



## **PARECER Nº       , DE 2006**

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS,  
em caráter terminativo, sobre os Projetos de  
Lei do Senado nºs 25 e 268, de 2002, que  
dispõem sobre o exercício da Medicina.

**RELATORA: Senadora LÚCIA VÂNIA**

### **I – RELATÓRIO**

Os Projetos de Lei do Senado (PLS) nº 25, de 2002, e nº 268, de 2002, tratam da regulamentação do exercício profissional da Medicina.

O PLS 25/2002, de autoria do Senador Geraldo Althoff, tem por objetivo definir o campo de atuação do médico e as atividades privativas desse profissional. O projeto estabelece que ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para a promoção primária, secundária e terciária. Determina que as atividades de prevenção que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem indicação terapêutica são atos privativos do médico.

O projeto delega ao Conselho Federal de Medicina (CFM) a competência para fixar a extensão e a natureza dos procedimentos próprios dos médicos, inclusive o campo privativo de sua atuação, e para definir os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Também determina como privativas de médico as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos privativos.

O art. 5º do projeto busca preservar o campo de atuação das demais profissões de saúde, ao excluir da aplicação da lei o exercício da odontologia, da



medicina veterinária e de todas as profissões de saúde regulamentadas por lei, observados os limites de sua atuação.

A infração aos dispositivos da lei é configurada como crime de exercício ilegal da medicina, nos termos do Código Penal Brasileiro.

Na justificação, o autor alega que o surgimento de inúmeras profissões de saúde gerou a necessidade de se delimitar e caracterizar legalmente o campo de atuação do médico, uma vez que essas novas profissões passaram a atuar em atividades que, no passado, eram exclusivamente médicas.

O projeto foi distribuído para ser analisado pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania e, em caráter terminativo, pela Comissão de Assuntos Sociais. Não foram apresentadas emendas.

Ao PLS 25/2002 foi apensado o Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, de autoria do Senador Benício Sampaio, que *dispõe sobre o exercício da Medicina*. Esse projeto é bem mais amplo que o anterior, pois, além de definir o campo de atuação do médico, regula o trabalho médico em seus aspectos trabalhistas e éticos, trata dos conselhos profissionais de medicina e do processo e das sanções disciplinares.

O PLS 268/2002 estabelece quais atividades devem ser privativas de médico. São elas: a formulação do diagnóstico nosológico, a prescrição terapêutica medicamentosa, a intervenção cirúrgica, a indicação e a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos e a determinação do prognóstico. O projeto preserva a competência do odontólogo e do psicólogo nos seus respectivos campos de atuação.

Determina, ainda, como atividade privativa do médico ocupar os cargos de diretor técnico, chefe de clínica, coordenador de controle e avaliação de procedimentos médicos, auditor médico e superior médico, bem como quaisquer outros de chefia, coordenação ou supervisão de atividades médicas privativas.

De acordo com o autor, o exercício da medicina está regulado por um conjunto de normas dispersas, que inclui quatro leis ordinárias, um decreto e numerosas resoluções do Conselho Federal de Medicina, além de um dispositivo constitucional que trata de acumulação de cargos e empregos públicos. O objetivo



do projeto é, pois, instituir uma “Lei do Médico”, promovendo a consolidação da matéria.

Os dois projetos foram analisados pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, que concluiu pela aprovação do PLS 25/2002, na forma de um substitutivo, e pela rejeição do PLS 268/2002.

As proposições vêm para serem apreciadas por esta Comissão de Assuntos Sociais, a quem compete decidir de forma terminativa sobre elas.

## II – ANÁLISE

*Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças*, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa conceituação, amplamente aceita no mundo todo, representa uma evolução significativa em relação à visão mais antiga, em que a saúde era encarada como a simples antítese da doença.

A mudança de postura em relação ao tema teve reflexo direto no modo de implementar a atenção à saúde do ser humano. Se antes a imagem mais comum era a do médico atuando de forma isolada, à beira do leito, cuidando do doente, hoje, esse trabalho é frequentemente multidisciplinar, com participação de diversos profissionais e com ênfase em ações preventivas.

O aporte de novas categorias profissionais para a atuação na área da saúde em muito contribuiu para o aprimoramento dos serviços prestados à população e para a evolução técnico-científica do setor. No entanto, a divisão de trabalho no âmbito das novas equipes de saúde ainda não está devidamente estabelecida, podendo gerar conflitos e desgaste entre seus componentes.

Como os diferentes profissionais são treinados em separado, é bastante comum que eles desconheçam as competências, potencialidades e limites de atuação uns dos outros. Além disso, a constante evolução tecnológica da área e as mudanças estruturais dos modelos de atenção à saúde tornam ainda mais difícil



a delimitação precisa dos papéis dos profissionais que prestam atendimento de saúde no Brasil.

