conhecimento de sua existência?

Qual é a sua opinião a respeito do seu conteúdo?

O que o(a) Sr(a) conhece da elaboração desta Resolução?

Na sua opinião, qual(is) razão(ões) motivaram a elaboração desta Resolução?

? O(A) Sr(a) conhece o texto do PLS n.º 25/2002, que está tramitando no Senado?

De que forma tomou conhecimento de sua existência?

Qual é a sua opinião a respeito do seu conteúdo?

O que o(a) Sr(a) conhece da elaboração deste Projeto de Lei?

O que o(a) Sr(a) sabe sobre esta tramitação?

Na sua opinião, qual(is) razão(ões) motivaram a apresentação deste Projeto no Senado?

- ? O(A) Sr(a) é (foi) atuante na discussão do PLS n.º 25/2002?
Em que período? Desde quando?
De que forma?
- ? O(A) Sr(a) participou de alguma Sessão no Senado que tratasse do PLS n.º 25/2002
Quando?
De que forma?
Poderia falar sobre esta experiência?
- ? O(A) Sr(a) conhece as Emendas apresentadas ao PLS n.º 25/2002 durante as Sessões da CCJC do Senado?
Como tomou conhecimento de sua existência?
Qual é sua opinião a respeito do conteúdo destas Emendas?
Na sua opinião, as Emendas alteraram o conteúdo do texto original do PLS n.º 25/2002?
Por quê?
Em que medida?
Na sua opinião, o que motivou a elaboração destas Emendas?

2) Específicas

2.0) Geraldo Althoff

- ? O Sr participou das Sessões na CCJC à época dos debates sobre a constitucionalidade do PLS n.º 25/2002?
Como foi esta participação?
O que o Sr observou?
- ? Quem são os políticos que apóiam a regulamentação do “ato médico”?
- ? O Sr continua acompanhando a tramitação?
- ? Qual é a sua opinião a respeito do fato de o PLS n.º 25/2002 ter sido apensado ao PL 268/02 e, por isso, estarem tramitando em conjunto na CCJC?
- ? O Sr tem um outro projeto tramitando no Congresso que versa sobre o exercício da acupuntura. Qual é a relação deste Projeto de Lei com o PLS n.º 25/2002?

2.1) Médicos

- ? O que o(a) Sr(a) conhece da elaboração deste Projeto de Lei?
- ? O que o(a) Sr(a) sabe sobre esta tramitação?
- ? O Sr. participa (participou) de alguma mobilização a favor da aprovação do PLS n.º 25/2002?
Quando?
De que forma?
Poderia falar sobre esta experiência?
- ? De que forma o(a) Sr(a) avalia a mobilização da corporação médica em torno da aprovação do PLS n.º 25/2002?

2.2) Enfermeiros – do COFEN e da ABENFO

- ? O que o(a) Sr(a) conhece da elaboração deste Projeto de Lei?

- ? O que o(a) Sr(a) sabe sobre esta tramitação?
- ? O(A) Sr(a) participa (participou) de alguma mobilização contrária à aprovação do PLS n.º 25/2002?
 - Quando?
 - De que forma?
 - Poderia falar sobre esta experiência?
- ? Como representante do COFEN/ ABENFO, o(a) Sr(a) foi convidado(a) a participar de alguma reunião com os representantes da categoria médica para discutir os limites do PLS n.º 25/2002?
- ? De que forma o COFEN/ ABENFO tem se posicionado em relação ao PLS n.º 25/2002?
- ? Que medidas foram tomadas pelo(a) COFEN/ ABENFO, desde o início da tramitação até hoje, em relação ao PLS n.º 25/2002?
- ? O(A) COFEN/ ABENFO realizou (realiza) lobby no Senado?
 - Como foi (está sendo) a mobilização?
 - Quem são os políticos que apoiaram (apóiam) a mobilização do(a) COFEN/ ABENFO?
- ? Poderia falar sobre como anda a mobilização da categoria hoje?
- ? Qual é a sua opinião a respeito do fato de o PLS n.º 25/2002 ter sido apensado ao PL n.º 268/02 e, por isso, estarem tramitando em conjunto na CCJC?

2.3) Psicólogos

- ? O que o(a) Sr(a) conhece da elaboração deste Projeto de Lei?
- ? O que o(a) Sr(a) sabe sobre esta tramitação?
- ? O(A) Sr(a) participa (participou) de alguma mobilização contrária à aprovação do PLS n.º 25/2002?
 - Quando e de que forma?
 - Poderia falar sobre esta experiência?
- ? Como representante do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o(a) Sr(a) foi convidado(a) a participar de alguma reunião com os representantes da categoria médica para discutir os limites do PLS n.º 25/2002?
- ? De que forma o CFP tem se posicionado em relação ao PLS n.º 25/2002?
- ? Que medidas foram tomadas pelo CFP, desde o início da tramitação até hoje, em relação ao PLS n.º 25/2002?
 - O CFP realizou (realiza) lobby no Senado?
 - Como foi (está sendo) a mobilização?
 - Quem são os políticos que apoiaram (apóiam) a mobilização do CFP?
- ? Poderia falar sobre como anda a mobilização da categoria hoje?
 - Há algum tipo de associação entre o CFP e outras entidades de categorias profissionais contra o PLS n.º 25/2002?
- ? Qual é a sua opinião a respeito do fato de o PLS 25/02 ter sido apensado ao PL 268/02 e, por isso, estarem tramitando em conjunto na CCJC?

BLOCO 3 – Impacto/conseqüências para a Medicina, a Enfermagem e a Psicologia
RELACIONAR À SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES
3) Impacto/conseqüências do PLS n.º 25/2002

3.1) Para os médicos

- ? Na sua opinião, que efeitos e desdobramentos a regulamentação do “ato médico” pode gerar para a corporação médica?
- ? Na sua opinião, a regulamentação do “ato médico” interfere na prática de outros profissionais da área de saúde?
De que forma?
- ? De que forma o(a) Sr(a) percebe a participação dos médicos na discussão do PLS n.º 25/2002?
- ? O(A) Sr(a) conhece algum médico que se posiciona contra a aprovação do PLS n.º 25/2002?
Qual é a sua opinião a este respeito?
- ? O(A) Sr(a) acha que o Conselho Federal de Medicina poderia estar sendo mais atuante?
Por quê?
De que forma?
- ? De que forma, O(A) Sr(a) percebe a reação dos demais profissionais da área de saúde em relação à regulamentação do “ato médico”?

3.2) Para os enfermeiros

- ? O(A) Sr(a) acredita que a regulamentação do “ato médico” interfere na prática do enfermeiro?
De que forma?
Poderia dar algum exemplo?
- ? De que forma o(a) Sr(a) percebe a participação dos enfermeiros na discussão do PLS n.º 25/2002?
- ? O(A) Sr(a) conhece algum enfermeiro que se posiciona a favor da aprovação do PLS n.º 25/2002?
Qual é a sua opinião a este respeito?
- ? O(A) Sr(a) acredita que o(a) COFEN/ ABENFO poderia estar sendo mais atuante?
Por quê?
De que forma?
- ? Em sua opinião, que medidas deveriam ser tomadas para uma reação mais eficaz?

3.3) Para os psicólogos

- ? O(A) Sr(a) acredita que a regulamentação do “ato médico” interfere na prática do psicólogo?
De que forma?
Poderia dar algum exemplo?

- ? De que forma o(a) Sr(a) percebe a participação dos psicólogos na discussão do PLS n.º 25/2002?
- ? O(A) Sr(a) conhece algum psicólogo que se posiciona a favor da aprovação do PLS n.º 25/2002?
Qual é a sua opinião a este respeito?
- ? Em sua opinião, qual o Conselho Regional de Psicologia mais atuante nesta discussão?
Por quê?
Que medidas este Conselho Regional tomou?
- ? O(A) Sr(a) acredita que o Conselho Federal de Psicologia poderia estar sendo mais atuante?
Por quê?
De que forma?
- ? Em sua opinião, que medidas deveriam ser tomadas para uma reação mais eficaz?

PARTE III – CASAS DE PARTO

BLOCO 1

1) Origem

- ? O que o(a) Sr(a) conhece sobre as Casas de Parto?
- ? De onde vem a idéia das casas de parto?
- ? Só existem casas de parto no Brasil?
Poderia citar em que outros países existem casas de parto?
- ? O que é a casa de parto?
Para quê serve uma casa de parto? Quais são as suas atribuições?
Qual é a proposta da casa de parto?
Quais são os seus pressupostos teóricos?
Como é a estrutura física da casa de parto?
Que profissionais atuam na casa de parto?
Qual(is) é(são) a(s) sua(s) função(ões)?
- ? Na sua opinião, que vantagens e desvantagens existem nas casas de parto?
Por quê?

BLOCO 2

1) Tramitação

- ? Há alguma legislação específica que regulamenta a implementação das casas de parto?
Poderia citá-la, apontando sobre o que versa?
O(A) Sr(a) conhece o processo de elaboração desta legislação?
- ? Quais são as diretrizes legais e técnicas para o funcionamento da casa de parto?
Poderia descrevê-las?

- ? Em que nível da assistência se insere a casa de parto (primário, secundário, terciário)?
- ? Que instâncias governamentais (municipal, estadual, federal) participaram da elaboração da legislação das casas de parto?

2) Implementação

- ? Que instâncias governamentais (municipal, estadual, federal) sustentam a implementação das casas?
- ? O que o(a) Sr(a) conhece a respeito do processo de implementação das casas de parto no RJ?
 - Quantas casas já foram implementadas e estão em funcionamento?
 - Poderia relacionar seus nomes e localização?
 - Há alguma previsão para que sejam implementadas mais casas de parto no RJ?
- ? O(A) Sr(a) poderia dizer se houve algum tipo de discussão que precedeu a implementação das casas de parto?
 - Participou de alguma dessas discussões?
 - Poderia falar sobre esta experiência?
- ? O que o(a) Sr(a) poderia dizer da Audiência Pública realizada com a participação do Ministério Público, de representantes da SMS, dos médicos, dos enfermeiros e defensores da casa de parto?
 - Participou desta discussão? Tem notícias do evento?
 - Poderia falar sobre esta experiência?

BLOCO 3 – RELACIONAR À SOCIOLOGIA DAS PROFISSÕES

1) Conseqüências para médicos e enfermeiros

1.1) Para Médicos

- ? Que efeitos e desdobramentos o advento da casa de parto traz para a corporação médica?
- ? O(A) Sr(a) acredita que a casa de parto interfere na prática do médico?
- ? Quais são as implicações da casa de parto para a atividade do médico?
 - Por quê?
 - De que forma?
 - Poderia dar algum exemplo?
- ? Na sua opinião, as casas de parto beneficiam os enfermeiros?
 - Por quê?
 - De que forma?
- ? Na sua opinião, que razão(ões) motivaram a implementação de casas de parto?
- ? Na sua opinião, que interesse(s) estão envolvidos na implementação das casas de parto?
- ? A corporação médica pretende reverter o processo de implementação das casas de parto?
 - De que forma?
 - Alguma medida já foi tomada neste sentido?

