



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM  
CIÊNCIAS HUMANAS**

**A LEI DO ATO MÉDICO DIANTE DAS PROFISSÕES DA  
SAÚDE: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR**

**MAYCO MORAIS NUNES**

**FLORIANÓPOLIS - SC  
2017.**







Mayco Morais Nunes

**A Lei do Ato Médico diante das profissões da saúde: uma  
abordagem interdisciplinar**

Tese de Doutorado apresentada a Banca de Avaliação ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, como pré-requisito para obtenção do Título de Doutor em Ciências Humanas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Myriam Raquel Mitjavila

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis – SC

2017



Nunes, Mayco Morais Nunes

A Lei do Ato Médico diante das profissões da saúde: uma abordagem interdisciplinar / Mayco Morais Nunes; orientadora, Myriam Raquel Mitjavila / coorientadora, Marta Inez Machado Verdi – Florianópolis, SC.

195 p.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas.

Incluir Referências

1. Saúde Coletiva. 2. Sociologia das Profissões. 3. Medicina. 4. Lei do Ato Médico. 5. Biopolítica. 6. Autonomia Profissional. I. Mitjavila, Myriam Raquel. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. III. Título.



## **MAYCO MORAIS NUNES**

### **A Lei do Ato Médico diante das profissões da saúde: uma abordagem interdisciplinar**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de *Doutor(a) em Ciências Humanas* e aprovada, em sua forma final, no dia 17 de março de 2017, atendendo as normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/Doutorado.

t

Florianópolis, 17 de março de 2017.

---

**Profa. Dra. Myriam Raquel Mitjavila (orientador(a))**

---

**Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi (coorientador(a))**

---

**Profa. Dra. Teresa Kleba Lisboa**

Coordenador (a) do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas

#### **Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Myriam Raquel Mitjavila (orientador(a)) – UFSC

---

Profa. Dra. Maria Fernanda Vásquez Valencia (membro interno) – UFSC

---

Profa. Dra. Fabiana Flores Sperandio (membro externo) – UDESC

---

Profa. Dra. Priscilla Mathes (membro externo) – PMF

---

Prof. Dr. Carlos Alberto Severo Garcia Junior (membro externo) – UNIVALI

---

Prof. Dr. Fernando Hellmann (membro interno) – UFSC



## **AGRADECIMENTOS**

Ao chegar ao fim de uma jornada, lembranças surgem desde o início dessa caminhada. Pessoas que passaram em nosso caminho, deixando um pouco de si, uma parte de seus conhecimentos, de suas experiências.

Assim, agradeço a todos os docentes do PPGICH, em especial, Professora Luzinete e Professor Selvino, vocês foram muito especiais para mim.

Registro os meus sinceros votos de alegria e de saudades junto a todos os colegas de turma, vocês se mostraram companheiros nas diversas incursões acadêmicas que fizemos juntos.

Agradeço a Professora Marta Verdi por ter me aceito como Co-orientadora desse importante trabalho.

Um agradecimento especial a minha Orientadora Myriam Mitjavila, você sempre soube dar aquela palavra que faltava num contexto de construção da minha tese.

Um muito obrigado a Professora Teresa Kleba, deixo registrado o meu sentimento de gratidão por toda a sua dedicação ao longo de minha jornada.

Por fim e não menos importante, agradeço a minha esposa Claudia e minha filha Isabela por terem sido companheiras nesse percurso, repleto de desafios e conquistas.







*Dedico esse trabalho a minha esposa e a  
minha filha, vocês foram fundamentais  
para a conclusão desse estudo.*



## RESUMO

O início desse século foi marcado por uma intensa discussão sobre o papel da medicina na organização dos serviços de saúde e nas características das suas relações com as outras profissões desse campo. O ponto central e gerador desse debate foi a construção de uma proposta de lei que tratava de regulamentar a atuação profissional dos médicos promovida por representantes da sua categoria através de uma articulação política baseada em conceitos do profissionalismo moderno (FREIDSON, 1996, 2009; DUBAR, 2005, PIRES, 1998, DINIZ, 2001) e conhecida como Projeto de Lei do Ato Médico. Este estudo versa sobre a dimensão histórica das articulações políticas envolvidas nas disputas profissionais, mais especificamente, na interpretação do processo de aprovação da proposição no Congresso Nacional com a sanção parcial do texto aprovado pelo poder legislativo, na investigação das relações entre o posicionamento do governo federal e a constituição de uma estratégia política por meio da problematização dos discursos defendidos pelos envolvidos nesse pleito reivindicatório. Teve como objetivo a análise dessa articulação política e o desenvolvimento desse projeto de lei. Para tanto, realizou-se uma pesquisa documental tanto na imprensa leiga quanto na especializada (jornais, revistas científicas, informes de Conselhos Profissionais, atas transcritas das sessões da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, entre outros) onde se teve a sua fundamentação na abordagem qualitativa, organizada em três fases: exploratória, descritiva e analítica (BAILEY, 1994). Na fase exploratória, delimitou-se o objeto de análise com a respectiva identificação dos sujeitos envolvidos (os favoráveis e os contrários ao Projeto de Lei assim como os representantes do poder legislativo e executivo). Na fase descritiva, desenvolveu-se o aprofundamento teórico-metodológico para as ações dos sujeitos identificados, guiou-se pela abordagem arqueológica de Foucault (2009). Na fase analítica, articulou-se a pesquisa documental às reflexões teóricas sobre o poder, o seu exercício na medicina e nas suas relações com a sociedade e demais profissões da saúde e os seus respectivos significados nas disputas profissionais e na atuação governamental em torno dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao final, comprovou-se a tese de que a

Lei n.º 12.842, de 10 de julho de 2013, conhecida como a lei do ato médico, nos termos e na forma com que se teve a sua aprovação, configurou-se como uma estratégia biopolítica empreendida pelo governo federal com intuito de garantir a manutenção de uma política pública em saúde, materializada no funcionamento do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, identificou-se a percepção da representação desse sistema como um conjunto de serviços capazes de promover o conceito de saúde na qualidade de um direito social, extensível a todos brasileiros na sua efetividade, ao mesmo tempo, fundamentou-se a sua defesa frente a um movimento corporativista mais preocupado em garantir privilégios a seus membros do que buscar melhores condições de atendimento à saúde da população que se encontra neutralizado até o presente momento.

**Palavras-chave:** Lei do Ato Médico. Sociologia das Profissões. Biopolítica. Autonomia Profissional.

## ABSTRACT

The beginning of this century was marked by an intense discussion about the role of medicine in the organization of health services and the characteristics of its relations with other professions in this field. The central point that generated this debate was the construction of a bill that sought to regulate the professional performance of physicians promoted by representatives of their category through a political articulation based on concepts of modern professionalism (FREIDSON, 1996, 2009; DUBAR, 2005, PIRES, 1998, DINIZ, 2001) and known as the Bill of Rights the Medical Act. This study deals with the historical dimension of the political processes involved in professional disputes, specifically in the interpretation of the process of approval of the proposal in the National Congress with the partial sanction of the text approved by the legislature, in the investigation of the relations between the position of the federal government and the constitution of a political strategy through the problematization of the speeches defended by those involved in this process. It aimed to analyze this political articulation and the development of this bill. For this purpose, a documentary research was carried out in both the lay and specialized press (newspapers, scientific journals, reports of Professional Councils, transcripts of the sessions of the Chamber of Deputies and the Federal Senate, among others). The qualitative approach, organized in three phases: exploratory, descriptive and analytical (BAILEY, 1994). In the exploratory phase, the object of analysis was delimited with the respective identification of the subjects involved (the favorable ones and those against the Bill of Rights as well as the representatives of the legislative and executive power). In the descriptive phase, the theoretical-methodological deepening for the actions of the identified subjects was developed, guided by the archaeological approach of Foucault (2009). In the analytical phase, documentary research was articulated to theoretical reflections on power, its exercise in medicine and its relations with society and other health professions and their respective meanings in professional disputes and in the governmental action around the principles Of the Unified Health System (UHS). In the end, it was proved that Law N° 12,842, of July 10, 2013, known as the Law of Medical Act, in the terms and in the form with which it was approved, was

established as a biopolitical strategy undertaken by the federal government in order to ensure the maintenance of a public health policy, materialized in the functioning of the Unified Health System. In this sense, it was identified the perception of the representation of this system as a set of services capable of promoting the concept of health as a social right, extendible to all Brazilians in their effectiveness, at the same time, was based on their defense To a corporatist movement more concerned with guaranteeing privileges to its members than to seek better conditions of health care for the population that has been neutralized up to the present moment.

**Key words:** Law of Medical Act. Sociology of Professions. Biopolitics. Professional Autonomy

## RESUMEN

El inicio de este siglo fue marcado por una intensa discusión sobre el papel de la medicina en la organización de los servicios de salud y en las características de sus relaciones con las otras profesiones de ese campo. El punto central generador de ese debate fue la construcción de una propuesta de ley que trataba de reglamentar la actuación profesional de los médicos promovida por representantes de su categoría a través de una articulación política basada en conceptos del profesionalismo moderno (FREIDSON, 1996, 2009; DUBAR, 2005; PIRES, 1998; DINIZ, 2001) y conocida como Proyecto de Ley del Acto Médico. Este estudio versa sobre la dimensión histórica de los procesos políticos involucrados en las disputas profesionales, más específicamente, en la interpretación del proceso de aprobación de la proposición en el Congreso Nacional con la sanción parcial del texto aprobado por el poder legislativo, en la investigación de las relaciones entre el posicionamiento del gobierno federal y la constitución de una estrategia política por medio la problematización de los discursos defendidos por los involucrados en ese proceso. El objetivo del análisis de esta articulación política y el desarrollo de este proyecto de ley. Para ello, se realizó una investigación documental tanto en la prensa laica como en la especializada (periódicos, revistas científicas, informes de Consejos Profesionales, actas transcritas de las sesiones de la Cámara de Diputados y del Senado Federal, entre otros) donde se tuvo su fundamentación en la Enfoque cualitativo, organizado en tres fases: exploratoria, descriptiva y analítica (BAILEY, 1994). En la fase exploratoria, se delimitó el objeto de análisis con la respectiva identificación de los sujetos involucrados (los favorables y los contrarios al Proyecto de Ley así como los representantes del poder legislativo y ejecutivo). En la fase descriptiva, se desarrolló la profundización teórico-metodológica para las acciones de los sujetos identificados, se guio por el abordaje arqueológico de Foucault (2009). En la fase analítica se articuló la investigación documental a las reflexiones teóricas sobre el poder, su ejercicio en la medicina y en sus relaciones con la sociedad y demás profesiones de la salud y sus respectivos significados en las disputas profesionales y en la actuación gubernamental en torno a los principios Del Sistema Único de Salud (SUS). Al final, se comprobó la tesis de que la

Ley nº 12.842, de 10 de julio de 2013, conocida como la Ley del Acto Médico, en los términos y en la forma con que se tuvo su aprobación, se configuró como una estrategia biopolítica emprendida por el gobierno federal con el fin de garantizar el mantenimiento de una política pública en salud materializada en el funcionamiento del Sistema Único de Salud. En ese sentido, se identificó la percepción de la representación de ese sistema como un conjunto de servicios capaces de promover el concepto de salud en la calidad de un derecho social, extensible a todos los brasileños en su efectividad, al mismo tiempo, se fundamentó su defensa frente A un movimiento corporativista más preocupado en garantizar privilegios a sus miembros que buscar mejores condiciones de atención a la salud de la población que se encuentra neutralizado hasta el presente momento.

**Palabras clave:** Ley del Acto Médico. Sociología de las profesiones. Biopolítica. Autonomía Profesional.

## RÉSUMÉ

Le début de ce siècle a été marquée par une intense discussion du rôle de la médecine dans l'organisation des services de santé et les caractéristiques de ses relations avec les autres professions sur le terrain. Le point de générateur de ce débat a été la construction d'un projet de loi qui devait réglementer les activités professionnelles des médecins promus par des représentants de sa catégorie grâce à une combinaison de politiques fondées sur des concepts de professionnalisme moderne (FREIDSON, 1996, 2009; DUBAR, 2005 ; PIRES, 1998 ; DINIZ, 2001) et connue sous le nom du Projet de Loi l'acte médical. Cette étude porte sur la dimension historique des processus politiques impliqués dans des conflits professionnels, plus précisément, l'interprétation du processus d'approbation des propositions au Congrès avec la sanction partielle du texte approuvé par le législateur, d'enquêter sur les relations entre la position du gouvernement fédéral et la mise en place d'une stratégie politique et remettre en question le discours embrassée par ceux qui sont impliqués dans ce processus. Nous avons cherché à l'analyse de cette articulation politique et le développement de ce projet de loi. Par conséquent, la recherche documentaire a été réalisé à la fois dans la presse laïque et spécialisée (journaux, revues, rapports professionnels, boards transcrites procès-verbaux des réunions de la Chambre des représentants et le Sénat, entre autres) où elle avait sa fondation en approche qualitative, organisée en trois phases: (BAILEY, 1994) exploratoires, descriptives et analytiques. Dans la phase d'exploration, délimitée à l'objet de l'analyse avec l'identification des sujets impliqués (favorables et contraires à la loi, ainsi que les représentants du pouvoir législatif et exécutif). Dans la phase descriptive, développé l'approfondissement théorique et méthodologique pour les actions des sujets identifiés, guidés par l'approche archéologique de Foucault (2009). Dans la phase d'analyse, la recherche documentaire a été articulée aux réflexions théoriques sur le pouvoir, son exercice en médecine et dans ses relations avec la société et d'autres professions de la santé ainsi que leur signification dans les litiges professionnels et les actions du gouvernement autour des principes le système de santé unifié (SSU). A la fin, il a prouvé la thèse selon laquelle la Loi n ° 12842 du 10 Juillet 2013, connu comme la Loi de l'acte

médical, selon les termes et dans la façon dont elle avait l'approbation, être configuré en tant que biopolitique stratégie adoptée par le gouvernement fédéral afin d'assurer le maintien de la politique publique en matière de santé, matérialisée dans le fonctionnement du système de santé unifié. En ce sens, nous avons identifié la perception de la représentation de ce système comme un ensemble de services qui favorisent le concept de la santé comme un droit social, étendu à tous les Brésiliens dans leur efficacité en même temps, était basé sur sa défense avant un mouvement corporatiste plus soucieux d'assurer des privilèges à ses membres que de chercher de meilleures conditions de soins de santé de la population qui est neutralisée à ce jour.