Por isso é imperativa a necessidade de regulamentação e delimitação do espaço de trabalho dos profissionais de saúde, a fim de evitar que disputas entre as categorias possam trazer prejuízos para o atendimento da população. Da mesma forma, é importante que os pacientes tenham conhecimento das atribuições e responsabilidades dos diferentes profissionais que os atendem.

Das profissões de saúde regulamentadas no País, a medicina é a única que não tem o seu campo de atuação delimitado em documento legal. Apesar de ser profissão muito antiga, as leis que tratam de seu exercício não cuidam de determinar qual a área de atuação do médico nem quais as atividades que devem ser exercidas exclusivamente por médicos. Esse vácuo normativo contribuiu para a ocorrência de conflitos com diversas outras categorias profissionais da saúde, em função da amplitude de atuação da medicina e da incorporação, por outros profissionais, de práticas antes restritas aos médicos.

A melhor maneira de solucionar os conflitos nesse campo é, sem dúvida, a edição de diploma legal que determine, de forma clara, as atribuições privativas dos médicos e as atividades que podem ser compartilhadas com os demais profissionais de saúde. Não obstante, um objetivo que, em princípio, parece bastante simples mostrou-se muito difícil de alcançar na prática.

A apresentação da primeira das proposições sob análise, o PLS nº 25, de 2002, provocou enérgica reação por parte de representantes das demais profissões de saúde, que culminou com a criação do Movimento Nacional Contra o PLS 25/02 e a organização de protestos em diversos pontos do País. Esses profissionais temiam que a aprovação do projeto conduzisse a uma hegemonia da medicina sobre a área de saúde, relegando-os à condição de técnicos sem autonomia para o pleno exercício de suas atividades laborais.

A aprovação do projeto na CCJ, mesmo com alterações, foi conturbada e duramente criticada pelo Movimento Contra, ainda que aquela comissão tivesse se restringido à apreciar apenas a constitucionalidade e a juridicidade da proposta. O PLS nº 268, de 2002, a despeito de tratar do mesmo tema, recebeu pouca atenção dos grupos envolvidos na discussão e foi preterido pelos membros da comissão.



Em função da relevância das proposições para a saúde pública brasileira, assumi a relatoria da matéria em setembro de 2004, ciente do grande desafio que teria pela frente. O objetivo a que me propus foi produzir um texto de consenso que fosse aceito por ambos os lados da polêmica, mas que, acima de tudo, atendesse aos interesses da sociedade. Dessa forma, a estratégia adotada foi a de ouvir os vários atores interessados no tema para identificar, de forma objetiva, os pontos de conflito e tentar propor soluções que atendessem aos diversos interesses envolvidos.

Foram produzidos, por meu Gabinete de Apoio e pela Consultoria Legislativa do Senado, diversos estudos e análises comparativas da legislação brasileira e internacional a respeito do tema, com a finalidade de subsidiar a elaboração de uma proposta a ser discutida com representantes do Movimento Nacional Contra o PLS 25/02 e da Coordenação em Defesa do Ato Médico. Prudentemente, fiz-me acompanhar ainda de renomados juristas ao longo de todo o processo de discussão.

Durante as negociações, foram realizadas mais de trinta reuniões, em que foram ouvidas cerca de 1.800 pessoas, entre especialistas, parlamentares, consultores e representantes dos grupos de interesse, com destaque para as duas audiências públicas realizadas no âmbito desta Comissão de Assuntos Sociais, sendo uma delas transmitida em videoconferência para todas as assembleias legislativas do País. Todos tiveram a oportunidade de se manifestar e contribuir para o processo de construção do substitutivo que ofereço nesta oportunidade.

Não obstante os esforços despendidos, o processo de negociação obteve poucos avanços nos anos de 2004 e 2005, em função, notadamente, do estigma criado em torno dos projetos e das posições duras assumidas por ambos os lados durante os momentos iniciais da tramitação. Foi necessária muita paciência e tenacidade para não perder de foco o objetivo precípuo dos trabalhos de relatoria, que era o de oferecer à sociedade brasileira uma proposta de regulamentação da atividade médica que deixasse bem claros os limites de atuação da medicina.

A partir de meados de 2006, após a realização das audiências públicas, foi possível manter reuniões regulares em que os grupos interessados discutiram, frente a frente, os tópicos mais polêmicos das proposições. Com a nova postura de negociação, os entendimentos avançaram de modo bastante satisfatório, resultando na elaboração de uma minuta de substitutivo que representa o consenso obtido entre a Coordenação em Defesa do Ato Médico e o



Movimento Contra o PLS 25/02. Participaram, ainda, das reuniões representantes do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS).

A principal diferença do substitutivo em relação ao PLS nº 25, de 2002, reside no abandono do conceito de ato médico. Passou-se, então, a definir o campo de atuação do médico e, dentro desse campo, quais atividades são privativas de médico. Com isso, obteve-se harmonização com as diversas leis que tratam de regulamentação profissional no Brasil.