1.2) Para Enfermeiros

- ? Que efeitos e desdobramentos o advento da casa de parto traz para a Enfermagem?
- ? Em que medida as casas de parto beneficiam os enfermeiros
- ? O(A) Sr(a) acredita que a casa de parto interfere na prática do médico?
 - Por quê?
 - De que forma?
 - Poderia oferecer exemplos ou descrever uma situação?
- ? O trabalho do enfermeiro na casa de parto interfere nas atribuições dos médicos?
 - Por quê?
 - De que forma?
- ? O(A) Sr(a) acredita que os médicos podem impedir a implementação de novas casas, até mesmo desativar as já existentes?
 - Por quê?
 - De que forma?

PARTE IV – CONEXÃO ENTRE O ATO MÉDICO E A CASA DE PARTO

1) Gerais

- ? Que tipo de conexão o(a) Sr(a) percebe entre a regulamentação do ato médico e a implementação das casas de parto?
 - Por quê?
 - Em que medida estes pontos estão relacionados?
- ? Na sua opinião, as casas de parto interferem na regulamentação do “ato médico”?
 - Por quê?
 - De que forma?
- ? Caso a aprovação da regulamentação do “ato médico” pelo Congresso Nacional se efetue, o que poderá acontecer com as casas de parto?
 - Por quê?

1.1) Médicos

- ? Na sua opinião, o advento das casas de parto reafirma a necessidade de se regulamentar o “ato médico”?
 - Por quê?
 - Em que medida?

1.2) Enfermeiros

- ? Na sua opinião, há alguma conexão entre a reação negativa da corporação médica à casa de parto e a regulamentação do “ato médico”?
 - Por quê?
 - Em que medida?

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, Paulo (coord.). – *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ARAÚJO, M.^a Paula Nascimento. – Por uma história da esquerda brasileira. In.: *TOPOI. Revista de História*. RJ: Programa de Pós-graduação em História Social da UFRJ/ 7Letras, set./2002, n.º 5, pp. 333-353.

BONELLI, M.^a da Glória e DONATONI, Silvana. – Os Estudos sobre Profissões nas Ciências Sociais Brasileiras, in: *BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS, n.º 41, 1.º semestre de 1996, pp. 109-142.

BONELLI, M.^a da Glória. – Estudos sobre Profissões no Brasil, in: MICELI, Sérgio (org.) *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, Distrito Federal: CAPES, 1999, pp. 287-330.

COELHO, Edmundo Campos. – *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

FERREIRA, Marieta de Moraes. – História, tempo presente e história oral. In.: *TOPOI. Revista de História*. RJ: Programa de Pós-graduação em História Social da UFRJ/ 7Letras, set./2002, n.º 5, pp. 315-332; MEIHY, José Carlos Sebe Bom. – *Manual de História Oral*. SP: Edições Loyola, 1996.

FERREIRA, Marieta de Moraes (org.). – *História oral: um inventário das diferenças*. In.: *Entre-vistas: abordagens e usos da história oral*. RJ: FGV, 1993, p. 1-13.

FRANÇA, Genival Veloso de. – *Comentários ao código de ética médica*, 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

_____. – Liberalismo Médico, in: *Direito Médico*, 6^a ed. São Paulo: Fundação BYK, 1994, pp. 78-83.

FREIDSON, Eliot. – A Profissionalização e a Organização do Trabalho de Classe Média na Sociedade Pós-Industrial (1973 a), in: _____. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política* [trad. Celso Mauro Parciornik]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, pp. 133-144.

_____. – A Teoria das Profissões: Situação do Setor (1983), in: _____. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política*. [trad. Celso Mauro Parciornik]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, pp. 47-64.

_____. – Alimentando o Profissionalismo (1992 a), in: _____. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política*. [trad. Celso Mauro Parciornik]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, pp. 245-264.

_____. – As Profissões e o Princípio Ocupacional (1973b), in: _____. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política*. [trad. Celso Mauro Parciornik]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, pp. 97-112.

_____. – Até que Ponto as Profissões Dominam (1993), in: _____. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política*. [trad. Celso Mauro Parciornik]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, pp. 65-84.

_____. – Autonomia Ocupacional e Abrigos no Mercado de Trabalho, in: _____. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política* (1982). [trad. Celso Mauro Parciornik]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, pp. 113-132.

_____. – O Profissionalismo como Modelo e Ideologia (1992b), in: _____. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política*. [trad. Celso Mauro Parciornik]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, pp. 213-228.

_____. – Os Futuros da *Profissionalização* (1977), in: _____. *Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política* [trad. Celso Mauro Parciornik]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998, pp. 145-168.

_____. – Para uma análise comparada das profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais, in: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. ANPOCS: n.º 31, ano 11, jun./1996, pp. 141-154.

GRISARD, Nelson. – O ato médico e as outras profissões na área de saúde, in: LUZ, Newton Wiethorn da; NETO, Francisco José de Oliveira; THOMAZ, João Batista, *O Ato Médico: aspectos éticos e legais*. Rio de Janeiro: RUBIO, 2002. pp. 29-38.

MACHADO, M.^a Helena (org.) – *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

MARTINS, Maria Inês Carsalade & DAL POZ, Mário Roberto. – Qualificação de trabalhadores de Saúde e as mudanças tecnológicas, in: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 8(2): 125-146, 1998.

PEREIRA NETO, André de Faria. – *A história da profissão médica: o ponto de vista de Paul Starr*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1994, pp. 1-23. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.º 101).

_____. – A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica, in: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 11(4): 600-615, out.-dez./1995.

_____. – Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos (1922), in: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 16(2): 399-409, abr.-jun./2000.

_____. – *Ser Médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PORTELLI, Alessandro. – Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na História Oral. In.: ANTONACCI, M.^a Antonieta & PERELMUTTER, Daisy (orgs.) *Projeto História – Ética e História Oral*. São Paulo, n.º 15, abril/1997, pp. 13-33.

SAYD, Jane Dutra; JÚNIOR, Luiz Vieira; VELANDIA, Israel Cruz. – Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992), in: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 8(2): 165-195, 1998.

SPINK, Mary Jane. – Regulamentação das profissões da saúde – O espaço de cada um, in: _____. *Psicologia Social e Saúde: Prática Saberes e Sentidos*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003, pp. 87-121.

_____. – Saúde: um campo transdisciplinar? in: _____. *Psicologia Social e Saúde : Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003, pp. 51-60.

IMPrensa ESPECIALIZADA

Jornais do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB).

ALERTA à população. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, janeiro/2004, ano XVI, n.º 160, Materno-Infantil, p. 11.

ATO Médico em debate. *Jornal Associação Médica Brasileira*, Brasília, maio-junho/2001, ano 42, n.º 1313, p. 3.

AVANÇOS em oftalmologia. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, junho/2000, ano XII, n.º 117. Congresso, p. 16.

COMISSÃO do Senado aprova projeto. *Jornal do CREMERJ*, dezembro/2002, ano XV, n.º 147, Ato Médico, p. 11.

CONSELHOS de medicina se reúnem no Rio. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, agosto/2000, ano XII, n.º 119, Encontro Sul-Sudeste, p. 12.

CREMERJ ratifica posição contra casa de parto. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, fevereiro/2004, ano XVII, n.º 161, Materno-Infantil, pp. 10-11.

CRIAÇÃO de casas de parto contraria a lei e a ciência. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, janeiro/2004, ano XVI, n.º 160, Materno-Infantil, pp. 10-11.

É URGENTE definir o ato médico. *Medicina Conselho Federal – Jornal do CFM*. Brasília, Ano XVI, n.º 130, setembro/2001, Ato Médico, pp. 18-20.

EM DEFESA do Ato Médico: Cremerj atua na acupuntura e condena cursos para leigos e não médicos. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, janeiro/2000, ano XII, n.º 112. Por dentro do Cremerj, p. 16.

GOMES, Júlio César Meirelles. – Conceito de ato médico à luz da Bioética. *Medicina Conselho Federal – Jornal do CFM*. Brasília, Ano XVI, n.º 130, setembro/2001, Bioética e Ética Médica, pp. 8-9.

INTROMISSÃO no ato médico: resolução do Cremerj vai normatizar as ações no parto. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, Julho/2000, ano XII, n.º 118, Materno-Infantil, p. 05.

LIMITES na área de atuação: Cremerj pretende normatizar a atuação das enfermeiras obstetras. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, maio/2000, ano XII, n.º 116, Materno-Infantil, p. 07.

MÉDICOS questionam casas de parto. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, outubro/2002, ano XV, n.º 145, Por dentro do Cremerj, p. 14.

MIRANDA DE SÁ, Luiz Salvador Miranda de. Atos profissionais e atos médicos. *Medicina Conselho Federal – Jornal do CFM*. Brasília, Ano XV, n.º 113, janeiro/2000. Bioética, pp. 8-9.

MP faz sindicância sobre casas de parto. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, novembro/2003, ano XVI, n.º 158, Enfoque especial, p. 03.

NORDESTE discute o ato médico. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, setembro/2001, ano XIV, n.º 132. Encontro de Conselhos, p. 5.

PROJETO de lei do ato médico. *Jornal do Federal – Jornal do CFP*, Brasília, janeiro/2003, ano XVIII, n.º 74, Mercado e Profissão, p. 3.

RESOLUÇÃO do CFM regulamenta o ato médico. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, novembro/2001, ano XIV, n.º 134, Ato Médico, pp. 10-11.

Jornais do Conselho Federal de Psicologia

PROJETO de lei do ato médico. <i>Jornal do Federal – Jornal do CFP</i> , Brasília, jan./2003, ano XVIII, n.º 74, Mercado e Profissão, p. 3.

PROJETO de lei do ato médico: descaso com a sociedade, desrespeito com a área da saúde. <i>Jornal do CFP</i> , Abril/2003, ano XVIII, n.º 75, Ato Médico, pp. 4-5.
--

ATO médico: projeto inconsistente e inconstitucional. <i>Jornal do CFP</i> , Julho/2003, ano XVIII, n.º 76, p. 7.

DOCUMENTAÇÃO PRIMÁRIA

(BRASIL). Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/Legislacao_sus/lei_nº_8142.pdf. Acesso em: 10 de dez./2004.

Ata da 28ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 13 de novembro de 2002. Disponível em: <http://webthes.senado.gov.br/sil/Comissoes/Permanentes/CCJ/Atas/20021113RO028.ZIP>. Acesso em: 10 de dez./2004.

Ata da 29ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 20 de novembro de 2002. Disponível em: <http://webthes.senado.gov.br/sil/Comissoes/Permanentes/CCJ/Atas/20021120RO028.ZIP>. Acesso em: 10 de dez./2004.

Ata da 2ª Reunião (extraordinária) da Comissão de Assuntos Sociais da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 52ª Legislatura realizada dia 13 de março de 2003. Disponível em: <http://webthes.senado.gov.br/sil/Comissoes/Permanentes/CAS/Atas/20030313RO028.ZIP>. Acesso em: 10 de dez./2004.

Ata da 30ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 51ª Legislatura, realizada em 27 de novembro de 2002. Disponível em: <http://webthes.senado.gov.br/sil/Comissoes/Permanentes/CCJ/Atas/20021127RO028.ZIP>. Acesso em: 10 de dez./2004.

CREMERJ. Resolução n.º 121, de março de 1998. Define Ato Médico, enumera critérios e exigências para o exercício da profissão e dá outras providências. Rio de Janeiro. [on-line] Disponível em: <http://www.cremerj.com.br/legislacao/pesquisarResolucoes.php#>. Acesso em: 26 de nov/2004.

CREMERJ. Resolução n.º 156, de XX de XXX de 2000. Define o acompanhamento da litotripsia como ato médico. Rio de Janeiro. [on-line] Disponível em: <http://www.cremerj.com.br/legislacao/pesquisarResolucoes.php#>. Acesso em: 26 de nov/2004.

CREMERJ. Resolução n.º 160, de 25 de outubro de 2000. Dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar, Assistência Materno-Infantil. Rio de Janeiro. [on-line] Disponível em: <http://www.cremerj.com.br/legislacao/pesquisarResolucoes.php#>. Acesso em: 26 de nov/2004.

CREMERJ. Resolução n.º 174, de 27 de junho de 2001. Define Ato Médico em Otorrinolaringologia e em áreas conexas e dá outras providências.

CREMERJ. Retrocesso Secular. [on-line]. Disponível em: <http://www.cremerj.com.br/noticias>. Acesso em: 20 de out./2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n.º 2.815, de 29 de maio de 1998. Inclui o parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra, na Tabela do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n.º 103, p. 47, 02 de jun./1998, Seção 1, pt. 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n.º 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* Brasília, DF, n.º 150-E, p. 51, 06 de ago./1998, Seção 1, pt. 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/SAS n.º 163, de 22 de setembro de 1998. Regulamenta a realização de parto sem distócia por enfermeiro obstetra e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n.º 183, p. 24, 24 de set./1998, Seção 1, pt. 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/SAS n.º 569, de 1º de junho de 1998. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelece princípios e diretrizes para a estruturação do PHPN, estabelece que o Programa é constituído pelos Componentes I, II e II, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n.º 160-E, p. 113, 18 de ago./2000, Seção 1, pt. 1. (república)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/SAS n.º 570, de 1º de junho de 1998. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-natal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n.º 160-E, p. 114, 18 de ago./2000, Seção 1, pt. 1. (república)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/SAS n.º 571, de 1º de junho de 1998. Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n.º 110-E, p. 8, 08 de jun./2000, Seção 1, pt. 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/SAS n.º 572, de 1º de junho de 1998. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n.º 110-E, p. 8, 08 de jun./2000, Seção 1, pt. 1.

RESOLUÇÃO CFM n.º 1627, de 23 de outubro de 2001. Define o ato médico e dá outras providências. in: *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, novembro/2001, ano XIV, n.º 134, Resolução do CFM, p. 11.

RIO DE JANEIRO. Resolução SMS n.º 921, de 27 de setembro de 2002. Cria o grupo de trabalho para acompanhamento da implantação e implementação da Casa de Parto David Capistrano Filho e designa seus integrantes. <<http://www.saude.rio.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms921.doc>>. Acesso em: 10 de dez./2004.

RIO DE JANEIRO. Resolução SMS n.º 922, de 27 de setembro de 2002. Cria grupo de trabalho com o objetivo da elaboração de normas e rotinas para a implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho e designa seus integrantes. Disponível em: <<http://www.saude.rio.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms922.doc>>. Acesso em: 10 de dez./2004.

RIO DE JANEIRO. Resolução SMS nº 1040, de 11 de fevereiro de 2004. Cria grupo de trabalho para acompanhamento da implantação e implementação da casa de parto. Disponível em: <<http://www.saude.rio.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms1040.doc>>. Acesso em: 10 de dez./2004.>

RIO DE JANEIRO. Resolução SMS nº 1041, de 11 de fevereiro de 2004. Define que a casa de parto funcionará como Unidade de Saúde aberta 24 horas, atendendo pacientes de baixo risco que na gestação foram para lá encaminhadas pelo PACS/PSF e outras Unidades Básicas de Saúde da CAP 5.1. Disponível em: <<http://www.saude.rio.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms1041.doc>>. Acesso em: 10 de dez./2004.>

SENADO FEDERAL. Projeto de Lei do Senado n.º 25, de 27 de fevereiro de 2002. Define o ato médico e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/cegraf/pdf/13032003/03405.pdf>. Acesso em: 10 de dez./2004.

TRAMITAÇÃO do PLS n.º 25, DE 27 de fevereiro de 2002. [on-line] Disponível em: http://www2.senado.gov.br/sf/atividade/Materia/Detalhes.asp?p_cod_mate=49554. Acesso em: 10 de dez./2004.

FRENTE PRÓ CASAS DE PARTO. Carta-resposta ao artigo Retrocesso Secular, do CREMERJ. *Ofício Circular*, protocolado no CREMERJ em 1º de março de 2004.

IMPrensa LEIGA

NOBLAT, André. Projeto de lei que aumenta poder do Conselho Federal de Medicina é criticado. <i>JOnline. Net</i> , Seção Polêmica na área da Saúde, 20 de nov./2002. Disponível em: http://www.jonline.terra.com.br/papel/brasil/2002/11/23/jorbra20021123006.html . Acesso em: 04 de dez./2004.

BOCK, Lia & TARANTINO, Mônica. – Guerra Branca, in.: <i>Revista IstoÉ</i> . Seção Medicina & Bem-Estar. [on-line] Disponível em: http://www.terra.com.br/istoe/1722/medicina/1722_guerra_branca.htm . Acesso em: 03 de dez./2004.
--

LINHARES, Gilberto. Contra a reserva de mercado. [on-line] Disponível em: http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2004/02/275074.shtml . Acesso em: 29 de nov./2004.

SF PLS 00025/2002 de 27/02/2002

Autor SENADOR - Geraldo Althoff

Ementa Define o ato médico e dá outras providências.

Indexação FIXAÇÃO, NORMAS, DISPOSITIVOS, COMPETÊNCIA PRIVATIVA, CONSELHO FEDERAL, MEDICINA, DEFINIÇÃO, ATO, MÉDICO.

Localização atual CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Última Ação

SF PLS 00025/2002

Data: 30/06/2004

Local: CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: AGUARDANDO DESIGNAÇÃO DO RELATOR

Texto: Recebido na Comissão, nesta data. Aguardando designação de relator.

Relatores CCJ Lúcio Alcântara

CCJ Luiz Otavio

CAS Benício Sampaio

CAS Roseana Sarney

CAS Antero Paes de Barros

CCJ Tião Viana

Tramitações Inverter ordenação de tramitações (Data descendente)

SF PLS 00025/2002

27/02/2002 PLEG - PROTOCOLO LEGISLATIVO

Este processo contém 5 (cinco) folhas numeradas e rubricadas. À SSCOM.

27/02/2002 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO

Leitura. Às Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania, e de Assuntos Sociais, onde poderá receber emendas por um período de cinco dias úteis, perante a primeira Comissão, após sua publicação e distribuição em avulsos, cabendo à última decisão terminativa. Ao PLEG com destino à CCJ e posteriormente à CAS, para decisão terminativa.

Publicação em 28/02/2002 no DSF Página(s): 1040 - 1042 (Ver diário)

28/02/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Situação: AGUARDANDO RECEBIMENTO DE EMENDAS

Matéria sobre a Mesa desta Comissão aguardando apresentação de emendas, e posterior distribuição.

08/03/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Situação: AGUARDANDO DESIGNAÇÃO DO RELATOR

Não foram oferecidas emendas no prazo regimental (07/03/2002). Matéria aguardando distribuição.

04/04/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Situação: MATÉRIA COM A RELATORIA

Distribuído ao Senador Lúcio Alcântara , para emitir relatório.

09/04/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
Situação: AGUARDANDO DESIGNAÇÃO DO RELATOR
Devolvido pelo Senador Lúcio Alcântara. Matéria aguardando redistribuição.

10/04/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
Situação: MATÉRIA COM A RELATORIA
Redistribuído ao Senador Luiz Otávio, para emitir relatório.

17/04/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
Situação: PRONTO PARA A PAUTA NA COMISSÃO
Recebido o relatório do Senador Luiz Otávio. Matéria pronta para a Pauta na Comissão.

13/11/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
Situação: PEDIDO DE VISTA CONCEDIDO
Reunida a Comissão, nesta data, após leitura do relatório pelo Senador Luiz Otávio, a Presidência concede vista coletiva, nos termos regimentais.

20/11/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
Situação: MATÉRIA COM A RELATORIA
Reunida a Comissão, nesta data, a matéria foi retirada de Pauta, a Requerimento do Relator, Senador Luiz Otávio, para reexame. Ao Gabinete do Relator, Senador Luiz Otávio.

22/11/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
Situação: PRONTO PARA A PAUTA NA COMISSÃO
Recebido o Relatório reformulado pelo Senador Luiz Otávio. Matéria pronta para a pauta na Comissão.

27/11/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
Situação: AGUARDANDO DESIGNAÇÃO DO RELATOR
Reunida a Comissão, nesta data, o Projeto é retirado de pauta, em virtude de o Senador Luiz Otávo não mais pertencer à CCJ. A Presidência anuncia a redistribuição da matéria ao Senador Antônio Carlos Júnior.

27/11/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
Situação: MATÉRIA COM A RELATORIA
Redistribuído ao Senador Antonio Carlos Júnior, para emitir relatório.

03/12/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
Situação: PRONTO PARA A PAUTA NA COMISSÃO
Recebido o Relatório do Senador Antonio Carlos Junior. Matéria pronta para a Pauta na Comissão.

04/12/2002 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
Situação: APROVADO PARECER NA COMISSÃO

Reunida a Comissão nesta data, a matéria é incluída na PAUTA EXTRA, como item 1. Durante a discussão, o Senador José Fogaça apresenta a Subemenda nº 1 à Emenda nº 1, de iniciativa do Senador Antonio Carlos Júnior, que é acolhida pelo Relator. É aprovado o relatório do Senador Antonio Carlos Júnior, que passa a constituir o Parecer da CCJ, favorável à matéria, com as Emendas nºs 1-CCJ a 3-CCJ, e a Subemenda nº 1-CCJ à Emenda nº 1-CCJ. Assinam sem voto os Senadores José Agripino e Leomar Quintanilha (PFL), e José Fogaça (Bloco de Oposição), por estarem completas as composições dos respectivos Partido e Bloco. À Comissão de Assuntos Sociais.

10/12/2002 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: MATÉRIA COM A RELATORIA

Ao Senhor Senador Benício Sampaio para relatar a presente matéria.

19/12/2002 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: PRONTO PARA A PAUTA NA COMISSÃO

Devolvido pelo Relator Senador Benício Sampaio, com minuta de Parecer concluindo pelo sobrestamento da tramitação do Projeto até a realização de audiência pública.

23/12/2002 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

À SSCLSF a pedido.

08/01/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

À Comissão de Assuntos Sociais, para continuar tramitando, à vista do disposto nos incisos III e IV do art. 332 do Regimento Interno, com a redação dada pela Resolução nº 17, de 2002, e das instruções da Secretaria-Geral da Mesa (Ato nº 97/2002, do Presidente do Senado Federal, publicado no Diário do Senado Federal de 21/12/02).

20/01/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: AGUARDANDO INSTALAÇÃO DA COMISSÃO

Recebido nesta Comissão em 20.01.2003.

27/02/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: AGUARDANDO DESIGNAÇÃO DO RELATOR

Matéria aguardando designação de relatoria.

12/03/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

À SSCLSF para atender leitura de requerimento de tramitação conjunta

12/03/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Encaminhado ao Plenário.

13/03/2003 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO

É lido o Requerimento nº 86/2003, do Sr. Mão Santa, solicitando a tramitação conjunta da matéria com o PLS nº 268/2002. À SSCLSF para inclusão em Ordem do Dia do requerimento lido.

Publicação em 14/03/2003 no DSF Página(s): 3405 (Ver diário)

13/03/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Situação: AGUARDANDO INCLUSÃO ORDEM DO DIA DE REQUERIMENTO

Aguardando inclusão em Ordem do Dia do Requerimento nº 86, de 2003.

14/03/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Situação: AGENDADO PARA ORDEM DO DIA

Agendado para o dia 1/04/2003, o RQS nº 86/2003. (19 dias)

19/03/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Encaminhado ao Plenário.

19/03/2003 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO

É lido e deferido o Requerimento nº 132/2003, do Senador Mão Santa, que solicita a retirada do Requerimento nº 86/2003, de tramitação conjunta da matéria com o PLS 268/2002. À CAS, em decisão terminativa.

Publicação em 20/03/2003 no DSF Página(s): 4118 (Ver diário)

24/03/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: AGUARDANDO DESIGNAÇÃO DO RELATOR

Recebido nesta Comissão em 24.03.2003.

24/03/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: AUDIÊNCIA PÚBLICA

Na reunião de 13/03/2003 foi aprovado Requerimento nº 07/2003-CAS, das Senadoras Fátima Cleide e Heloisa Helena, solicitando Audiência Pública para instruir a Matéria (fls. 34/35).

27/03/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: MATÉRIA COM A RELATORIA

A Senhora Senadora Roseana Sarney para relatar a Matéria.

24/04/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: MATÉRIA COM A RELATORIA

Reunida a Comissão nesta data, foi aprovado Aditamento ao Requerimento nº 07 CAS/2003, de autoria dos Senadores Álvaro Dias e Romero Jucá, incluindo o Dr. Gilberto Linhares Teixeira, Presidente do Conselho Federal de Enfermagem - CONFEN, na lista de convidados para a Audiência Pública.

21/05/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: AGUARDANDO DESIGNAÇÃO DO RELATOR
Devolvido pelo Senadora Roseana Sarney, para redistribuição.

11/06/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Situação: MATÉRIA COM A RELATORIA
Ao Senhor Senador Antero Paes de Barros para relatar a presente matéria.

25/06/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Situação: AGUARDANDO DESIGNAÇÃO DO RELATOR
Devolvido pelo Senador Antero Paes de Barros, para redistribuição.

26/06/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Ao Gabinete da Presidência da Comissão de Assuntos Sociais, Senadora Lúcia Vânia, a pedido.

26/06/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Situação: AUDIÊNCIA PÚBLICA
Devolvido pelo Gabinete da Presidência desta Comissão, Senadora Lúcia Vânia. Matéria aguardando realização de audiência pública.

14/07/2003 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Enviado à SSCLSF para atender a requerimento de tramitação conjunta. À SSCLSF.

14/07/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO
Recebido neste órgão, nesta data.

05/08/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO
Encaminhado ao Plenário.

06/08/2003 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO
É lido o Requerimento nº 646, de 2003, de autoria do Senador Tião Viana, solicitando a tramitação conjunta da matéria com o Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, por versarem sobre o mesmo assunto. À SSCLSF, para inclusão em Ordem do Dia do Requerimento lido.
Publicação em 07/08/2003 no DSF Página(s): 22478 (Ver diário)

07/08/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO
Situação: AGUARDANDO INCLUSÃO ORDEM DO DIA DE REQUERIMENTO
Aguardando inclusão em Ordem do Dia do Requerimento nº 646, de 2003, de tramitação conjunta da matéria com o Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002.

08/08/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Agendado para o dia 26/08/2003, o RQS nº 646/2003, de tramitação conjunta com o PLS nº 268/2002. (19 dias)

22/08/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Situação: INCLUIDO REQUERIMENTO EM ORDEM DO DIA DA SESSÃO DELIBERATIVA

Incluído em Ordem do Dia da sessão deliberativa ordinária de 26.08.2003. Votação, em turno único, do Requerimento nº 646, de 2003, de tramitação conjunta com o PLS nº 268/2002.

26/08/2003 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO

Apreciação sobrestada do Requerimento nº 646/2003, por não haver acordo das Lideranças para apreciar a MPV nº 121/2003 (PLV nº 21/20030), conforme questão de Ordem levantada pelos Srs. Senadores José Agripino, Arhtur Virgílio e Jefferson Péres. À SSCLSF.

Publicação em 27/08/2003 no DSF Página(s): 25053 - 25054 (Ver diário)

26/08/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Situação: INCLUIDO REQUERIMENTO EM ORDEM DO DIA DA SESSÃO DELIBERATIVA

Incluído em Ordem do Dia da sessão deliberativa ordinária do dia 27/08/2003, o RQS nº 646/2003, de tramitação conjunta com o PLS nº 268/2002. Votação, em turno único.

27/08/2003 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO

Apreciação sobrestada do Requerimento nº 646/2003, por não haver acordo das Lideranças para apreciar a MPV nº 123/2003 (PLV nº 23/20030. À SSCLSF.

Publicação em 28/08/2003 no DSF Página(s): 25197 - 25198 (Ver diário)

27/08/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Situação: INCLUIDO REQUERIMENTO EM ORDEM DO DIA DA SESSÃO DELIBERATIVA

Incluído em Ordem do Dia da sessão deliberativa ordinária de 28.08.2003. Votação, em turno único, do Requerimento nº 646, de 2003.

28/08/2003 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO

Apreciação sobrestada do Requerimento nº 646/2003, por não haver acordo das Lideranças para apreciar a MPV nº 123/2003 (PLV nº 23/20030. À SSCLSF.

Publicação em 29/08/2003 no DSF Página(s): 25299 (Ver diário)

29/08/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Situação: INCLUIDO REQUERIMENTO EM ORDEM DO DIA DA SESSÃO DELIBERATIVA

Incluído em Ordem do Dia da sessão deliberativa ordinária de 02.09.2003. Votação, em turno único, do Requerimento nº 646, de 2003.

02/09/2003 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO
Apreciação sobrestada do Requerimento nº 646/2003, por não haver acordo das Lideranças para apreciar a MPV nº 123/2003 (PLV nº 23/20030. À SSCLSF.

Publicação em 03/09/2003 no DSF Página(s): 25793 (Ver diário)

02/09/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Situação: INCLUIDO REQUERIMENTO EM ORDEM DO DIA DA SESSÃO DELIBERATIVA

Incluído em Ordem do Dia da sessão deliberativa ordinária do dia 03/09/2003, o RQS nº 646/2003, de tramitação conjunta com o PLS nº 268/2002. Votação, em turno único.

03/09/2003 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO

Apreciação sobrestada do Requerimento nº 646/2003, em virtude não haver acordo das Lideranças para apreciação da Medida Provisória nº 123/2003 (PLV nº 23/2003). À SSCLSF.

Publicação em 04/09/2003 no DSF Página(s): 26068 (Ver diário)

08/09/2003 SSCLSF - SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO

Situação: INCLUIDO REQUERIMENTO EM ORDEM DO DIA DA SESSÃO DELIBERATIVA

Incluído em Ordem do Dia da sessão deliberativa ordinária de 09.09.2003. Votação, em turno único, do Requerimento nº 646, de 2003.

09/09/2003 ATA-PLEN - SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO

Aprovado o Requerimento nº 646/2003. A matéria passa a tramitar em conjunto com o PLS nº 268/2002. À CCJ e posteriormente à CAS, em decisão terminativa.

Publicação em 10/09/2003 no DSF Página(s): 26593 (Ver diário)

11/09/2003 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Situação: AGUARDANDO DESIGNAÇÃO DO RELATOR

Recebido nesta Comissão. Matéria aguardando distribuição.

21/10/2003 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Situação: MATÉRIA COM A RELATORIA

Distribuído ao Senador Tião Viana , para emitir relatório. (Tramita em conjunto com o PLS nº 268, de 2002)

17/06/2004 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Situação: PRONTO PARA A PAUTA NA COMISSÃO

Recebido o relatório do Senador Tião Viana, com voto pela rejeição do PLS nº 268, de 2002 e pela aprovação do PLS nº 25, de 2002, nos termos do

Substitutivo que apresenta. (Tramita em conjunto com o PLS nº 268, de 2002) Matéria pronta para a Pauta na Comissão.

23/06/2004 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Situação: PEDIDO DE VISTA CONCEDIDO

Em Reunião Ordinária realizada nesta data, a Presidência concede vista coletiva aos Senhores Senadores Demóstenes Torres, Mozarildo Cavalcanti e à Senhora Senadora Serys Slhessarenko, nos termos regimentais. (Tramita em conjunto com o PLS nº 268, de 2002).

30/06/2004 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Situação: PRONTO PARA A PAUTA NA COMISSÃO

Devolvido pelo Senador Demóstenes Torres que se manifesta pela apresentação de Requerimento de Informação ao Senhor Ministro da Saúde. Matéria pronta para a Pauta na Comissão. (Tramita em conjunto com o PLS nº 268, de 2002).

30/06/2004 CCJ - Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Situação: APROVADO PARECER NA COMISSÃO

Em Reunião Ordinária realizada nesta data, é oferecida a Emenda nº 1, de autoria dos Senadores Leonel Pavan e Sérgio Guerra, que recebeu Parecer contrário do Relator, Senador Tião Viana. É rejeitado o Requerimento de Informação oferecido pelo Senador Demóstenes Torres. A Comissão aprova o Relatório do Senador Tião Viana, que passa a constituir o Parecer da CCJ, favorável ao PLS nº 25/2002, nos termos da Emenda nº 1-CCJ (Substitutivo), e pela rejeição do PLS nº 268/2002 e da Emenda de autoria dos Senadores Leonel Pavan e Sérgio Guerra. À Comissão de Assuntos Sociais.

30/06/2004 CAS - COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Situação: AGUARDANDO DESIGNAÇÃO DO RELATOR

Recebido na Comissão, nesta data. Aguardando designação de relator.

Fontes: Secretaria-Geral da Mesa

Subsecretaria de Arquivo

Dúvidas, reclamações e informações: SSINF - Subsecretaria de Informações

(311-3325, 311-3572)