**Mots-clés:** Loi médicale loi. Sociologie des professions. Biopolitique. L'autonomie professionnelle.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** As definições de ato médico presentes nas Resolução CFM n.º 1.671/01 e no Projeto de Lei n.º 25/02.....95
- Quadro 2:** Disposição legal das profissões Regulamentadas da área da saúde.....124
- Quadro 3:** Disposição do conteúdo dos dispositivos vetados pela Presidenta Dilma Rousseff na sanção da Lei n.º 12.842/13 de 10 de julho de 2013.....128







## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>31</b>
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA .....	39
1.2 TESE .....	39
1.3 OBJETIVO GERAL .....	40
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	40
<b>2 POR UMA CRÍTICA DA MEDICINA: PROFISSIONALISMO E LEGITIMIDADE.....</b>	<b>45</b>
2.1 O MÉDICO E A CONSTRUÇÃO DE SUA AUTORIDADE .....	48
2.2 O PROFISSIONALISMO MÉDICO E O MONOPÓLIO DA SAÚDE .....	63
2.3 A REGULAMENTAÇÃO MÉDICA NO BRASIL .....	73
<b>3 O ATO MÉDICO NO BRASIL: DAS NEGOCIAÇÕES AO VETO PRESIDENCIAL.....</b>	<b>81</b>
3.1 O HISTÓRICO DO PROJETO DE LEI DO ATO MÉDICO .....	83
3.2 OS INTERESSES EM DISPUTA ENTRE AS CORPORações PROFISSIONAIS.....	107
3.3 O DEBATE LEGAL E O VETO PRESIDENCIAL .....	127
<b>4 ALÉM DO CORPORATIVISMO: POLITICAS DE SAÚDE EM DISPUTA .....</b>	<b>135</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>149</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>151</b>
<b>7 ANEXOS .....</b>	<b>163</b>
7.1 Anexo 1: Resolução CREMERJ n° 128/98 .....	164
7.2 Anexo 2: Resolução CFM n° 1.627/2001.....	166
7.3 Anexo 3: Lei n° 12.842, de 10 de julho de 2013.....	190



# 1 INTRODUÇÃO

O cenário mais amplo no qual esta tese insere-se é a constituição moderna das profissões a partir de fins do século XIX, e mais especificamente, seus desdobramentos contemporâneos no século XXI. A divisão social do trabalho e a formação de corporações profissionais têm sido objeto de estudo da sociologia desde seus primórdios sendo abordados por autores clássicos como Durkheim e Weber (DUBAR, 2005). O processo de industrialização e de expansão das universidades como espaços privilegiados de conhecimento teve como consequência não apenas a separação entre as dimensões intelectual-científica e a prática-mecânica, como também a formalização e especialização dos campos profissionais (FREIDSON, 1996).

De acordo com Bonelli (1999) fixou-se uma relação obrigatória entre atividade profissional e a formação de nível superior. Essa determinação criou uma conjuntura favorável tanto ao reconhecimento social de determinados ofícios, quanto a constituição de um domínio próprio sobre parte dos serviços prestados à sociedade. Este processo tem aspectos socialmente positivos pois assegura, até certo ponto, a qualificação necessária para a execução de determinada tarefa, assim como a regulamentação ética, seja sobre as relações entre os pares, seja sobre as relações entre estes e a sociedade que utilizará o trabalho oferecido (PIRES, 1998).

Essa configuração histórica do trabalho nas modernas sociedades ocidentais, contribuiu para a construção de imaginário no qual o profissional aparece como indivíduo detentor de uma competência particular capaz de resolver problemas concretos, ou seja, alguém comprometido com os interesses de seus clientes. Desta maneira, as ações das categorias profissionais articulam-se às regulamentações estatais, em busca da conservação da exclusividade e autoridade para sua auto-regulação e domínio de parcela do mercado e dos produtos (GUIMARÃES, REGO, 2005).

As corporações estabelecem regras para o exercício profissional, controlam a formação acadêmica e estruturam Códigos de Ética (BONELLI, DONATONI, 1996). Vale enfatizar que o Código também institui as punições no caso de seu descumprimento (PEREIRA NETO, 1995). Por outro lado, 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, o Código de Ética é dinâmico, podendo sofrer alterações em seu texto de acordo com as decisões da corporação.

Contudo, esta formalização por si própria não garante exclusividade do mercado de trabalho. Especialmente se considerarmos que o desenvolvimento técnico-científico e a fragmentação do conhecimento têm provocado o surgimento de novas profissões. Então, se por um lado, a especialização cria demandas por novos serviços, por outro, ela gera certa sobreposição, cujos limites são imaginários, entre distintas profissões que passam a compartilhar atos anteriormente exclusivos à uma única profissão (FREIDSON, 1996).

A profissionalização supostamente presumiria o “preparo escolar sistemático e prolongado, o controle do desempenho individual pelos pares (ou autocontrole) e a legitimação da ação profissional em nome da prestação desinteressada de serviço à comunidade” (DURAND, 1975, p. 59). Todavia, o último elemento é discutível, principalmente porque “[...] diversas associações profissionais desenvolvem meios políticos de manutenção do monopólio de mercado, controlando por exemplo, o preço dos serviços, a entrada no campo profissional, o que favorece em alguns casos a criação de elites profissionais” (DURAND, 1975, p. 60). Nestas circunstâncias, verifica-se a priorização de interesses privados em detrimento do bem comum e dos interesses sociais.

A atuação corporativista se complica ainda mais quando os serviços em questão dizem respeito a saúde. Dado que os serviços de saúde estão implicados numa teia de acordos políticos promulgados por organismos internacionais e assinados

por diversos países. Assim, os interesses das corporações profissionais devem necessariamente refletir as transformações advindas da globalização de mercados e da garantia dos Direitos Humanos. Dois processos complexos e profundamente contraditórios.

O Brasil como signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) fortaleceu - a partir do processo de redemocratização pós-ditadura militar, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 – “a concepção de saúde como o resultado de um conjunto de condições sociais que promovam o bem-estar (alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica, etc.)” (NORONHA, PEREIRA, 2013, p. 20).

Desde então, a saúde passa a ser considerada um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, DIAS, 2002). Adicionalmente, a lei Orgânica 8080/90 tem como premissa política a formação de equipes multiprofissionais, visto que a garantia da saúde não se reduz a ausência de doenças, logo há que se considerar o conceito relativo aos níveis de saúde contido no seu Art. 3º<sup>1</sup>. Assim, a interpretação do texto legal aponta para um entendimento de apropriação da inter-relação social e econômica como sendo necessária aos cuidados previstos e perseguidos na assistência à saúde, de caráter integral, expressos por meio de um conjunto de ações e políticas e dimensionados, de forma detalhada, nesse instrumento jurídico que instituiu o Sistema Único da Saúde. Portanto, pode-se afirmar que o médico passa oficialmente a compartilhar com outros profissionais, a responsabilidade de implementar ações preventivas, de diagnóstico, de intervenção e de propriedade curativa.

---

<sup>1</sup> Da Constituição Federal em seu Art. 3º versa que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

O caso da medicina enquanto profissão no Brasil é paradigmático, pois revela como suas corporações foram hábeis na perpetuação de certa superioridade hierárquica face às demais profissões. Essa supremacia se manifesta na própria organização da saúde, influenciando os critérios estabelecidos nos parâmetros assistenciais no país. Um exemplo é a Norma Operacional de Assistência à Saúde<sup>2</sup>, nessa portaria de autoria do Ministério da Saúde, observa-se a relação dos critérios de complexidade e de importância da gestão da assistência no âmbito das políticas a presença e número de especialistas médicos contidos nas estruturas do Estado, onde se percebe tanto a concessão de mais atos aos profissionais da medicina quanto a exclusividade em posições de coordenação dos trabalhos, competindo às demais profissões a condição de atuação complementar e/ou auxiliar na disposição dos serviços previstos.

Essa situação se deve, em parte, à maneira peculiar com que se fundamentou a profissão médica. A sua trajetória no país mostra que suas formas de organização – desde o controle da formação acadêmica, o registro histórico de descoberta e desenvolvimento de novas técnicas diagnósticas e de tratamento, a participação política no legislativo – firmaram métodos eficazes de garantia da legitimidade social e política de sua supremacia científica-clínica (MACHADO, 1995).

A medicina possui algumas prerrogativas monopolistas que a diferenciam da maioria das profissões que disputam o mercado de serviços especializados. Ela tem, por exemplo, um projeto profissional, no qual, fez alianças com o Estado e grupos sociais dominantes. Ao longo de sua história, reivindicou para si um vasto, sólido e complexo conhecimento, transformando sua prática num sofisticado e complexo ato técnico-científico. A ideia do *expert* tornou-se o discurso médico uma realidade incontestável (MACHADO, 1997).

---

<sup>2</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002.

Tem-se a ciência de que este campo é tão amplo quanto complexo, circunscreve-se o objetivo desta tese à descrição e compreensão das implicações políticas geradas pelas disputas entre profissionais no campo da saúde no Brasil. Analisou-se o processo político da ação legislativa empreendida pelo Senador Geraldo Althoff (PFL/SC) – representando os interesses da maioria dos Médicos organizados por meio de suas associações – materializada na proposição do Projeto de Lei do Ato Médico (PLS n° 25/2002), desde sua formulação original até os desdobramentos recentes que culminaram com os vetos presidenciais de Dilma Rousseff.

Destaca-se o fato de que o objeto do projeto de lei foi a definição de atos profissionais no campo da saúde como privativos aos médicos. A constituição do texto apresentado no Senado Federal teve a sua origem atribuída a uma resolução exarada<sup>3</sup> pelo próprio Conselho Federal de Medicina.

Naquela ocasião, o discurso que sustentava o projeto de Lei era de que a regulamentação dos atos médicos beneficiaria não só a categoria mas também a sociedade. Pois, uma profissão que somente é regulada pelos seus pares, além de deixar a sociedade mais dependente de sua vontade em punir aqueles que não exercem de forma adequada suas competências e habilidades profissionais, apresenta relativa fragilidade frente às demais.

Entretanto, o que se passou por anos, transfigurou-se para além do fato de termos uma profissão lutando por sua regulamentação. Os discursos proferidos por seus defensores, por seus opositores e a justificativa dos vetos presidenciais apontam para conclusões que revelam que este fenômeno extrapola a questão regulamentar de uma profissão ou a materialização jurídica das disputas vivenciadas cotidianamente entre a medicina e outras profissões da saúde. E é justamente para investigar os discursos e as repercussões desde a tentativa de aprovação do Projeto de Lei do Ato Médico até o seu desfecho formalizado nos vetos presidenciais e sua ratificação

---

<sup>3</sup> Resolução CFM n°1.627/2001, maiores detalhes, vide o anexo 2.

pelo Congresso Nacional.

Por reconhecer a complexidade deste fenômeno, orienta-se por uma abordagem epistemológica interdisciplinar, articulando a análise sociológica das profissões (FREIDSON, 1996, DINIZ, 2001, BONELLI 1999, PIRES, 1998) à dimensão histórica dos processos políticos envolvidos nas disputas profissionais.

Guia-se também pela abordagem arqueológica de Foucault (2009), que trata os discursos como materiais passíveis de escrutínio. O método arqueológico não se fixa nas intenções dos sujeitos, nem trata os discursos como documentos alegóricos de poderes ocultos. Os discursos são práticas formadas por enunciados e que estabelecem sentidos por meio da relação com outros enunciados vigentes. Isto porque a materialidade do discurso depende das relações de poder, institucionais ou não, na qual assenta seu sentido (FOUCAULT, 2007).

Nesta perspectiva, a história não é uma sequência de fatos contínuos, mas uma emergência contínua de processos incoerentes que se imprimem nos discursos como verdades, constantemente disputadas, negociadas e fragmentadas, ainda, que desfrutam de certa hegemonia e consenso social. Assim, enquanto Foucault fornece instrumentos para analisar os discursos, os sociólogos que estudaram os campos profissionais oferecem elementos para investigar como as relações de trabalho são negociadas e atualizadas no campo da saúde (FOUCAULT, 2009).

O tema se forma na intersecção entre três dimensões: a consolidação histórica da posição elitizada dos médicos entre as profissões em geral, e as profissões da saúde em particular, a não estabilidade das relações de poder uma vez que a emergência de outras profissões reconhecidas questionam certos privilégios, e a contrapartida política através do projeto de Lei do Ato Médico no Brasil, cujas consequências não se restringem as profissões envolvidas, mas poderiam afetar os princípios da política de saúde pública vigente no país.

Fundamenta-se numa abordagem qualitativa, organizada em três fases: exploratória, descritiva e analítica (BAILEY, 1994). Realizou-se uma pesquisa documental tanto na imprensa leiga quanto na especializada (jornais, revistas científicas, informes de Conselhos Profissionais, atas transcritas das sessões da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, entre outros) em busca do “(...) conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma época dada, e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa” (FOUCAULT, 2007, p. 133).

Os principais documentos foram o Projeto de Lei Nº 025/2002, os discursos proferidos por parlamentares durante a discussão da proposta, os posicionamentos proferidos por Conselhos Profissionais contrários ao pleito médico, os discursos do Conselho Federal de Medicina e o respectivo regramento jurídico da saúde no âmbito público e privado.

Nesta fase exploratória, empreendeu-se a circunscrição do objeto de análise a delimitação dos sujeitos envolvidos: sujeitos favoráveis ao Projeto de Lei, sujeitos contrários ao Projeto de Lei e os Poderes Legislativo e Executivo. Os primeiros se caracterizavam como os representantes dos médicos (Conselheiros do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais de Medicina, Presidentes de Associações Profissionais Médicas e Sindicatos Médicos); os contrários a proposição da medicina, encontravam-se nos Presidentes dos Conselhos Federais de Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, de Fonoaudiologia, Nutrição, Serviço Social e do FENTAS (Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde). Quanto aos representantes do poder legislativo, destacam-se os Senadores (em ordem alfabética): Aloysio Nunes, Ana Amélia Lemos, Geraldo Althoff, Jefferson Peres, José Fogaça, Lucia Vânia, Luiz Otávio e Roberto Requião e do poder executivo, ressalta-se a atuação da Presidenta Dilma Rousseff.

Na fase descritiva, desenvolveu-se um aprofundamento teórico-metodológico para alicerçar a análise do objeto de estudo, que é, compreender como as ações promovidas por uma

categoria profissional podem ter efeitos sobre políticas públicas mais amplas. Deste modo, argumento que mesmo as decisões relativas às profissões específicas não podem sobrepor seus interesses particulares, à princípio, socialmente conquistadas e traduzidas em políticas públicas, como é o caso do SUS.

Para compreender esta correlação de forças e sujeitos políticos, apropriou-se da noção de foucaultiana de poder:

Eu quero dizer que, nas relações humanas, qualquer que sejam - que trate de comunicar verbalmente, como fazemo-lo agora, ou que trate-se de relações amorosas, institucionais ou econômicas -, o poder continua presente: eu quero dizer a relação na qual um quer tentar de dirigir a conduta do outro. Estas são, por conseguinte, relações que pode-se encontrar em diversos níveis, sob diferentes formas; estas relações de poder são relações móveis, ou seja elas podem alterar-se, elas não são dadas de uma vez para sempre (FOUCAULT, 2001, p. 153).

Embora a medicina desfrute de um *status* profissional e científico e articule discursos que visem a manutenção de sua superioridade epistemológica, esta posição não se mantém sem conflitos e rupturas, ao contrário, ela é objeto de disputas entre sujeitos num campo dinâmico de dispositivos diversos (MACHADO, 1996). Dentre os dispositivos, a lei configura-se como meio de tentar fixar uma prerrogativa que tem sido questionada mediante a transformação das relações de trabalho e das políticas de saúde, na qual outras profissões reivindicam sua relevância em atos que deveriam, de acordo com a lógica do discurso médico, ser-lhe propriedade exclusiva. Por esse motivo, a abordagem arqueológica de Foucault é útil na análise do fenômeno em questão.

Na fase analítica articulou-se a pesquisa documental às reflexões teóricas sobre o poder, o seu exercício na medicina e nas relações entre os profissionais da saúde, assim como os significados das disputas profissionais e da atuação

governamental em estabelecer um mecanismo de proteção aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Pode-se assim relacionar conceitos à luz dos símbolos construídos. Por consequência, alcança-se o entendimento e a categorização da ação política estatal como uma estratégia biopolítica com enfoque na segurança da população (FOUCAULT, 1988, 1990, 1999). Considera-se como uma de suas modalidades contemporâneas em termos de função política do Estado (FARHI NETO, 2008). Essa pertinência se apresenta por se observar princípios de defesa à segurança na assistência pública de saúde, explícitos nos discursos contidos na mensagem dos vetos. Tem-se então, o exercício do poder de Estado dirigido aos cuidados com a vida da população, frente à virtualidade dos perigos que se revelavam com a eminente aplicação da lei aprovada pelo Congresso Nacional.

## **1.1 Problema**

Diante deste cenário, questiona-se: como a articulação política da medicina surgiu e se desenvolveu em torno de sua regulamentação profissional através da defesa do projeto de lei do ato médico durante o seu período de tramitação e de que forma tivemos as suas repercussões até o seu desfecho materializado por meio da sanção parcial do texto aprovado pelo Congresso Nacional?

Esse problema de pesquisa pauta a subsequente tese a ser sustentada:

## **1.2 Tese**

A lei n.º 12.842, de 10 de julho de 2013, conhecida como a lei do ato médico, nos termos e na forma com que se teve a sua aprovação, configura-se como uma estratégia biopolítica empreendida pelo governo federal em defesa da manutenção de uma política pública em saúde, materializada no funcionamento do Sistema Único de Saúde, diante da percepção de que o projeto de lei aprovado no poder legislativo consistia em uma ameaça a sua estruturação organizacional, por entender que a

proposta de regulamentação profissional iria ampliar o conceito de ato profissional privativo aos médicos de modo a implicar em problemas na continuidade dos programas assistenciais em atividade nesse sistema.

Por conseguinte, têm-se como objetivos do presente estudo:

### **1.3 Objetivo Geral**

Analisar a articulação política da medicina em torno de sua regulamentação profissional e o desenvolvimento do projeto de lei do ato médico.

### **1.4 Objetivos Específicos**

Interpretar a aprovação da proposta de regulamentação profissional da medicina, aprovada no Congresso Nacional e sancionada com vetos pela Chefe do Poder Executivo;

Investigar as relações existentes entre o posicionamento do poder executivo federal e a possível formação de uma estratégia biopolítica;

Problematizar o discurso estatal de defesa à manutenção dos serviços públicos em saúde a partir dos princípios estabelecidos pela Lei n.º 8080/90.

Para tanto, faz-se necessário a efetivação de uma análise histórica da medicina através da abordagem arqueológica de Foucault (FOUCAULT, 1990, 2005, 2007), isto é, que se apresente como capaz de atender as demandas metodológicas e dirigidas ao estabelecimento de relações entre o problema do estudo e dos respectivos objetivos lançados, assim como na sustentação da defesa da tese aqui apresentada. Foucault (1988, 1999, 1990) além de apresentar em seus estudos as dimensões com que se estabelece a biopolítica das populações, aponta-se aos recursos que se podem construir como elementos constituintes de uma política de Estado no âmbito das suas inter-relações com a saúde e nos contíguos domínios de emprego, como por exemplo, na ênfase à proteção à assistência em saúde

da população. Enfim, descaracteriza a proposição médica na sua configuração fundamentada nos preceitos do profissionalismo e permite a sua evidencia nos termos de uma estratégia biopolítica.

O presente estudo encontra-se nas relações profissionais no campo da saúde, mais precisamente no papel da medicina na organização dos serviços na sociedade. A escolha do tema – a regulamentação profissional dos médicos no campo da saúde – interpela um referencial teórico relevante tanto para a organização dos serviços de saúde quanto para a autonomia profissional das profissões do campo da saúde.

Portanto, o estudo acerca do ato médico aponta para tensões e disputas pelo controle de determinados atos técnico-científicos no campo da saúde, anteriormente e/ou supostamente exclusivos aos médicos e hoje compartilhados com outras profissões. Sua relevância se constrói diante da multiplicidade de significados que se encontram reservados na motivação do ensejo reivindicatório e pela forma com que se buscou conquistar espaços profissionais. Esse conjunto foi responsável por fomentar discussões por todas as categorias profissionais que integram o campo da saúde em função da profundidade com que se observa as possíveis transformações requeridas na proposta de regulamentação de uma única profissão (medicina); de tal modo, tem-se a eminência de dano observada, não somente nas relações mais imediatas entre os profissionais da saúde e destes com os pacientes, mas em se alterar determinados princípios da gestão pública na saúde de nosso país.

Assim, este trabalho justifica-se do ponto de vista da relevância social, acadêmica e pessoal. Do ponto de vista social, a presente tese justifica-se na medida em que procura desvelar o processo desencadeado pela categoria médica sob forma de se estabelecer no campo da saúde conceitos de saúde e doença já superados pelos avanços da saúde pública em nosso país, bem como se constitui uma discussão que possa colaborar na valorização do sistema público de saúde estabelecido pela Lei n.º 8080/90, desde o tratamento conquistado à saúde como um direito social a partir de nossa Carta Magna.

Do ponto de vista da importância acadêmica, este

trabalho aborda questões pouco exploradas na literatura, muito por contextualizar em uma perspectiva interdisciplinar tanto no que tange às aproximações entre a biopolítica das populações em nossa contemporaneidade tendo como embasamento o referencial teórico acerca das profissões, em especial, a constituição de autoridade da medicina atrelada às inferências conceituais das teorias de Michel Foucault às relações de poder nas organizações profissionais, principalmente, no domínio da saúde pública brasileira em que prepondera a sua construção a partir do modelo assistencial baseado em equipes multiprofissionais.

Do ponto de vista pessoal, destaco minha trajetória como membro em Comissões de Trabalho de Ética Profissional do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região (Santa Catarina) e como professor do Curso de Fisioterapia da disciplina Ética Profissional e Deontologia em Fisioterapia desde 2001. As experiências vividas nesses ambientes me levaram a curiosidade de se procurar entender a dinâmica das relações profissionais no campo da saúde. Aproveitei-me da possibilidade de acompanhar de perto as mobilizações em torno desse momento único na organização das profissões da saúde – o projeto de lei do ato médico – creio que refletir e procurar entender essa passagem será útil à valorização das conquistas na saúde pública e ter uma melhor dimensão das ameaças a sua continuidade. No entendimento de poder contribuir ainda mais para que a justiça social se amplie no campo das relações profissionais entre os agentes da saúde, é que tratarei de desenvolver este estudo.

E por fim, mediante esta contextualização geral, estruturei a tese em três capítulos. O primeiro trata do processo histórico da medicina como profissão no sentido de desvelar suas regularidades e contradições na construção de autoridade, do monopólio na saúde e da dinâmica de sua regulamentação no Brasil que tem como título “Por Uma História Crítica da Medicina: Profissionalismo e Legitimidade”. O segundo trata de se estabelecer as relações históricas do projeto de ato médico a partir da análise dos discursos expostos por defensores e opositores a sua consecução, problematizando a sua justificativa nos domínios profissional e social e se encontra sob o título “Ato

Médico no Brasil: das negociações ao veto presidencial”. O último se desenvolveu a partir da descrição do cenário das políticas públicas em saúde e os seus significados nas práticas profissionais e nos conceitos de saúde e doença considerados como importantes num contexto de valorização à atenção integral ao ser humano e seu papel de se configurar em um contraponto a proposição médica de regulamentar sua profissão, recebeu o título “Além do corporativismo: políticas de saúde em disputa”.



## 2 POR UMA HISTÓRIA CRÍTICA DA MEDICINA: PROFISSIONALISMO E LEGITIMIDADE

Para tratar do processo histórico da medicina como profissão, guio-me pela abordagem arqueológica de Foucault (2005, 2007). Portanto, não descreverei a história da medicina como uma sequência de fatos incessantes. Pelo contrário, antes tratarei esses tidos de modo pretensamente contínuos como discursos políticos. Observarei suas regularidades e contradições, buscando identificar as condições científicas e políticas que favoreceram a emergência da medicina como *episteme* influente socialmente. Por considerar que

[...] a descrição arqueológica, [...], abandona os postulados e procedimentos da história das ideias na tentativa de fazer uma história inteiramente diferente daquilo que os homens disseram. Procura-se estabelecer a constituição dos saberes privilegiando as inter-relações discursivas e sua articulação com as instituições, na tentativa de responder a como os saberes apareciam e se transformavam (AZEVEDO, RAMOS, 2003, p. 288).

Apesar de alguns autores preferirem uma historiografia mais positivista (MENDONÇA, NICOLINI, 2007) na descrição da medicina no Brasil, onde se valoriza a sua construção através de biografias, de aspectos objetivos de suas instituições ou mesmo por meio de publicações realizadas em eventos científicos; considera-se que em razão do contexto que este estudo se insere, nota-se uma preferência justificada por uma história da medicina a partir da constante formação de suas verdades implícitas nos seus discursos.

E, assim, o grande problema que se vai colocar - que se coloca-a tais análises históricas não é mais saber por que caminhos as continuidades se puderam estabelecer; de que maneira um único e mesmo projeto pôde-

se manter e constituir, para tantos espíritos diferentes e sucessivos, um horizonte único; que modo de ação e que suporte implica o jogo das transmissões, das retomadas, dos esquecimentos e das repetições; como a origem pode estender seu reinado bem além de si própria e atingir aquele desfecho que jamais se deu - o problema não é mais a tradição e o rastro, mas o recorte e o limite; não é mais o fundamento que se perpetua, e sim as transformações que valem como fundação e renovação dos fundamentos. Vê-se, então, o espraiamento de todo um campo de questões - algumas já familiares - pelas quais essa nova forma de história tenta elaborar sua própria teoria: como especificar os diferentes conceitos que permitem avaliar a descontinuidade (limiar, ruptura, corte, mutação, transformação)? [...] Em suma, a história do pensamento, dos conhecimentos, da filosofia, da literatura, parece multiplicar as rupturas e buscar toda as perturbações da continuidade, enquanto a história propriamente dita, a história pura e simplesmente, parece apagar, em benefício das estruturas fixas, a irrupção dos acontecimentos (FOUCAULT, 2007, p. 6).

Pode-se considerar que por essa via metodológica, é possível obter um retrato da configuração multifacetada por evidenciar o modo com que a prática médica se consolidou nas sociedades complexas, com as suas bases materiais e simbólicas e dispostas nos espaços da vida social, desde a esfera política nas atividades inerentes à saúde pública e ao controle epidemiológico, à sua influência na economia nos setores secundários e terciários, e no processo de sua consolidação enquanto atividade técnico-científica capaz de conquistar o privilégio de dispor do mais conceituado corpo de conhecimentos eruditos sobre a produção, conservação e perda da vida dos seres humanos (MITJAVILA, ECHEVELESTE, 1994).

Possibilita ainda contextualizar o quanto as práticas

discursivas presentes na medicina foram importantes à construção de seus inúmeros papéis vivenciados na sociedade. Entende-se que ao compreender essa trajetória nas suas principais características e transformações em termos institucionais, pode-se ilustrar a condição com que essa profissão que era considerada tradicional com relativa força e de pouca importância econômica, veio a se tornar num vasto sistema organizacional, formado por hospitais, clínicas, planos de saúde, companhias de seguro e inúmeras outras organizações que se constituem a partir de suas concepções. Essa transformação não foi impulsionada unicamente pelo avanço da ciência e pela satisfação das necessidades humanas. A história da medicina tem sido escrita como um épico de progresso, mas também pode ser contada como um conto de conflitos sociais e econômicos sobre o surgimento de novas hierarquias de poder e autoridade, novos mercados e novas condições de crença e experiência (STARR, 1982).

Em termos temporais, observa-se que "a medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII" (FOUCAULT, 2004b). A partir dessa época, os detentores do saber e da técnica em medicina passaram a refletir sobre sua própria prática, surgindo a iniciativa de realizar experimentos vinculados a esta prática, partindo assim, para uma acumulação de seus conhecimentos dentro de uma perspectiva de progresso (MÉDICI, 1992).

Portanto, buscam-se por enunciados, questões presentes nos discursos médicos majoritários durante esse período que vai desde a transição da Idade Média à Modernidade (GIDDENS, 1991), estendidos aos séculos XIX e XX, e que se apontam como influentes na atualidade, "[...] pois foi precisamente nesta época que os detentores do saber e da técnica em medicina passaram a refletir sobre sua própria prática, ou mais especificamente, quando a medicina passa a identificar que os fatos novos descobertos a partir de experimentos vinculados a esta prática podem ser acumulados e utilizados numa perspectiva de progresso" (MÉDICI, 1992, p. 51). Tornando-se possível fundamentar os dispositivos envolvidos, na discussão do projeto de lei do médico na sua articulação em seu significado

regulamentatório da medicina, inspirado pelos ditames do profissionalismo e pela legitimidade de sua autoridade. Enfim, a organização desse capítulo se constitui em três tópicos: “O médico e a construção de sua autoridade”, “O profissionalismo médico e o monopólio da saúde” e “A regulamentação da atuação médica no Brasil”.

## 2.1 O médico e a construção de sua autoridade

Os médicos construíram a sua autoridade na atenção à saúde como nenhuma outra profissão (MACHADO, 1995). Porém, antes de argumentar sobre a ascensão da categoria médica e descrever os aspectos que construíram a sua autoridade profissional, há que se considerar que a medicina é também, sem dúvida, um mundo de poder onde alguns são mais propensos a receber as recompensas do que outros têm a oferecer. A princípio, ela conquistou um notório reconhecimento a partir da modernidade, por se identificar com a valorização do homem e da ciência. A medicina desenvolveu-se de:

[...] uma profissão relativamente fraca e tradicional de menor significado econômico, a [...] um vasto sistema de hospitais, clínicas, planos de saúde, companhias de seguros e inúmeras outras organizações que empregam uma vasta força de trabalho. Essa transformação não foi impulsionada unicamente pelo **avanço da ciência e pela satisfação das necessidades humanas**. A **história da medicina tem sido escrita como um épico de progresso**, mas também é um conto de conflitos sociais e econômicos relacionados com o surgimento de novas hierarquias de poder e autoridade, novos mercados e novas condições de crença e experiência (STARR, 1982, p.13 – grifo e tradução do autor).

Ou seja, a ascensão da medicina ocorreu em um cenário em que a razão era disposta como um sonho vivo, ou melhor,

uma crença que continha a capacidade de libertar a humanidade da escassez e dos caprichos da natureza, da ignorância e da superstição, da tirania e; sobretudo, das doenças do corpo e do espírito na forma das artes e das ciências. No entanto, não se pode considerar a razão como uma força abstrata absoluta que empurra a humanidade, de modo inevitável, para um caminho repleto de maior liberdade a ser atingido no final de um percurso. Há que considerá-la mediante suas formas e usos; no geral, determinados por propósitos mais restritos de homens e mulheres e desenvolvidos sob a influência de interesses e ideais discutíveis de tal maneira que foram capazes de moldar até mesmo o que se pode considerar como conhecimento. Em suma, nem todos os propósitos da razão foram atingidos, a luz da objetividade dos fatos; muitas de suas circunstâncias mostraram-se comprometidos com aspectos subjetivos, tanto na medicina como nas ciências (FREIDSON, 2009; STARR, 1982).

É possível reconhecer que a razão ao se estabelecer no exercício de contraposição ao teocentrismo, consolidou uma forma de interpretar o mundo por meio de suas obras. Centralizou a vida e suas explicações dentro de uma lógica experimental (ARENDDT, 2016). Abandonou as explicações divinas dos fatos, ao adotar um discurso de defesa ao progresso técnico-científico por meio da construção do conhecimento a partir de um processo que valorize a observação dos fatos (FOUCAULT, 1988, 1999).

Diante disso, promoveu o desenvolvimento da humanidade através de um modelo socioeconômico que além de gerar riquezas, desencadeou inúmeros encargos de fome e tristeza. Por consequência, lançou um novo mundo de poder baseado no controle da vida humana (ARENDDT, 2010), onde algumas pessoas foram colocadas em posições de superioridade, muito em função do tipo de atividade exercida e pela maneira com que a sua autoridade profissional se estabeleceu. Surgiu então, o controle das vastas instituições para gerenciar e financiar as formas racionalizadas do trabalho humano. Nesse contexto, a medicina construiu, de forma exitosa, as bases de sua autoridade nos diversos extratos sociais em que se inseriu (STARR, 1982).

Cabe ressaltar que essa condição pode ser referenciada pela própria percepção de Foucault (2010) diante da relação que estabeleceu entre saúde e objeto de intervenção médica. Pela racionalidade médica vigente a partir da modernidade,

[...] pode-se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. Tudo o que garante a saúde do indivíduo, seja a salubridade da água, as condições de moradia ou o regime urbanístico, é hoje um campo de intervenção médica que, conseqüentemente, já não está vinculado exclusivamente às doenças (FOUCAULT, 2010, p.181).

Em outras palavras, a modernidade trouxe conceitos que permitiram com que o poder fosse exercido através de novas formas, a visão acerca do exercício da soberania e a própria concepção do significado da morte constituem alguns exemplos da vigência de novas realidades a partir de uma concepção da existência da humanidade, bem diferente quando compararmos dos padrões estabelecidos no período medieval. Do mesmo modo, conferiu a medicina uma condição de detentora de autoridade a partir dessa representação (FOUCAULT, 2010).

De imediato, o vínculo com a ciência, dentre outras coisas, permitiu que a medicina transfigurasse o modo de cura das doenças, transformando a limitada mistura entre magia, religião e conhecimento empírico das plantas medicinais, para uma prática baseada no conhecimento técnico-científico, reconhecida em todos os continentes (SCHRAIBER, 1993). O discurso médico em favor da valorização dos seus atos profissionais como os mais eficazes, foi aceito e reconhecido pela sociedade. Essa consagração ocorreu, em parte, pela fundamentação científica de suas técnicas e procedimentos, o que a diferenciou das demais ocupações que tinham a mesma preocupação no cuidado dos enfermos. A boa relação com o poder do Estado foi de grande valia para efetivação desse processo (FREIDSON, 2009). A centralidade do mundo atribuída ao homem e à ciência, característica que se consolidou com a modernidade, contribuiu à estruturação do discurso médico de

superioridade na atenção à saúde.

Pode-se assim afirmar que a medicina moderna se estruturou com uma dessas extraordinárias obras da razão por meio de um elaborado sistema de conhecimentos especializados (MACHADO, 1995, DINIZ, 2001), dotados de procedimentos técnicos e regras de comportamento (STARR, 1982), capazes de sistematizar as concepções de doenças e das respectivas respostas ao seu enfrentamento. Configura-se como parte da ciência moderna que veio para libertar a humanidade de grande parte do peso exercido pelas enfermidades (STARR, 1982).

Segundo Freidson (2009) a sistematização promovida pelo método científico, moldou as representações sociais<sup>4</sup> na estrutura das respectivas relações humanas, envolvidas no processo saúde-doença predominante na sociedade de um modo em geral. Médici (1992) aponta que

[...] não há como separar a questão científica e tecnológica em saúde da representação social do processo saúde-doença, o qual passa por diversas formas no curso da história. A ciência e a técnica estão presentes nas formas pelas quais a doença é percebida, medicamente investida, isolada ou distribuída segundo os meios de cura disponíveis na sociedade (MÉDICI, 1992, p. 64).

Convém ressaltar o contexto em que surgiu a medicina classificatória, em especial, a partir do início do século XIX. As suas bases influenciaram o exercício da autoridade médica nas suas representações sociais, principalmente, nas relações entre médico-paciente (FOUCAULT, 2004b). A partir desse período, observa-se um abandono aos preceitos da medicina das espécies. Por consequência, os vínculos afetivos entre família e

---

<sup>4</sup> No contexto do estudo, entende-se o conceito de representações sociais como “um sistema (ou sistemas) de interpretação da realidade, que organiza as relações do indivíduo com o mundo e orienta as suas condutas e comportamentos no meio social, permitindo-lhe interiorizar as experiências, as práticas sociais e os modelos de conduta ao mesmo tempo em que constrói e se apropria de objetos socializados” (XAVIER, 2002, p. 24).

profissional foram postos a um plano secundário, preferiu-se a adoção da observação como ferramenta principal de investigação e construção do conhecimento médico. O método científico não somente justificou, mas sistematizou e contextualizou a abordagem profissional na medicina em, praticamente, todos os seus aspectos. De fato, o saber médico abriu um caminho que ao mesmo tempo em que desenvolveu novas tecnologias curativas, incorporadas de forma justificada pelos médicos, conduziu as práticas profissionais à consolidação de um discurso hegemônico, baseado em um fundamento principal – destituição do paciente à condição de sujeito. Pois, criou-se a necessidade de se conhecer a “verdade do fato patológico” por meio de um argumento que abstraía o sujeito nessa investigação (MELO, BRANT, 2005, FOUCAULT, 2004b).

Em outras palavras, os médicos passaram a entender que ao silenciar o sujeito, contribuía-se à compreensão das doenças. Portanto, a disposição, o temperamento, a fala e os modos de vida dos seus atendidos, consistiam em perturbações, ou melhor, em obstáculos à identificação da doença a ser identificada e assim; a sua atuação estava em neutralizar as perturbações decorrentes das enfermidades. Para tanto, considerava-se que a subjetividade deveria se mantida distante, com intuito de preservar a configuração ideal a ser identificada pelo olhar médico. A atenção profissional consistia em estabelecer significados aos espaços criados entre os pacientes por essa análise (MÉDICI, 1992).

Na atualidade, a medicina classificatória ainda permanece atuante em cenários que o modelo biomédico prevalece (MÉDICI, 1992). Nessa conjuntura, a doença é interpretada como algo naturalizado que ao se manifestar em um corpo real, constitui-se uma dependência à visão do médico. Isto em função do entendimento que somente através do olhar médico, desempenhado a partir de um saber próprio, capaz de ver, identificar e dizer aquilo que interpretou por meio de um vocabulário erudito, onde a própria linguagem constitui-se numa manifestação de poder; o médico entende que a fala do doente além de ocultar e confundir o que há de visível na doença em curso, considera que somente o seu olhar clínico pode decifrar

no espaço do corpo, o que é espaço da patologia (FOUCAULT, 2004b).

A experiência clínica retratada por Foucault (2004b), através de uma de suas passagens, pondera que

[...] do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade [...] – foi logo tomada como um confronto simples, sem conceito, entre um olhar e um rosto, entre um golpe de vista e um corpo mudo, espécie de contato anterior a todo discurso e livre de embaraços da linguagem, pelo qual dois indivíduos vivos estão “enjaulados” em uma situação comum mas não recíproca. [...], a medicina dita liberal invoca, por sua vez, em prol de um mercado aberto, os velhos direitos de uma clínica compreendida como contrato singular e pacto tácito de homem para homem. A este olhar atribui-se até mesmo o poder de atingir, por uma dosada adição de raciocínio – nem muito, nem muito pouco – a forma geral de qualquer constatação científica: para poder propor a cada um de nossos doentes um tratamento perfeitamente adaptado à sua doença e a si próprio, procuramos formar, de seu caso, uma idéia objetiva e completa, recolhemos um dossiê individual a totalidade das informações que dispomos a seu respeito (FOUCAULT, 2004b, p. XIII-XIV).

Em síntese, a opção em silenciar o paciente nas muitas vezes em que se tenta dizer algo sobre o sofrimento e a respeito da origem do seu mal (Foucault 1990; 2004b), foi responsável pela construção de um modelo clínico que centralizou a importância do médico na tomada de decisões, onde as determinações médicas eram quase inquestionáveis. Por essa via, a autoridade médica consolidou-se pela dependência desses julgamentos, em função de que a compreensão da natureza de seus atos era mantida distante em grande parte da população. Por isso, o discurso de superioridade teve a sua origem nessa relação de subordinação, caracterizada em classificar pessoas como corpos que apresentam doenças e consideradas incapazes

de gerir, de modo autônomo, os seus problemas de saúde (FOUCAULT, 1990).

Essa percepção de Médici (1992) vai ao encontro do que Melo, Brant (2005) destacam como pertinente à definição das doenças. Esses autores apontam para uma transformação do conceito atribuído a doença. De símbolo metafísico da maldade (assim, reconhecido por séculos), passou a ocupar um estado corporal através de sua leitura feita pela ciência. Nesse contexto, a medicina clínica proporcionou significativas contribuições para o fim da concepção religiosa e individual da doença, silenciando as reações do sujeito e sua manifestação de sofrimento frente às adversidades ou fragilidade da vida. O sintoma passa assumir o significado de determinante natural das doenças, deixando de lado a expressão de uma indissolubilidade e de uma específica ligação entre sujeito, sofrimento e adoecimento. No momento em que o discurso clínico assumiu a sua forma como tal, o sujeito desapareceu da cosmologia médica, dificultando a visibilidade da milenar articulação do saber com o sofrimento, fazendo surgir o paciente e seu conjunto de órgãos. O médico concentra-se no diagnóstico e começa a julgar a pessoa como aquela que apresenta um determinado problema por ele diagnosticado. O sintoma deixa de ser representado como sinal ou tentativa de solução de conflito para se tornar sinônimo de doença.

A partir desse entendimento acerca da origem e do tratamento das doenças (MÉDICI, 1992; MELO, BRANT, 2005; FOUCAULT, 2004b) com seus respectivos referenciais teóricos validados pela sociedade e gerenciados pelas instituições, a medicina, através de suas representações, estabeleceu um conjunto de estratégias, de natureza reivindicatória, com a finalidade de construir a sua autoridade nos aspectos mais amplos possíveis aos cuidados com a saúde da população (MACHADO, 1995, STARR, 1982).

Aliás, essa condição favorável de vínculo com a ciência moderna, ao contrário das autoridades jurídicas e clericais, foi importante na edificação de sua autoridade, pois se tinha uma associação positiva com o conhecimento científico, valorizado pelas circunstâncias, fundamentava e ajudava a sistematizar as

práticas médicas (FREIDSON, 2009; STARR, 1982). Percebe-se que a medicina ao construir o modelo de exercício profissional pautado em uma forte ligação com ciência atrelada à experiência privada de seus praticantes, ganhou notoriedade nessa vinculação (STARR, 1982). No entanto, essa comunicação entre pontos aparentemente tão distantes – ciência e experiência privada – pode-se recorrer a Foucault (2004b) nas questões de exercício do poder médico, na interlocução do saber médico com o exercício do poder sobre os corpos. Pois, os médicos, enquanto membros de uma corporação moldaram as suas práticas de tal modo que ao entrar em contato direto e íntimo com as pessoas em suas vidas diárias, construíam relações que vão desde a dependência à obediência aos seus julgamentos, valorizadas pelas circunstâncias que, normalmente, são estabelecidas. Em geral, a atuação médica é desempenhada nos momentos mais críticos de transição da existência humana, portanto interpretá-la como importante por parte daqueles que a necessitam dos seus cuidados ou dos que lhe cercam, consiste em um exercício de fácil convencimento (STARR, 1982).

Cabe contextualizar primeiramente o que é autoridade, antes de relacionar o desenvolvimento da medicina na sua configuração multifacetada (MITJAVILA, ECHEVELESTE, 1994) com o seu crescimento. Em seu sentido clássico, autoridade significa a posse de algum status, qualidade ou reivindicação que obriga confiança ou obediência (LUKES, 1978). Como parte dessa capacidade de compelir a confiança ou a obediência, a autoridade significa um potencial para usar a força ou a persuasão, embora, paradoxalmente, a autoridade termine quando uma delas é empregada abertamente. Segundo Arendt (2016):

[...] a autoridade sempre exige obediência, ela é comumente confundida como alguma forma de poder ou violência. Contudo, a autoridade exclui a utilização de meios externos de coerção; onde a força é usada, a autoridade em si mesmo fracassou. A autoridade, por outro lado, é incompatível com a persuasão, a qual pressupõe igualdade e opera mediante um processo de argumentação. Se a

autoridade deve ser definida de alguma forma, deve sê-lo, então, tanto na contraposição à coerção pela força como à persuasão através de argumentos (ARENDR, 2016, p.16)

De acordo com Starr (1982) “a autoridade chama a obediência voluntária, mas tem poderes de reserva para impô-la” (STARR, 1982, p. 16 – tradução do autor), podendo ser exercida em diversos contextos sociais. No campo político, é reforçada na ameaça do uso da violência ou de uma prisão; no cenário gerencial de uma empresa, encontra-se a sua promoção na ameaça de demissão do trabalho por parte daquele que obedece a ordens emanadas por seus superiores. Esses poderes de reserva tornam os subordinados dependentes de tais autoridades por sua vida no âmbito de seu cotidiano. Entretanto, a autoridade médica costuma ser exercida sobre um referencial de grande impacto – a vida – a desobediência de um comando pode implicar na morte daquele que não segue uma determinação médica.

Por essa perspectiva, a medicina construiu caminhos que favoreceram a valorização da sua autoridade, alicerçados pela imagem do profissional ideal, capaz de distinguir, as diferenças entre sinal e sintoma, sintoma e signo, signo e significado, significado e significante (BRANT, 2001) no exercício de seus conhecimentos especializados, adquiridos na formação universitária e consolidados por sua experiência profissional. Esse conjunto promoveu a figura do médico dotado de autoridade na resolução de grande parte das questões que envolvem a saúde e o adoecimento da população. Cabe ainda salientar a respeito da observação de Starr (1982) quando ilustrou as relações entre autoridade médica e dependência construída pelos pacientes nas suas relações clínicas. Segundo ele:

**Os doentes normalmente não são os melhores juizes de suas próprias necessidades, nem mesmo os que lhe cercam.** Os médicos detentores do conhecimento especializado possuem uma vantagem nesse julgamento de necessidades.

Além disso, as medidas terapêuticas consideradas como eficazes, exigem frequentemente a consecução de tarefas difíceis e até mesmo consideradas como repulsivas, por envolver a própria violação da integridade do corpo, mas também recondicionam os impulsos inconscientes de alguns pacientes por estarem doentes e que necessitam de cuidados. As suas famílias, muitas vezes, não podem lidar, de fato, por ser responsáveis por esses impulsos, esse ponto direciona a necessidade de alguma mediação externa para alcançar a recuperação. Portanto, os profissionais são idealmente adequados para este papel, porque eles podem se recusar a induzir tais tendências em pacientes sem ameaçar suas relações com eles. Assim, **a autoridade profissional facilita a cooperação na recuperação, além de compensar o julgamento frequentemente prejudicado e inadequado dos doentes** (STARR, 1982, p. 14 – grifo e tradução do autor).

Na perspectiva de valorização das autoridades constituídas, considera-se que o seu controle efetivo no campo social costuma ser incorporado por meio de duas fontes: a legitimidade e a dependência (STARR, 1982). A primeira repousa sobre a aceitação dos subordinados acerca da alegação de que devem obedecer; enquanto que a dependência se estabelece por meio do receio de suas consequências a uma possível desobediência. A natureza dessas fontes de controle proporciona no âmbito de suas relações de autoridade uma disposição caracterizada pela flexibilidade, ou seja, não são fixas e tão pouco imperativas. O autor exemplifica que em muitas vezes passam por períodos de angústia, isto é, quando há discordância entre os subordinados, estando à legitimidade da autoridade sendo questionada, a dependência pode garantir a sua continuidade e; nas condições em que a autoridade é fraca nos seus aspectos que a estabelecem, o receio da perda, o estado de obediência a mantém. Isto é, a legitimidade e a dependência são fontes complementares que garantem a estabilidade de uma autoridade no seu contexto social (ROTH, WITTICH, 1968).

A medicina fundamenta a sua autoridade nesses contextos através de estratégias específicas do seu exercício profissional. Em geral, os médicos por atenderem pacientes na qualidade de voluntários a sua escolha, não apresentam os poderes coercitivos de Estado para impor suas definições de realidade ou na construção de instruções (STARR, 1982). Portanto, eles estabelecem suas vontades por meio de conselhos, que revelam o conteúdo de seus julgamentos. Assim, a autoridade do médico é muito parecida com a definição que o historiador Mommsen<sup>5</sup> uma vez deu proferiu acerca da autoridade em geral. Pois, compreende "mais do que conselhos e menos de um comando, um conselho que não se pode ignorar com segurança". Afinal, não se pode ignorar o conselho de um médico, o seu conteúdo é munido de um discurso que extrapola a condição de uma ameaça, mas reside na possibilidade de suas consequências quando o mesmo é ignorado. O histórico das práticas empreendidas em casos semelhantes garante a sua legitimidade, do mesmo modo, a dependência a esse conselho se dá pelo desconhecimento a respeito do tratamento defendido pelo médico e necessitado de quem lhe procurou. Como sustenta Lukes (1978) a aceitação de uma autoridade significa uma rendição ao julgamento privado. Essa rendição na medicina se traduz na aceitação da opinião do médico acerca das propriedades de sua análise – científica e particular para cada caso em questão (STARR, 1982).

Por último, há que se resgatar o papel da autoridade na regulação de sua ação nas sociedades complexas. Para tanto, utiliza-se dos conceitos de Starr (1982), estabelecidos a partir da definição clássica de Max Weber. Para o autor, a autoridade se consolida na medida em que as pessoas obedecem a um comando reconhecido como legítimo de acordo com as regras prevaletentes em sua sociedade. Ou seja, envolve mais do que dar ordens, conselhos e julgamentos por contemplar diversas formas e contextos, como tratado científico, texto sagrado e até mesmo, livro de gramática. Com a modernidade, a natureza desses julgamentos torna-se cada vez mais elaborados, ao

---

<sup>5</sup> Theodor Mommsen foi citado por Hannah Arendt. In: Arendt, H. Entre o passado e futuro. São Paulo: Perspectiva, 8.ed., 2016.

retratar diferentes aspectos da realidade.

Portanto, a autoridade também se refere à probabilidade de que determinadas definições de realidade e julgamentos de significado e valor prevalecerão como válidas e verdadeiras. Segundo Starr (1982) essa autoridade se denomina de autoridade cultural para distingui-la da autoridade social que Weber a consagrou. Isso está de acordo com uma distinção familiar (embora sempre preocupante) entre a cultura, o domínio do significado e das ideias e, a sociedade no reino das relações entre os atores sociais.

A autoridade social e cultural difere em vários aspectos. A autoridade social envolve o controle da ação através da entrega de comandos, enquanto a autoridade cultural implica a construção da realidade através de definições de fato e valor. Considerando que a autoridade cultural pertence apenas aos atores sociais, pode ser utilizada sem ser exercida; sendo tipicamente consultada (mesmo por pessoas em posições autoritárias), muitas vezes na esperança de resolver ambiguidades. Embora muitas vezes combinadas, a autoridade social não precisa implicar em uma autoridade cultural. Os indivíduos podem obedecer a um governo enquanto rejeitam privadamente suas alegações como falsas ou injustas. E a autoridade cultural nem sempre necessita de autoridade sobre a conduta. O padre ou cientista pode ser autoritário sobre a moral ou a natureza, mas pode ser restringido por convenção de abordar, ou muito menos, regular escolhas e ações específicas (STARR, 1982).

Portanto, a autoridade que os médicos exercem sobre enfermeiros, técnicos e outros subordinados na hierarquia médica se encontram, principalmente, na sua autoridade social. Na medida em que os médicos remetem instruções ou conselhos aos pacientes, eles também estão exercendo a sua autoridade social. Mas antes de fazer qualquer recomendação, os médicos têm de definir e avaliar a condição de seus pacientes. Os pacientes consultam médicos não apenas para aconselhamento, mas antes de tudo para descobrir se eles estão "realmente" doentes e o significado de seus sintomas. A autoridade cultural,

neste contexto, é antecedente à ação. Pois, a população em geral, reconhece a autoridade médica para interpretar sinais e sintomas, para diagnosticar a saúde ou doença, para nomear doenças, assim como na tarefa de oferecer prognósticos relativos à sua condição. É evidente que nem todos os pacientes que aceitam os julgamentos dos médicos como autoridades quando recebem seus conselhos, mas isso não diminui o reconhecimento de sua autoridade construída em sua trajetória (STARR, 1982).

Há, no entanto, uma classe inteira de funções realizadas por médicos em que os pacientes são mais ou menos obrigados a aceitar a autoridade cultural dos médicos. Para fins de certificação, os pacientes muitas vezes não têm escolha senão se submeter ao exame profissional. Na sua capacidade como autoridades culturais, os médicos fazem julgamentos autoritários sobre o que constitui doença ou insanidade, avaliam a aptidão das pessoas para o trabalho, avaliam a incapacidade dos feridos, pronunciam a morte e até mesmo avaliam, depois que as pessoas morrem, se eram competentes no momento em que escreveu suas vontades. Esses julgamentos profissionais têm implicações para os tribunais, sindicatos patronais e laborais entre outras autoridades sociais. Esta separação entre autoridade cultural e autoridade social é bastante comum em toda a sociedade moderna e é frequentemente encorajada como um meio de proteger o interesse mútuo de participantes potencialmente antagônicos na obtenção de uma avaliação objetiva dos "fatos". Assim, a busca de legitimação por outras agências na sociedade muitas vezes promove a dependência da autoridade cultural da medicina. Neste sentido, a autoridade médica é um recurso para a ordem social, bem como para a profissão e seus clientes (STARR, 1982).

O tipo de autoridade reivindicada pelas profissões, então, envolve não só a habilidade na realização de um serviço, mas também a capacidade de julgar a experiência e as necessidades dos clientes. A autoridade profissional pode ser definida, em parte, por um tipo distinto de condição de dependência a dependência da competência superior do profissional. A dependência também surge às vezes das necessidades

emocionais dos clientes e das funções administrativas das profissões, criadas especialmente pelo Estado do bem estar. E, como indiquei, a legitimação da autoridade profissional envolve três alegações distintas: primeiro, que o conhecimento e a competência do profissional foram validados por uma comunidade de seus pares; segundo, que o conhecimento e a competência consensualmente validados dependem de razões racionais e científicas; e terceiro, que o julgamento e o conselho do profissional são orientados para um conjunto de valores substantivos, como a saúde. Esses aspectos de legitimidade correspondem tipos de atributos acadêmico, cognitivo e moral geralmente citados nas definições do termo "profissão" (STARR, 1982).

Cabe ressaltar que dependência e legitimidade configuram-se como suportes idênticos em importância, na garantia de estabilidade de uma autoridade, inclusive a dos médicos, nas suas relações (ROTH, WITTICH, 1968). Quando um desses elementos se encontra fragilizado, o outro pode suportar e garantir a condição conquistada. Pode-se então relacionar que essa premissa conceitual apresenta uma relação contextual com o projeto de lei do ato médico nas características de sua configuração. Pois, do discurso médico fundamentado em “regulamentar a única profissão da saúde não regulamentada em lei”, além de ser representativo (o que será mais bem debatido no próximo capítulo), caracterizou-se pelo seu grande potencial de replicação e aceitação (FOUCAULT, 2007) no âmbito social e profissional, mas permite também, situar em que condições de autoridade, os representantes da categoria médica agiram ao ponto de relativizá-las, com o objetivo de garantir uma maior legitimidade de suas ações profissionais por meio de dispositivos legais, ou melhor, que viessem a garantir uma validade de parte de seus atos profissionais, na tentativa de criar uma condição de concessão de atos privativos destinados aos membros de sua corporação. Significa dizer que no âmbito da autoridade, empreendeu-se uma tentativa de garantir a sua estabilidade diante de uma condição de autoridade profissional reconhecida como incomoda em determinado momento e situação.

No entanto, ao contrário do posicionamento de Roth,

Wittich (1968), a defesa da corporação não se estabeleceu nesses parâmetros. A proposição foi um pouco além de seus pressupostos, pois o teor da proposta de regulamentação do ato médico procurava estabelecer na sociedade uma condição de autoridade profissional já superada, visto que tanto a dependência da população aos cuidados médicos, quanto à legitimidade dos atos preteridos como exclusivos, já se encontravam desamparados pelo nível de autoridade reconhecida por parte da sociedade.

O modelo assistencial de saúde, predominantemente de natureza sanitaria, permitiu que as profissões desse campo, de um modo em geral, construíssem seus laços com a população nos aspectos de incremento à sua legitimidade. Consequentemente, obteve-se a qualificação de seus atos profissionais ao ponto de também ser percebidos e postos como importantes e necessários. Criou-se a relação de dependência por parte de seus assistidos junto à condução de políticas públicas em saúde. Pois, a divisão de trabalho no campo da saúde promovida a partir desse modelo sanitaria, consolidou uma prática assistencial em saúde divergente da concepção médica hegemônica, ou seja, construíram-se bases conceituais que fundamentam a consolidação de um conceito mais amplo de saúde/doença na sua determinação e ainda mais abrangente na dinâmica de seus cuidados, fundamentados no dinamismo do trabalho em equipes de saúde do tipo integração (PEDUZZI, 2001).

Pode-se também entender que o projeto de lei do ato médico foi compreendido a partir de um contexto de perda ou necessidade de ampliar a autoridade médica em nosso país. Essa configuração se fundamentou em parâmetros normativos que tinham como objetivo em modificar as relações profissionais entre os médicos e seus clientes/pacientes/usuários, mas também com os demais profissionais nas suas relações firmadas na estrutura organizacional dos serviços de saúde, sejam no funcionamento de suas instituições ou na qualidade do relacionamento com os outros profissionais da saúde. Entretanto, conforme o disposto por Arendt (2016) pode-se então interpretá-lo como um movimento caracterizado pelo autoritarismo médico,

distante de uma explicação pautada em um resgate legítimo do entendimento de se recuperar um estado de autoridade. Mas, seus defensores estabeleceram um discurso de defesa de suas bases profissionais em favor de um reconhecimento legítimo de seus atos profissionais, através de uma construção de discursos pautados em questões relativas ao profissionalismo médico e a construção do seu monopólio na saúde.

## **2.2 O profissionalismo médico e o monopólio da saúde**

O discurso de Miranda de Sá (2000) classificado como justificativa à elaboração da Resolução CFM n.º 1.627/01, foi colocado em anexo a esse referido documento, que tratava de definir o ato médico em suas propriedades. A partir dessa defesa, alguns conceitos do campo da sociologia das profissões foram relacionados com pontos valorizados no texto do projeto de lei do ato médico. Tinha-se a preocupação de atribuir essa medida como sendo de interesse público (FREIDSON, 1996), isto é, defendia-se a importância dessa proposição que foi formulada por representantes do Conselho Federal de Medicina. A determinação legal do conceito de ato médico era o ponto central reivindicado pela categoria. Defendia-se que uma melhor definição a respeito desse tipo de ato profissional, proporcionaria uma ampliação de alcance dos médicos junto aos serviços de saúde organizados no âmbito público e privado. Portanto, criou-se um argumento de defesa dos interesses profissionais a partir de preceitos do profissionalismo (FREIDSON, 1996, BONELLI 1999, PIRES, 1998). Apontou-se uma necessidade de conceder uma igualdade de tratamento à medicina frente às demais profissões da saúde que já encontravam regulamentadas em lei.

Entretanto, constata-se uma controvérsia histórica nesse discurso. A medicina sempre recebeu um tratamento desigual perante o poder do Estado. As suas reivindicações, em geral, foram atendidas em detrimento a concessão de possíveis privilégios a outras corporações. Como profissão, a medicina é regida por suas autarquias federais, que atuam de modo

independente, exaram seus parâmetros entre os membros de sua corporação, no exercício de sua auto-regulação (MACHADO, 1996). Todavia, essa interlocução vai ao encontro de conceitos que se encaixam como subsídios teóricos com intuito de contextualizar e discutir os significados dessa articulação política que procurou valorizar uma base conceitual consolidada do campo da sociologia das profissões. A partir dessa perspectiva de análise, pode-se perguntar:

As profissões, na sua constituição social, como se estabeleceram na sociedade?

O discurso médico centrado na necessidade de regulamentação profissional apresentou algum respaldo teórico?

Como se consolidou o monopólio da saúde para medicina?

De imediato, pode-se afirmar que essas perguntas direcionam ao contexto da justificativa social dessa articulação política empreendida pelos representantes da categoria médica. Não se pode esquecer as questões que diferenciam os termos – ocupação e profissão – nos seus significados e conceitos. Apesar das divergências, nota-se a existência de um consenso na literatura na distinção de tratamento entre eles. Goode (1969), Wilensky (1970), Moore (1970), Larson (1977), Freidson (2009) entendem que ocupação consiste em todo tipo de atividade realizada no âmago da divisão do trabalho. Enquanto que profissão é um tipo específico de ocupação, no qual ocorre a apropriação de um conhecimento institucionalizado, complexo, especializado e sistematizado de modo preponderante. Pode-se assim afirmar que toda profissão é uma ocupação, mas nem toda ocupação é uma profissão. De acordo com esses autores, além do conhecimento especializado, outros aspectos constituintes se fazem necessários ao projeto institucional de uma corporação no seu reconhecimento profissional, tais como: auto-regulação, autonomia, competência e hegemonia no mercado de trabalho.

Portanto, apropriar-se desses conceitos, além de contribuir ao entendimento do problema de tese, estabelece um

exercício de reconstrução, de parte, da construção histórica da medicina e das demais profissões da saúde e suas relações. Isto por possibilitar uma relação de significados entre esses termos (ocupação e profissão), e por atribuir pertinência entre os pontos preteridos na defesa efetuada por representantes da corporação médica. Ao mesmo tempo, consegue-se delinear uma interpretação dos discursos proferidos durante esse processo de reivindicação dos médicos, tanto por aqueles que defendiam essa proposição, quanto aos que estabeleciam uma reação contrária, ambos se referem a alguns preceitos contidos nessa perspectiva teórica. Pois, a reivindicação por espaços profissionais ou por melhores condições de trabalho aos integrantes de uma corporação, representa uma condição legítima das profissões reconhecidas pelo Estado e sociedade (FREIDSON, 1996, DINIZ, 2001, BONELLI 1999, PIRES, 1998).

A princípio, reconhece que uma profissão, conforme sugerem Larson (1977), Freidson (2009), é uma ocupação que se regula através de um treinamento sistemático e exigido pela disciplina acadêmica, fundamenta-se em conhecimentos técnicos e especializados; orientados por valores consagrados no seu Código de Ética, ao invés de se orientar somente ao lucro. Portanto a natureza das reivindicações profissionais, naturalmente, não deve ser interpretada pelo seu valor nominal, pois elas traduzem concepções defendidas sob uma lógica de defesa do interesse público, esta é uma premissa presente na justificativa à constituição de toda profissão que se estabelece a partir do reconhecimento formal concedido pelo poder de Estado.

Por consequência, pode-se dizer que as profissões nascem da organização de grupos pertencentes a uma mesma ocupação (FREIDSON, 2009). Esses grupos por intermédio de seus representantes agem em direção a uma aspiração comum – estabelecer um monopólio de suas atividades profissionais – através do seu reconhecimento profissional por parte do Estado (FREIDSON, 1996, BONELLI 1999, PIRES, 1998). O monopólio se constitui na medida em que se estabelece o reconhecimento de domínio de determinados conhecimentos, considerados como importantes na execução das atividades. Para tanto, recorre-se a uma estratégia de controle do treinamento profissional e o

estabelecimento de suas fronteiras a partir desse processo de consolidação que envolve uma relação de pertencimento dos conhecimentos considerados especializados e defendidos como pertencentes aos membros da ocupação requerente (FREIDSON, 2009).

Segundo Freidson (1996) o processo que visa garantir um abrigo ou monopólio no mercado não se constitui como uma tarefa simples, pois não basta que a profissão defina quais seriam as suas competências exclusivas. Ela deve conquistar nos termos da lei e, isso envolve negociações entre seus membros, outros profissionais, consumidores e o Estado. Freidson (1996) demonstra como uma profissão deve agir para alcançar êxito nesta tarefa.

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 (FREIDSON, 1996, p. 121-122)

Assim, podemos concluir que, para a profissão alcançar 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 (FREIDSON, 1996, BONELLI 1999, PIRES, 1998). Ressalta-se ainda que essa condição de 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 (FREIDSON, 2009).

Essa concepção se aplica ao argumento do projeto de lei do ato médico. Os discursos reivindicatórios de definir em lei o ato médico defendido por diversos autores (FRANÇA, 1994; MIRANDA DE SÁ, 2000; GRISARD, 2002; REZENDE, 2009) remetiam o entendimento de que fronteiras profissionais precisavam ser estabelecidas em favor da medicina. No entanto, essa definição é extensiva a todas corporações, isto é, interpreta-se com naturalidade o desencadeamento de constantes mobilizações políticas de em torno dessas aspirações profissionais. O requerimento por valorização de práticas junto à sociedade é efetivado através de um discurso coletivo, centrado em promover o bem comum através do pleno exercício das questões reivindicadas. A busca por espaços profissionais é uma constante entre as profissões e o reconhecimento profissional é o desejo comum das ocupações não reconhecidas em termos profissionais (MOORE, 1970; LARSON, 1977; FREIDSON, 2009).

A medicina não é a única a requerer melhores condições profissionais. No campo da saúde, apresentam-se vários exemplos<sup>6</sup>, dispostos como justificáveis em termos de ação

---

<sup>6</sup> Vejamos alguns exemplos:

- 1) A Enfermagem, há décadas, luta no Congresso Nacional para ter o direito a 30 horas semanais por vínculo de trabalho, tal situação já prevista em outras profissões da saúde (Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Assistente Social).
- 2) A Fisioterapia tem como especialidade a Quiropraxia dentre do rol de especialidades reconhecidas pelo seu Conselho Federal. Portanto, é contrária a regulamentação da Quiropraxia, visto que há um projeto de lei tramitando no Congresso Nacional com esse objeto.
- 3) Mesma situação ocorre com a especialidade Fisioterapia Dermatofuncional

política, desenvolvidos em diversos níveis de complexidade e repercussão junto às comunidades que se encontram inseridas. Porém, nenhum intento pode ser comparado a dimensão da proposta de lei da medicina que além de propor a regulamentação de sua própria profissão, o seu teor apontava para interferências a outras profissões já regulamentadas, isto é, como foi retratada a avocação por vias legais à regulamentação da medicina.

Assim, o processo político de disputa entre profissões, mostra-se além de inevitável como recorrente, seja pelo reconhecimento de atribuições e competências ou pela transformação de sua condição de ocupação a uma profissão, isto é, coloca-se como justo e pertinente seus pleitos às esferas reivindicatórias. Essa questão deve ser interpretada como inerente às situações de obtenção, manutenção e ampliação dos privilégios profissionais por parte dos envolvidos (DINIZ, 2001; FREIDSON, 2009). Entretanto, as ocupações podem ou não ter êxito, dependendo de seus meios de organização coletiva e da receptividade do público e do governo.

Apesar desses constantes enfrentamentos, as profissões constituem uma invenção bem sucedida da modernidade, uma espécie de resposta aos anseios por qualificação das atividades laborais em si. Mostraram-se como responsáveis pela organização da sociedade em termos produtivos, tanto na produção de bens quanto de serviços. O exercício de suas atividades, definido em papéis delimitados por espaços profissionais constituídos através de uma lógica de domínio de conhecimento e competência para explorá-lo, associado à questão de intersecção de grupos que se articulam na defesa de interesses corporativos, conseguiram qualificar as atividades laborais, oportunizam diversas transformações sociais, com o desenvolvimento da concepção capitalista, caracterizada pela contínua produção de bens e serviços e marcadas por relações desequilibradas entre capital e força de trabalho (MACHADO,

---

que motiva esses profissionais se moverem de forma contrária a profissão esteticista, visto que há também um projeto de lei tramitando no Congresso Nacional com esse objeto.

1997; FREIDSON, 2009; STARR, 1982; DINIZ 2001).

Segundo Pereira Neto (2001), o êxito de uma ocupação em alcançar o reconhecimento profissional se estabelece pela aplicabilidade de seus conhecimentos, esses devem conter altos índices de resolubilidade num processo de convencimento da população. Pois,

[...] 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 (PEREIRA NETO, 2001, p. 601).

Nesse sentido, o profissionalismo representa uma forma de controle ocupacional e não uma qualidade inerente a alguns tipos de trabalho (STARR, 1982). A medicina, ao longo de sua história, construiu uma trajetória pautada no êxito de suas reivindicações em função da autoridade social e cultural constituída junto à sociedade (STARR, 1982) e no seu bom relacionamento com o Estado (FREIDSON, 2009). Mas também, em função de que a profissão médica apresenta seus conhecimentos muito bem estruturados e os resultados de sua aplicação prática, na maioria das vezes, encontram-se tangíveis e mensuráveis. Assim, sem maiores dificuldades, costuma obter um montante indisputado de crédito social e uma autoridade social (STARR, 1982), de modo virtual, irrefutável e independente de reconhecimento oficial (LARSON, 1977).

Segundo DINIZ (2001) a medicina se destacou na interpretação de diversas situações como ameaças aos seus domínios, ao ponto de determinar um estado de alerta e de preocupação por parte de seus representantes. Essa condição

tem sido responsável pelo combate exitoso a essas possíveis ameaças, constituídas como legítimas na sua dimensão reivindicatória. No processo de defender as práticas médicas, procura-se restringir a autonomia de outros profissionais com intuito de impedir que esses alcancem a mesma desenvoltura dos médicos em situações semelhantes. O discurso médico defende que os profissionais da saúde devem permanecer em níveis de autonomia inferiores aos seus, pois entende-se que quanto mais autônomo for o trabalho de outros profissionais, maiores serão as chances de uma sobreposição ao seu exercício e, conseqüentemente, aumentaria o potencial de conflito, tanto por vias legais ou através de imposições de natureza corporativa, ou seja, esse desejo parece estar associado a memórias e valores construídos a partir de uma percepção mais antiga do que atual.

Ao mesmo tempo, pode-se constatar que a medicina construiu uma estrutura social, política e organizacional incomum as profissões da área da saúde. Essa condição foi capaz de estabelecer o monopólio de suas atividades assim como se constituiu os pertencentes as demais profissões. No entanto, a sua amplitude alcançada permite confundir com o próprio monopólio do campo da saúde. De acordo com Freidson (2009) esse processo ocorreu recentemente, isto é, antes da Idade Média, jamais teve um monopólio constituído, formal ou informal, sobre os serviços de cura, desenvolvido a partir da profissionalização de suas práticas.

Entretanto, através de algumas de suas prerrogativas monopolistas, diferenciou-se da maioria das profissões que disputam o mercado de serviços especializados. Construiu um projeto profissional bem-sucedido, estabeleceu uma notável aliança com o Estado, o que se mostrou importante na concessão de prerrogativas legais para o seu exercício exclusivo. Adquiriu um vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado e complexo ato técnico-científico. A ideia do expert tornou-se, no caso da medicina, uma realidade incontestável (MACHADO, 1997).

FREIDSON (2009) reforça que essa condição presente até os tempos medievais era justificável, por entender que ideias que delimitavam os conceitos de saúde e a da própria cura estavam atreladas a enigmas de magia e intimamente relacionada as indagações espirituais de cunho religioso. Consequentemente, antes desse período, não havia uma clara identidade ligada aos médicos, exceto de uma maneira muito geral, porque nenhum dos que exerciam as práticas de cura detinha o título especial de “doutor” e, em alguns momentos e lugares não havia nem mesmo uma ocupação denominada de curandeiro.

De acordo com o mesmo estudo, os médicos nos primórdios da profissão, adotaram algumas estratégias que vieram a construir em associação ao poder do Estado; dentre elas, o seu monopólio. Para tanto, pautou-se na preferência em atender os interesses da elite, assim como os curandeiros (pessoas ligadas a cura das doenças<sup>7</sup>) com intuito de ocupar espaços privilegiados até então ocupados por eles, e assim, aproveitaram-se do contexto social em que suas atividades eram desempenhadas e fizeram da admiração, a base para sua notoriedade nos cuidados com a saúde, na medida que suas práticas começaram alcançar resultados positivos.

Outra premissa importante está pautada que a medicina promove a valorização do conhecimento técnico, a elevada e diversificada especialização do mesmo, a autonomia no controle do processo de trabalho e os padrões de atividade originada das sociedades profissionais autorreguladas explicam uma singularidade das organizações de saúde, que é a grande influência que os médicos detêm no processo de tomada das decisões e na hierarquia organizacional das organizações de prestação de serviços de saúde. Isto acarreta uma relativa descentralização e democratização das estruturas administrativas, em benefício do médico, ao contrário do que

---

<sup>7</sup> O termo “doenças” é uma opção do autor. Pois, sabe-se que o conceito de doença é uma invenção da modernidade, sua concepção na época transcendia a situações das quais podem ser remetidas.

ocorre na maior parte das outras organizações (MINTZBERG, 1995).

De acordo com Machado (1997), a atividade médica no mundo contemporâneo, por uma visão weberiana, é, por definição, uma ação racional, justificada pelas ações que são orientadas por objetivos claramente formulados e pela escolha dos meios mais adequados para atingir o objetivo proposto. A doença aplica-se o conhecimento médico para esclarecer e desvendar causas, definir diagnósticos e terapêuticas, assim como prognósticos. Num dado momento, esta *expertise* tornou-se exclusiva do exercício dos *experts*. Assim, os médicos adquiriram, historicamente, o monopólio de praticar a medicina de forma exclusiva, colocando na ilegalidade e clandestinidade todos os praticantes empíricos e curiosos desse ofício.

Ou seja, pode-se notar a edificação de sua identidade atendeu uma construção histórica, recorrente da contínua transmissão de valores e tradições, que foram responsáveis pelo estabelecimento dos mecanismos referentes a aquisição do seu vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado e heterogêneo ato técnico-científico, face que conquistou a advocação do modelo conceitual a respeito do próprio exercício profissional. Porém, a concretização do modelo profissional foi garantida pela idiosincrasia médica de seus agentes políticos frente ao Estado e suas esferas de poder em conjunto com a sociedade, o que proporcionou, dentre outras situações, o domínio da categoria médica na situação hegemônica, proporcionando sua supremacia sobre a área da saúde (MACHADO, 1997).

Segundo Worthington (2015, p. 177) “[...] profissionalismo é a base do contrato de medicina com a sociedade (tradução do autor)”. Esse discurso aponta para duas questões em termos de significado da articulação em torno do projeto de lei do ato médico: a primeira reside na fundamentação adequada dos argumentos de defesa aos interesses da corporação médica que remetiam as bases simbólicas da medicina, isto é, aos aspectos relativos a construção de seu monopólio junto a saúde, as relações estabelecidas entre sociedade e Estado, esse conjunto

permitiu um ambiente favorável ao atendimento pleno contido nas suas reivindicações (MOORE, 1970; LARSON, 1977; FREIDSON, 2009). A segunda se forma na medida em que se procede a análise do conteúdo da proposta. O projeto de lei não consistia em apenas regulamentar a medicina, a aplicação integral da proposição implicaria em uma nova dinâmica nas relações profissionais nessa área do conhecimento. Os atos privativos defendidos pelos médicos eram interpretados como comuns a outros profissionais. Essa condição levaria uma restrição da autonomia profissional de membros de outras corporações, o que explica a reação contrária.

Entretanto, a maior contradição residia na própria condição profissional. A medicina, assim como as demais profissões da saúde, é reconhecida em lei e regulamentada por um Conselho Profissional atuante (Conselho Federal de Medicina) e fiscalizada por 26 Conselhos Regionais de Medicina, presentes em todas as unidades da federação. Portanto, o proposto era contraditório ao próprio princípio da auto-regulamentação da medicina vigente desde o reconhecimento formal no país. Por esse princípio, os órgãos competentes da medicina a regulam, a normatizam, sem qualquer gerência por parte do Estado e da sociedade. Portanto, é conveniente descrever a respeito da regulamentação da medicina no Brasil.

### **2.3 A regulamentação médica no Brasil**

Conforme aponta Starr (1982), as profissões quando conquistavam o seu reconhecimento por parte do Estado, passam à condição de serem autorreguladas, isto é, somente seus pares podem estabelecer os parâmetros técnicos de suas atividades, este tratamento comum simboliza a confiança depositada pela população e ao entendimento que para se regular algo, há que se dominar as atividades que se encontram em avaliação. No Brasil, a medicina tem sua atividade regulada pelo Conselho Federal de Medicina desde a sua criação em

1951<sup>8</sup>. Por ser autarquia federal ligada ao Ministério do Trabalho e Emprego, tem a função de exercer a normatização da prática médica e auxiliar a fiscalização do respectivo exercício profissional, defendendo o princípio de sua autonomia e o seu balizamento a partir de princípios éticos e morais.

Por consequência, esse tratamento comum às profissões e atrelado a qualidade das relações médicas com os agentes estatais, permitiu uma dimensão de crescimento e de consolidação da sua relevância em termos de sua atuação profissional, caracterizada como de utilidade pública, ao mesmo tempo que se comporta, costumeiramente, como utilitária aos anseios estatais, por auxiliar no atendimento a muitos dos interesses de Estado; dentre eles, a sua ligação com o incremento de credibilidade, pois a confiança que os profissionais médicos emprestam às ações de governo é algo comum e explicado por conceitos de poder e de saber médico (a serem abordados no próximo capítulo). Do mesmo modo que a profissão foi sendo constituída como instituição capaz de regular as conjunturas pertinentes à saúde, inclusive as envolvidas com a produtividade dos trabalhadores (FOUCAULT, 2010, STARR, 1982).

Ribeiro (1993) aponta que a medicina, assim como muitas outras profissões, vem se transformando em função do aumento da relação de assalariamento entre os seus profissionais. Nessa perspectiva, observa-se uma crescente interferência do Estado na medida que se observa uma crescente participação no mercado de trabalho. Muito embora os médicos, quando comparados a outros profissionais da saúde, apresentam em maior número a condição de concomitância de vínculos profissionais, em geral, a manutenção de pelo menos, um estabelecimento próprio ou não, mas sendo esse de natureza privada. Portanto, o autor aponta para um contexto de heterogeneidade da profissão o que remete ao conjunto de demandas que surgem diferentes associações; entre elas, os

---

<sup>8</sup> Constituição do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [http://portal.cfm.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20671&Itemid=23](http://portal.cfm.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20671&Itemid=23). Acesso em: 03 fev. 2014

sindicatos, as associações profissionais e as sociedades científicas que convergem na defesa da autonomia profissional.