A definição do campo de atuação do médico e de suas atividades privativas foi delimitada de forma a não interferir com as demais profissões de saúde, cujas atribuições estão resguardadas. Isso representou um avanço significativo em relação ao PLS nº 25, de 2002, e trouxe mais segurança às categorias profissionais que atuam na área de saúde.

Em relação ao CFM, o substitutivo retira a competência para definir o campo de atuação privativa do médico, mas deixa a possibilidade de o órgão emitir normas sobre quais procedimentos podem e quais não podem ser praticados por médicos. A fiscalização e o controle da execução desses procedimentos são deixados a cargo dos Conselhos Regionais de Medicina.

O art. 3º do PLS nº 25, de 2002, teve sua redação alterada para evitar que os demais profissionais sejam impedidos de dirigir serviços de saúde.

Com efeito, o substitutivo acordado guarda mais semelhanças com o PLS nº 268, de 2002, do que com o PLS nº 25, de 2002. Ainda assim, foram efetuadas alterações significativas, especialmente no que se refere ao escopo da proposição. O substitutivo tem apenas oito artigos e trata essencialmente do campo de atuação e das atividades privativas do médico, enquanto o PLS nº 268, de 2002, tem 63 artigos e trata de praticamente todos os aspectos da prática médica.

Em relação ao campo de atuação dos médicos, não há diferenças significativas entre esta proposição e o substitutivo. No tocante às atividades privativas, por sua vez, o substitutivo é mais detalhado e extenso e excetua diversas atividades que podem ser praticadas por outros profissionais de saúde. Esse detalhamento, associado às exceções, permitiu que o texto final fosse obtido



por consenso entre os representantes dos médicos e dos demais profissionais da área.

O substitutivo que ofereço à consideração dos membros desta Comissão é fruto de mais de dois anos de trabalho de negociação, conduzido de forma bastante democrática, com participação de todos os segmentos interessados na matéria. O sucesso na obtenção do consenso somente foi possível graças à disposição dos grupos envolvidos para o debate franco e a busca do entendimento.

### **III – VOTO**

Em vista do exposto, o voto é pela **rejeição** do Projeto de Lei do Senado nº 25, de 2002, e pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, na forma do seguinte:

### **PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 268 (SUBSTITUTIVO), DE 2002**

Dispõe sobre o exercício da medicina.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** O exercício da medicina é regido pelas disposições desta Lei.

**Art. 2º** O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

*Parágrafo único.* O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

I – a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;

II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;



III – a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

**Art. 3º** O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

**Art. 4º** São atividades privativas do médico:

I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;

II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;

III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;

IV – intubação traqueal;

V – definição da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como as mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas;

VI – supervisão do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;

VII – execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;

VIII – emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;

IX – indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário;

X – prescrição de órteses e próteses oftalmológicas;

XI – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

XII – indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;



XIII – realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;

XIV – atestação médica de condições de saúde, deficiência e doença;

XV – atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

§ 1º Diagnóstico nosológico privativo do médico, para os efeitos desta Lei, restringe-se à determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por no mínimo dois dos seguintes critérios:

I – agente etiológico reconhecido;

II – grupo identificável de sinais ou sintomas;

III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2º Não são privativos do médico os diagnósticos funcional, cinésio-funcional, psicológico, nutricional e ambiental, e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva.

§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

I – invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos;

II – invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos;

III – invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

§ 5º Excetua-se do rol de atividades privativas do médico:

I – aplicação de injeções subcutâneas, intradérmicas, intramusculares e intravenosas, de acordo com a prescrição médica;



II – cateterização nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical e venosa periférica, de acordo com a prescrição médica;

III – aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;

IV – punções venosa e arterial periféricas, de acordo com a prescrição médica;

V – realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;

VI – atendimento à pessoa sob risco de morte iminente.

§ 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.

§ 7º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

**Art. 5º** São privativos de médico:

I – direção e chefia de serviços médicos;

II – coordenação, perícia, auditoria e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, a atividades privativas de médico;

III – ensino de disciplinas especificamente médicas;

IV – coordenação dos cursos de graduação em medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

*Parágrafo único.* A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico.

**Art. 6º** A denominação de “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de medicina e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina com jurisdição na respectiva unidade da federação.



SENADO FEDERAL  
Gabinete da Senadora **LÚCIA VÂNIA**

**Art. 7º** Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas sobre quais procedimentos podem ser praticados por médicos, quais são vedados e quais podem ser praticados em caráter experimental.

*Parágrafo único.* A competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no *caput*, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal.

**Art. 8º** Esta Lei entra em vigor sessenta dias após a data de sua publicação.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora