



SENADO FEDERAL
GABINETE DO SENADOR AUGUSTO BOTELHO

PARECER Nº , DE 2009

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA, sobre os Projetos de Lei do Senado nº 79, de 2003, que *dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde*, nº 101, de 2005, que, igualmente, *dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde*, e nº 103, de 2005, que *estabelece o Estatuto do Enfermo*.

RELATOR: Senador AUGUSTO BOTELHO

RELATOR *ad hoc*: Senador ALOIZIO MERCADANTE

I – RELATÓRIO

Submetem-se ao exame desta Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) as seguintes proposições: o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 79, de 2003, de autoria do Senador Delcídio Amaral, que *dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde*; o PLS nº 101, de 2005, apresentado pelo Senador Pedro Simon, com idêntico escopo; e o PLS nº 103, de 2005, de autoria do Senador Papaléo Paes, que *estabelece o Estatuto do Enfermo*.

O PLS nº 79, de 2003, resulta da reapresentação de proposição arquivada, de autoria do Senador Lúcio Alcântara. Em seu art. 1º, o projeto determina que o paciente tem o direito de receber informações completas a respeito do seu estado de saúde ou doença. Tal prerrogativa se estende, por força do mesmo dispositivo, aos familiares.

A autonomia do paciente frente aos médicos é tratada no art. 2º, que consigna o direito de recusa a tratamento ou procedimento prescrito. O § 1º desse artigo determina que a decisão do paciente deverá ser registrada em

prontuário e firmada por ele, por seu médico assistente e por um familiar, na qualidade de testemunha. O § 2º caracteriza como ato de negligência deixar de esclarecer o paciente e seus familiares sobre diversos aspectos relativos à doença e ao tratamento.

O art. 3º determina que o paciente tem direito a solicitar consulta com médicos diversos daqueles que o estão assistindo, a fim de obter outra opinião ou esclarecimento sobre seu estado de saúde. O § 1º estende esse direito aos familiares, caso o paciente seja menor de idade ou esteja inconsciente ou incapaz de entender sua condição de saúde. O § 2º torna obrigatória a comunicação ao médico assistente, pelo paciente ou, se for o caso, pelos familiares, da decisão de buscar uma segunda opinião. Por fim, o § 3º determina que os laudos e pareceres dos médicos consultados em caráter de “segunda opinião” passem a compor o prontuário do paciente.

O direito do paciente à confidencialidade encontra-se no art. 4º do projeto. O § 1º caracteriza como crime de violação do segredo profissional a revelação de informações sobre a saúde do paciente por parte de “qualquer trabalhador de saúde da equipe do serviço” onde o paciente esteja sendo assistido, e “o acesso a seu prontuário por pessoa não autorizada”. Exceção ao tipo penal estabelecido no § 1º é descrita no § 2º: não constitui crime a comunicação, por parte do médico assistente, do diagnóstico de doença sexualmente transmissível a um contato sexual de seu paciente, sempre que o doente não o faça em prazo previamente acertado com o médico.

O art. 5º estabelece que o paciente tem direito à privacidade, podendo receber ou recusar-se a receber visitas (§ 1º), manter consigo objetos pessoais (§ 3º) e utilizar suas próprias roupas (§ 4º), desde que não prejudique seu tratamento. O § 2º confere ao paciente o direito de ter o seu pudor respeitado pelos trabalhadores da equipe do serviço em que se encontre.

O art. 6º garante ao paciente o direito de se comunicar com pessoas estranhas aos serviços do hospital, devendo a direção da instituição garantir a efetividade dessa comunicação, especialmente quando ela se destinar aos familiares. Por via do art. 7º fica estabelecido o direito ao recebimento de assistência religiosa, obrigando-se a direção da instituição “a adotar os meios adequados para o atendimento do paciente”.

Por fim, o art. 8º fixa a vigência da lei em que eventualmente se transformar a proposição na data da respectiva publicação.

A proposição recebeu emenda sugerida pelo Senador Tião Viana e apresentada pelo Senador Delcídio Amaral, com o objetivo de permitir que os pacientes maiores de dezesseis anos possam manifestar antecipadamente sua vontade de não se submeter a determinados tratamentos ou procedimentos quando estiverem em estágio terminal de doença. A emenda modifica o Código Penal, ao acrescentar uma causa de exclusão de ilicitude referente à postura dos médicos de não instituírem tratamento em conformidade com o desejo de paciente terminal.

O PLS nº 101, de 2005, tem conteúdo absolutamente idêntico ao PLS nº 79, de 2003, visto que ambos resultam da reapresentação do PLS nº 262, de 2001, originalmente apresentado pelo Senador Lúcio Alcântara.

O PLS nº 103, de 2005, por sua vez, trata de matéria semelhante à dos projetos já descritos, mas adota o termo “enfermo” em substituição a “paciente”. Resulta da reapresentação do PLS nº 159, de 2001, de autoria do Senador Carlos Bezerra. A proposição, apesar de mais extensa, é menos detalhada que as anteriores e estabelece normas mais abertas e programáticas com relação ao tratamento a ser dispensado aos enfermos ou pacientes, garantindo-lhes:

- a confidencialidade das informações de saúde;
- a autonomia de decidir sobre aceitar ou não tratamentos e procedimentos propostos;
- a preservação de sua integridade física, psíquica e social;
- a comunicação e o acompanhamento por familiares;
- a proteção contra qualquer forma de discriminação.

Os PLS nºs 101 e 103, de 2005, não receberam emendas.

Por força da aprovação dos Requerimentos nº 1.139, de 2006, e nº 475, de 2007, os projetos foram apensados e, em seguida, distribuídos à

apreciação desta CCJ e da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), cabendo a esta última a decisão terminativa.

Neste colegiado, foram inicialmente distribuídos ao Senador Mozarildo Cavalcanti, que apresentou minuta de relatório cujo teor recuperamos, em grande medida, no presente parecer.

II – ANÁLISE

Os PLS nº 79, de 2003, nº 101, de 2005, e nº 103, de 2005, não apresentam vício de regimentalidade. Com efeito, nos termos do art. 101, incisos I e II, alínea *d*, do Regimento Interno do Senado Federal, cabe à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania opinar sobre a constitucionalidade, juridicidade e regimentalidade dos temas que lhe são submetidos por deliberação do Plenário, despacho da Presidência ou consulta de qualquer comissão, bem assim, no mérito, emitir parecer sobre as matérias de competência da União, entre as quais se acha o direito civil.

Os requisitos formais e materiais de constitucionalidade, por sua vez, são atendidos pelos projetos, tendo em vista que compete privativamente à União legislar sobre direito civil e, no âmbito da competência concorrente, sobre defesa da saúde, a teor do disposto nos arts. 22, inciso I, e 24, inciso XII, ambos da Constituição Federal (CF), bem como por não ter sido vulnerada cláusula pétrea alguma. Ademais, as medidas se inserem no âmbito das atribuições do Congresso Nacional, em conformidade com o *caput* do art. 48 da Carta Magna, não havendo reserva temática a respeito (art. 61, § 1º, da CF).

No que concerne à juridicidade, as propostas se afiguram irretocáveis, porquanto *i*) o meio eleito para o alcance dos objetivos pretendidos (normatização via edição de lei) é o adequado, *ii*) as disposições nelas contidas *inovam* o ordenamento jurídico, *iii*) possuem o atributo da *generalidade*, *iv*) se mostram dotadas de potencial *coercitividade* e *v*) são compatíveis com os princípios diretores do sistema de direito pátrio.

No mérito, é preciso dizer que os direitos dos pacientes atendidos por serviços ou profissionais de saúde estão dispersos em várias normas do

ordenamento jurídico pátrio: na Constituição Federal, em leis de caráter geral (como o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor), em leis específicas da área da saúde (como a Lei Orgânica da Saúde, a Lei dos Planos de Saúde e a Lei dos Transplantes) e em normas infralegais, a exemplo do Código de Ética Médica.

A despeito dos numerosos dispositivos legais incidentes sobre as relações entre pacientes e serviços de saúde, é fato que o tratamento àqueles dispensado deixa, na prática, muito a desejar. O que observamos em clínicas e hospitais, públicos ou privados, são pessoas fragilizadas, desinformadas, angustiadas e em situações estressantes como a de enfrentamento de doença grave.

Por essas razões, julgamos altamente meritória a iniciativa dos Senadores Delcídio Amaral, Pedro Simon e Papaléo Paes – sem olvidar a dos Senadores Lúcio Alcântara e Carlos Bezerra, autores dos projetos reapresentados –, destinada a dar tratamento mais específico à matéria, detalhando e esclarecendo em minúcias os direitos das pessoas vitimadas por enfermidade.

Nada obstante, conforme muito bem observou o então Senador José Jorge, em relatório apresentado a esta Comissão (mas não submetido a votação), o PLS nº 79, de 2003, carece de reparos. Idêntica ponderação se pode fazer a propósito do PLS nº 101, de 2005, pela similitude que guardam as matérias.

Realmente, a despeito de a ementa e de alguns artigos do PLS nº 79, de 2003, referirem-se a serviços de saúde em geral, a proposição, em outros pontos, trata apenas dos médicos, como nos arts. 2º, 3º e 4º. Esse tipo de restrição é injustificável, pois é razoável que o paciente tenha o direito a uma segunda opinião, à confidencialidade e à recusa de tratamento quando atendido por qualquer profissional de saúde, e não apenas por médicos.

Ademais, muitos dos direitos de que trata o projeto em referência são extensivos aos familiares, sem que estes estejam definidos no texto. É importante delimitar melhor a quem tais direitos serão estendidos, a fim de evitar que se contemplem pessoas sem suficiente responsabilidade ou intimidade com o paciente. Impõe-se mencionar, além disso, que esses direitos devem, sempre, beneficiar os responsáveis legais, no caso de o paciente revelar-se incapaz.

Tendo em vista, ainda, as observações produzidas no bojo do relatório da lavra do Senador José Jorge, impõe-se que pontuemos, a propósito do PLS nº 79, de 2003, outros aspectos.

O art. 1º está em consonância com o art. 7º, V, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que estabelece como um dos princípios do Sistema Único de Saúde o “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde”.

O § 2º tem redação pouco precisa e, do modo como está redigido, estende aos familiares apenas o direito à informação, e não o acesso ao prontuário, devendo, pois, ser retificado.

O art. 2º do projeto encontra apoio no art. 5º, II, da Carta Magna, no art. 7º, III, da Lei nº 8.080, de 1990, e no art. 39, VI, da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Proteção e Defesa do Consumidor). Seria importante, todavia, excluir de seu alcance os incapazes, pois as crianças freqüentemente relutam em submeter-se a tratamentos incômodos, a exemplo de injeções, ainda que necessários, e os pais e profissionais de saúde têm de administrá-los contra a vontade delas. Embora haja uma tendência atual em conceder autonomia cada vez maior às crianças, tal responsabilidade seria exagerada para elas, mesmo que não se verifique *alteração alguma no nível de consciência*, como exige o *caput* do artigo.

As exigências do § 1º do art. 2º são exageradas. O testemunho de familiar só teria utilidade se o paciente fosse menor, incapaz ou estivesse inconsciente. Nas demais situações, representa um entrave burocrático para o atendimento à saúde, pois nem sempre os familiares estão disponíveis para assinar papéis, particularmente no caso de pessoas menos favorecidas tratadas fora do município de domicílio.

As disposições do art. 3º da proposição em análise encontram respaldo no art. 5º, II, da Constituição Federal, e no art. 7º, III, da Lei nº 8.080, de 1990. O direito de consultar outros profissionais, não só de saúde, mas de qualquer área, já é exercido pelas pessoas, porquanto não há lei que o impeça.

O § 2º, por seu turno, traz uma novidade: a obrigação de o paciente informar ao profissional sobre sua atitude de buscar uma segunda opinião. A medida é bastante respeitosa para com os profissionais de saúde, mas não deve tornar-se obrigatória, ficando a critério de cada paciente.

O art. 4º do projeto coaduna-se, de certo modo, com o disposto no art. 5º, X, da Constituição e com os arts. 11, 83 e 102 a 109 do Código de Ética Médica. Contudo, da forma como o § 1º está redigido, dá a entender que

em qualquer hipótese a revelação do diagnóstico será considerada criminosa, exceto na situação prevista no § 2º. É importante notar que o texto não prevê a possibilidade de o interessado autorizar a revelação do diagnóstico. Ora, há inúmeras outras situações em que a revelação de informações sobre os pacientes se faz necessária. Os exemplos mais marcantes são os de doenças infecto-contagiosas graves, de notificação compulsória. Há, ainda, o caso das trocas de plantão, em que um médico deve repassar as informações sobre os enfermos internados ao seu substituto. Se tudo isso for considerado crime, os profissionais de saúde, assim como seus pacientes, enfrentarão situações bastante difíceis.

As disposições do art. 5º da proposição encontram-se em consonância com o art. 5º, X, da Lei Maior. O § 3º visa a garantir maior conforto ao paciente internado. No entanto, deve-se incluir, entre as condições para o paciente ter consigo os objetos pessoais, que estes não prejudiquem os outros doentes internados na mesma instituição. O § 4º, no entanto, deve ser suprimido, visto que trará um benefício pequeno frente ao transtorno que poderá provocar nas unidades de saúde. É sabido que os serviços de controle de infecções na maioria dos hospitais brasileiros ainda são muito deficientes e mal conseguem cumprir suas funções básicas. Se forem obrigados a avaliar cada vestimenta de cada paciente a ser internado, as atividades mais críticas de controle de infecções poderão ser seriamente prejudicadas.

O direito à assistência religiosa, proposto no art. 7º do projeto, já está garantido pelo art. 5º, VII, da Constituição. A inovação proposta obriga a direção da unidade “a adotar os meios mais adequados para o atendimento dessa necessidade”. Seria importante, todavia, delimitar melhor esses “meios”, para evitar que sejam solicitados serviços religiosos de execução complexa, que desviariam a finalidade precípua do atendimento à saúde. Considerando a vasta gama de religiões e seitas que atuam no País, seria impossível a um hospital providenciar sacerdotes e instrumental religioso para todas as situações. Dessa forma, o que a lei pode exigir do serviço de saúde é a cessão de um espaço físico apropriado para as atividades religiosas, cabendo aos interessados (pacientes e familiares) a execução delas.

O PLS nº 103, de 2005, trata os direitos dos enfermos de modo menos específico que os PLS nº 79, de 2003, e nº 101, de 2005, e, por isso, inova pouco no ordenamento jurídico, porquanto muitos de seus dispositivos já são contemplados em leis vigentes. Algumas de suas disposições, ademais, repetem comandos presentes no PLS nº 79, de 2003, restando como inovações mais significativas aquelas que remetem a experimentos científicos com enfermos, disciplinados nos arts. 13 a 18 da proposição.

Atualmente, as pesquisas que envolvem seres humanos são reguladas por normas infralegais emanadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que devem estar em consonância com as leis e os dispositivos constitucionais pertinentes à matéria. A Conep tem função consultiva, deliberativa, normativa e educadora, sendo composta por representantes de diversos segmentos da sociedade, em especial por renomados pesquisadores.

Entendemos que esse modelo, sujeito às deliberações da Conep, é o mais adequado à realidade brasileira, sendo também adotado pela maior parte dos países desenvolvidos. Detalhar no texto legal as regras para as pesquisas envolvendo seres humanos pode criar mais entraves às pesquisas do que proteger de fato a população, em função da velocidade com que se processa o desenvolvimento tecnológico na área da saúde.

A Emenda nº 1, apresentada pelo Senador Delcídio Amaral consoante sugestão do Senador Tião Viana, merece, embora com reservas, ser acolhida, porquanto aperfeiçoa a matéria ao dispor, entre outros temas, sobre a possibilidade de os pacientes maiores manifestarem a vontade de não serem submetidos a determinados tratamentos ou procedimentos, quando em estágio terminal de doença.

III – VOTO

Em função dos argumentos exarados, o voto é pela **rejeição** do PLS nº 101, de 2005, e do PLS nº 103, de 2005, e pela **aprovação** do PLS nº 79, de 2003, e da Emenda nº 1-CCJ, na forma do seguinte substitutivo:

EMENDA Nº 1-CCJ

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 79, DE 2003 (SUBSTITUTIVO)

Dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei disciplina as relações dos pacientes com profissionais e serviços de saúde.

Art. 2º São assegurados ao paciente:

I – o acesso irrestrito às informações relativas à sua doença e ao seu estado de saúde, inclusive ao conteúdo do prontuário;

II – a liberdade de consultar outros profissionais de saúde, além daqueles que o estiverem assistindo, a fim de obter outra opinião ou esclarecimento a respeito do seu diagnóstico, prognóstico ou tratamento;

III – o direito de submeter-se ou não a tratamento ou procedimento diagnóstico ou terapêutico, nos termos definidos por esta Lei;

IV – a confidencialidade das informações referentes ao seu estado de saúde;

V – o respeito à privacidade;

VI – a faculdade de receber ou recusar-se a receber, no local de internação, pessoas não diretamente implicadas na assistência a sua saúde ou no funcionamento do serviço de saúde;

VII – o respeito à intimidade, física e moral, durante o período em que estiver sob os cuidados do serviço de saúde;

VIII – a manutenção de objetos pessoais durante o período de internação;

IX – a comunicação com pessoas não pertencentes ao serviço de saúde, devendo a direção do serviço de saúde facilitá-la, em especial quando dirigida ao cônjuge, aos pais, responsáveis ou parentes.

§ 1º Quando o paciente não puder expressar validamente a própria vontade, ainda que circunstancialmente, os direitos previstos nos incisos I, II e III do *caput* deste artigo serão atribuídos, respectivamente:

I – ao cônjuge, quando houver;

II – ao responsável legal ou constituído judicialmente;

III – aos parentes, em linha reta ou colateral, até o segundo grau, preferindo-se os mais próximos aos mais distantes.

§ 2º Ao cônjuge somente serão atribuídos os direitos previstos incisos I, II e III do *caput* deste artigo se não houver separação, mesmo que de fato.

§ 3º Constitui ato ilícito deixar de esclarecer o paciente ou, não sendo possível, o cônjuge, quando houver, o responsável legal ou constituído judicialmente ou, na falta deste, os parentes, na linha reta ou colateral, até o segundo grau, sobre a condição de saúde do interessado, o seu prognóstico, os objetivos e riscos do tratamento ou procedimento indicado e as possíveis consequências decorrentes da recusa ao tratamento ou procedimento prescrito.

§ 4º O direito à confidencialidade previsto no inciso IV do *caput* deste artigo não implica restrição ao trânsito de informações sobre o estado de saúde do paciente entre profissionais de saúde do serviço em que o paciente se encontre internado.

§ 4º O respeito à intimidade devido aos pacientes por força do inciso VII do *caput* deste artigo estende-se aos cadáveres.

§ 5º O exercício do direito estabelecido na primeira parte do inciso VI do *caput* deste artigo dar-se-á com observância das regras do serviço de saúde em que se encontre internado o paciente.

§ 6º O direito previsto no inciso VIII do *caput* deste artigo não poderá ser exercido quando a manutenção dos objetos e demais pertences puder prejudicar o tratamento ou provocar incômodo ou trazer prejuízo à saúde dos demais pacientes ou trabalhadores do serviço em que se der a internação.

Art. 3º O paciente capaz que não apresente risco de morte iminente e esteja apto a expressar validamente a própria vontade poderá aceitar ou recusar o tratamento ou procedimento diagnóstico ou terapêutico que lhe for prescrito por profissional de saúde legalmente habilitado.

Art. 4º O paciente capaz em estágio terminal de doença e apto a expressar validamente a própria vontade poderá manifestar a decisão de não ser submetido a determinados tratamentos ou procedimentos, mesmo que haja, como consequência, aceleração ou aumento do risco de morte, fazendo-o por meio de declaração escrita, que poderá dispor sobre:

I – o aceite ou a recusa a procedimento artificial para prolongamento da vida;

II – o aceite ou a recusa a ressuscitação cardiorrespiratória ou submissão a aparelho de suporte de vida;

III – o aceite ou a recusa a alguma outra forma de tratamento ou procedimento específico.

Parágrafo único. O paciente capaz poderá, antecipando futura ausência de discernimento ou incapacidade de expressão da própria vontade, atribuir a decisão de que trata o *caput* deste artigo a pessoa de sua livre escolha, devendo fazê-lo por instrumento público, caso em que não se aplicará o disposto no art. 5º desta Lei.

Art. 5º Quando o paciente for relativa ou absolutamente incapaz, ou não puder, ainda que circunstancialmente, expressar validamente a própria vontade, a recusa ao tratamento ou procedimento prescrito ou, sendo considerado de risco, o aceite respectivo, inclusive na hipótese do art. 4º desta Lei, atenderá ao seguinte:

I – caberá a decisão ao cônjuge, quando houver, ao responsável legal ou constituído judicialmente ou, ainda, aos parentes, até o segundo grau, na linha reta ou colateral, preferindo-se os mais próximos aos mais distantes;

II – se o paciente, ainda que absoluta ou relativamente incapaz, puder expressar por qualquer modo o desejo de submeter-se ao tratamento ou procedimento prescrito, o profissional que o estiver assistindo dará conhecimento do fato à autoridade competente e ao ministério público, para que lhe seja nomeado curador e submetido o caso ao juiz competente.

Parágrafo único. Ao cônjuge somente será atribuído o poder decisório a que se refere o inciso I do *caput* deste artigo se não houver separação, mesmo que de fato.

Art. 6º A decisão tomada com fundamento nos arts. 3º e 4º desta Lei não exclui a obrigação do profissional e do serviço de saúde de prestar ao paciente todos os cuidados paliativos, especialmente os que lhe puderem privar da sensação de dor.

Parágrafo único. Não se beneficiam do disposto nos arts. 3º e 4º desta Lei as gestantes, quando a gravidez for considerada viável por junta composta por, no mínimo, três médicos, salvo se o tratamento ou procedimento for considerado de risco.

Art. 7º À decisão de recusa ou, sendo considerado de risco, aceite do tratamento ou procedimento prescrito, aplica-se o seguinte:

I – deverá ser apresentada por escrito, registrada no prontuário do paciente e firmada por ele ou, não sendo isso possível, por uma das pessoas mencionadas no inciso I do art. 5º desta Lei, por uma testemunha e pelo profissional assistente responsável pela prescrição ou execução do tratamento ou procedimento;

II – terá validade por tempo indeterminado;

III – poderá ser reformada a qualquer tempo e, se for pelo aceite do tratamento ou procedimento, salvo se considerado de risco, por qualquer modo, reduzindo-se a termo, quando necessário.

Parágrafo único. A testemunha a que se refere o inciso I do *caput* deste artigo deverá ser capaz de atestar a capacidade do paciente ou reconhecer a legitimidade do cônjuge, quando houver, do responsável, legal ou judicial, ou do parente.

Art. 8º Os hospitais facilitarão o acesso dos pacientes internados e seus acompanhantes à assistência religiosa.

Parágrafo único. Os hospitais deverão dispor de espaço físico adequado e destinado exclusivamente às atividades religiosas.

Art. 9º Os serviços de assistência à saúde manterão um prontuário para cada paciente atendido.

§ 1º O prontuário deverá conter as informações referentes à saúde do paciente e aos tratamentos e procedimentos a que esteja submetido ou que lhe tenham sido indicados.

§ 2º Os serviços de saúde deverão conservar os prontuários dos pacientes atendidos por prazo não inferior a dez anos.

Art. 10. Os estabelecimentos de assistência à saúde proverão os meios para garantir o acesso dos pacientes aos direitos estabelecidos nesta Lei, informando-os, especialmente, do disposto nos arts. 3º e 4º desta Lei.

Parágrafo único. O poder público realizará campanhas para esclarecimento da população a respeito dos direitos instituídos por esta Lei.

Art. 11. A divulgação, sem a expressa autorização do paciente ou, não podendo este emití-la, das pessoas mencionadas no § 1º do art. 2º desta Lei, de informações relativas a diagnóstico, prognóstico, resultado de exames complementares ou qualquer outro procedimento diagnóstico ou terapêutico por profissional de saúde constitui crime de violação do segredo profissional, na forma do art. 154 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), exceto nas seguintes situações:

I – comunicação, a quem tenha legítimo interesse, de condições patológicas que possam oferecer riscos à saúde de outrem;

II – intercâmbio de informações sobre a saúde do paciente por parte dos profissionais que atuam na sua assistência;

III – revelação de informações relativas à saúde ao cônjuge, quando houver, aos responsáveis legais ou constituídos e aos parentes, em linha reta ou colateral, até o segundo grau, caso o paciente esteja, ainda que transitoriamente, impossibilitado de exprimir validamente a sua vontade.

Art. 12. O art. 13 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

“**Art. 13.**.....

§ 3º Não se considera omissão penalmente relevante a falta de instituição de suporte de vida ou a não realização de tratamento ou procedimento médico quando recusados, expressamente e por escrito, por paciente capaz ou, conforme o caso, por cônjuge, responsável legal ou constituído ou familiar, na linha reta ou colateral, até o segundo grau. (NR)”

Art. 13. Esta Lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

Senador DEMÓSTENES TORRES, Presidente

Senador ALOIZIO MERCADANTE, Relator *ad hoc*