Schweitzer (2007), Feldstein (1998), Starr (1982) destacam o papel de relevância das sociedades médicas na estruturação da profissão. Em muitos países, conquistaram um respaldo do Estado para o exercício da profissão de tal maneira que estabeleceu a exclusividade na prescrição de medicamentos, na realização de exames diagnósticos e na execução de determinados procedimentos terapêuticos. Portanto, a efetivação da Lei nº 12842/13 nos termos dispostos, configurou-se como uma condição distinta ao levar em consideração outros cenários reivindicatórios consolidados em favor da profissão em nosso país. Lunes (1995) destaca a força do corporativismo médico que costuma ser mais percebida pela grande capacidade de aglutinar interesses da corporação, mesmo diante da diversidade da categoria, representando um modo de ação comum das sociedades médicas no exercício de ditar normas, inclusive as questões de ingresso de novos profissionais no mercado de trabalho por meio do estabelecimento de exigências à formação e as restrições ao exercício da prática profissional. Pode-se afirmar que essas associações desempenham um papel-chave em todo o funcionamento dos sistemas e serviços de saúde e são responsáveis pelo estabelecimento de parâmetros profissionais, inclusive aos relacionados com a inserção dos médicos no mercado de trabalho (BOERMA; RICO, 2006).

Outra questão de regulação da profissão medicina que tem se precipitado é a distribuição dos profissionais nas regiões brasileiras. Segundo pesquisa realizada pelos Conselhos Federal de Medicina (CFM) e Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), havia, no final de 2011, 371.788 médicos em atividade no Brasil. Nos últimos 40 anos, teria havido crescimento desse número da ordem de 530%, muito superior ao da população brasileira, que teria sido de 105% no mesmo período (CFM/CREMESP, 2011). Porém, a distribuição desses profissionais pelas diferentes regiões do país é bastante desigual: enquanto o número de médicos por mil habitantes no país é de 1,95, na Região Norte é de apenas 0,99 e na Região

Sudeste é de 2,61. A Região Nordeste também tem um índice baixo, de apenas 1,19 médicos por mil habitantes (CFM/CREMESP, 2011, p. 29). Apenas 55% dos médicos brasileiros teriam título de especialistas obtidos junto às sociedades de especialidades ou programas de residência médica (CFM/CREMESP, 2011). Essa configuração direcionou o governo federal a atuar, de forma estratégica, na correção dessas distorções. Recentemente, criou-se o “Programa Mais Médicos” que prevê o enfrentamento dessa questão através da ampliação de vagas na graduação e nos programas de residência médica, principalmente nas áreas mais carentes desses profissionais.

Convém mencionar que alguns países buscam regular o trabalho médico através do controle de estoque e na distribuição das especialidades médicas. No entanto, em nosso país não há tradição de “regulação pelo Estado do exercício profissional, da formação, da certificação de competência ou da autorização de práticas de trabalho” (CECCIM; PINTO, 2007, p. 269). A atuação governamental se restringe na observância da Constituição Federal quando se dirige as competências do SUS e o ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde. Podia-se esperar com o advento do SUS, que o Estado procurasse intervir um pouco mais acerca do controle do estoque de profissionais, no sentido de promover a formação de especialistas de acordo com as necessidades da população e a expansão da oferta de serviços públicos.

Uma das poucas iniciativas estatais que pode ser associada a um ordenamento da formação de médicos foi à publicação, pelo Ministério da Educação, das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2001), que procuraram fortalecer o conteúdo de saúde pública. Só a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Ministério da Saúde começou a propor as primeiras políticas nesse sentido. No entanto, os resultados obtidos não chegam a ser significativos. Certamente, esse fato foi de grande valia para aqueles que intercederam na tramitação do referido projeto de

lei, visto que de fato, o ato médico, a profissão em si, nunca foi foco de intervenção estatal.

Porém, a medicina ao longo de sua história se destacou na formação e treinamento dos egressos dos Cursos Superiores reconhecidos pelo Ministério da Educação. Desde a década de 70, temos uma regulamentação acerca dos programas de residência médica onde a ação do Estado é secundária. A importância se encontra nas associações científicas médicas. Por meio do Decreto nº 80.281/77 (BRASIL, 1977), instituiu-se o programa de formação para as especialidades médicas, através de programas de residência, mais de dez anos antes da criação do SUS.

Esse decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), responsável pela coordenação das iniciativas na área e pelo credenciamento dos programas. Ela é formada por uma metade formada por representantes diretos ou indiretos da categoria médica – Conselho Federal de Medicina; Associação Brasileira de Escolas Médicas; Associação Médica Brasileira; Federação Nacional dos Médicos; e Associação Nacional de Médicos Residentes. A outra constituída por representantes governamentais e agentes públicos que trabalham nos serviços que abrigam esses programas. O decreto ainda estabeleceu os programas a serem desenvolvidos, preferencialmente, nas áreas de Clínica Médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; e Medicina Preventiva ou Social (Art. 1º, § 1º), favorável, portanto, à formação de médicos para a atenção básica ou primária. Vale lembrar que a Medicina Geral e Comunitária, depois Medicina de Família e Comunidade, já estava regulamentada pela CNRM, mas não entrou neste rol de especialidades básicas. Isto é um exemplo de que a medicina no Brasil sempre esteve mais voltada para uma prática de mercado do que uma medicina social.

Em 2011, foi sancionado o Decreto nº. 7.562, que estabeleceu que:

A regulação das instituições e dos programas de residência médica deverá considerar a necessidade de médicos especialistas, indicada pelo perfil sócio epidemiológico da

população, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (Art. 2º, parágrafo único).

Segundo o mesmo documento, essa função deverá ser “exercida por meio da expedição de atos autorizativos para o funcionamento de instituições e de programas de residência médica” (Art. 14), porém sem nenhuma recomendação ou forma de operacionalização na intenção de considerar as necessidades de especialistas por parte do SUS. Somente com a publicação da Lei nº 12.871/2013, o Estado procurou considerar tais necessidades, mas de forma ainda um tanto vaga, pois não foi instituída uma relação numérica entre demanda e oferta desses profissionais.

O decreto também alterou a composição da CNRM, que passou a contar com representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A representação da categoria médica foi ampliada de cinco para sete membros: um representante da Federação Brasileira de Academias de Medicina (FBAM); e “um médico de reputação ilibada, docente em cargo de provimento efetivo em Instituição de Educação Superior pública [...]” (Art. 4º, X e XI). Resta saber se esta composição da Comissão favorece ao propósito de regulação dos programas em favor do SUS estabelecido no parágrafo único do Art. 2º, uma vez que a categoria médica conta com sete representantes, e o SUS, com apenas três – Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

Ainda que não haja controle de estoque de médicos, nem planejamento de sua distribuição com base nas necessidades de saúde, houve uma iniciativa de avaliar as necessidades de médicos especialistas em 2007, por parte dos Ministérios da Educação e da Saúde (Ribeiro, 2011). O relatório resultante desse estudo, no entanto, apenas definiu como prioridades as áreas “Atenção Básica, Saúde Mental, Atenção Oncológica, Atenção Obstétrica e Pediátrica e Urgências/ Emergências”, não enfatizando a especialidade de Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2009, p. 5). O relatório tampouco apresentou números concretos em relação a cálculos de

necessidades, concluindo com a sugestão de realização “em cada Estado [de] um Plano de ação estadual que [...] deverá conter as necessidades de médicos especialistas em cada Estado, bem como a capacidade instalada para abertura de novos programas” (Brasil, 2009, p. 10).

Destaca-se ainda como fator importante à regulação das especializações médicas nos serviços públicos de nosso país, em geral, consonantes com os interesses da corporação médica. Segundo Feuerwerker (1998, p. 62) “a Residência Médica no Brasil [...] tem tido seus rumos definidos [...] em uma relação mediatizada pelos interesses da corporação médica: médicos-residentes, sociedades especialistas e outras entidades”. Por consequência, pode-se considerar que desde 1977, há uma espécie de acordo entre o Estado, na representação do próprio CNRM e as entidades corporativas médicas em torno da conciliação de interesses, de ambos os lados. Uma situação que exemplifica isso está na consideração dos programas oficiais de residência à categoria de título de especialista, permanecendo válidos os títulos conferidos pelas sociedades médicas. Uma evidência deste acordo tácito ocorreu em 1989, apenas um ano após a criação do SUS, ao ser firmado convênio entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB), pelo qual as duas entidades resolveram só reconhecer os especialistas que se submetam aos exames das sociedades médicas especializadas, sem que a CNRM tenha esboçado qualquer reação (RIBEIRO, 2011, p. 6).

Segundo Ribeiro (2011), no início de 2002, esse acordo tácito foi formalizado por meio de convênio firmado entre a CNRM, a AMB e o CFM, e ratificado em Resolução do CFM. Por conta desse convênio, passou a caber à AMB “orientar as suas sociedades de especialidade e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados emitidos pelas mesmas em conformidade com este convênio” (CFM, 2002, Cláusula Primeira). O acordo e o convênio colocaram nas mãos da própria corporação médica uma influência decisiva sobre a formação profissional, exatamente quando se implantava a Reforma Sanitária e havia necessidade de um reordenamento desses profissionais nos estabelecimentos de saúde em expansão.

Ressalta-se assim a condição que o Decreto nº 7.562/2011 foi construído, onde se constata uma omissão ao contexto sanitário, o que reforça a condição de influência da corporação médica sobre a formação e regulação dos especialistas no mercado de trabalho. Em suma, a trajetória da regulamentação da medicina é marcada pela participação mínima do Estado na regulação dessa profissão, por se caracterizar consequência, desde o controle indireto promovido pela relação de assalariamento médico, passando por interlocuções na formação profissional e se estendendo ao controle normatizador na formação de médicos especialistas, no conjunto, traduzem a vigência do princípio da auto-regulação, reconhecido pela sociedade e homologado pelo poder de Estado. Entretanto, surge em 2002, a tramitação do PLS nº 025/2002 de autoria do Senador Geraldo Althoff que tratou de propor a regulamentação do ato médico, apontando a necessidade de uma interferência do poder estatal.

### **3 O ATO MÉDICO NO BRASIL: DAS NEGOCIAÇÕES AO VETO PRESIDENCIAL**

O projeto de lei do ato médico de autoria do Ex-Senador Geraldo Althoff<sup>9</sup> pode ser considerado como uma proposta que tinha o objetivo inicial em estabelecer uma lei de abrangência nacional, capaz de definir, regulamentar e delimitar o ato médico no contexto da saúde de nosso país. Foi defendido por grande parte da categoria médica por representar ideias corporativistas.

Com o decorrer das negociações em torno dos pontos defendidos por meio de discursos dos seus apoiadores, a sua abrangência foi estendida. O poder legislativo alterou a definição do ato médico para a regulamentação da medicina. A forma com que se desenvolveu a tramitação desse projeto de lei causou uma mobilização contrária em torno de seus aspectos considerados invasivos a outras corporações profissionais. A insatisfação dos representantes das profissões da saúde consistia em discordar da determinação de alguns atos considerados como privativos aos médicos que segundo eles, incorporavam atos profissionais comuns já consolidados por mais de uma profissão. A análise do texto permite concluir que através de uma série de parâmetros normativos, tinha-se o objetivo de estabelecer uma nova concepção de medicina que pudesse retornar a racionalidade médica baseada em conceitos biológicos e na própria redefinição de doença. O projeto de lei valorizava um conceito de saúde limitado e já superado pela literatura por não reconhecer a importância dos seus aspectos socioeconômicos (LUZ, 1986, 1988).

Portanto, para se entender o período de tramitação dessa matéria de natureza jurídica em que se interpretou como polêmica desde a sua apresentação no Senado Federal até a

---

<sup>9</sup> Senador Geraldo Althoff (1995-2003), PFL/SC, formado em medicina, médico pediatra. Disponível em: [https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Geraldo\\_Althoff](https://pt.m.wikipedia.org/wiki/Geraldo_Althoff). Acesso: 20/03/2017

consolidação de seu desfecho, tem-se como escolha a abordagem arqueológica de Foucault (FOUCAULT, 2007) com intuito de se construir este capítulo por meio de tópicos formulados a partir dos discursos feitos por médicos, bem como os empreendidos por aqueles que se opuseram ao pleito em questão e aos proferidos por representantes do governo federal.

Por conseguinte, a construção dessa *episteme* que requer a descrição arqueológica se fundamenta na materialidade dos discursos, nas regularidades dos enunciados, na análise das contradições discursivas, nas descrições comparativas e na instauração das transformações observadas ao longo desse período (FOUCAULT, 2007). Trata-se de promover uma construção teórica com base no conjunto de enunciados que se apresentam como passíveis de serem relacionados. Dessa forma, permite-se a contextualização do ato médico, desde os seus aspectos responsáveis pela constituição de seu texto base, além da possibilidade de incluir a contextualização histórica dos tópicos que constituem a sua justificação e de se compreender os desdobramentos ocorridos nas esferas legislativa e profissional; isto tudo, por meio da análise dos documentos gerados por todos os envolvidos.

Parte-se então, para uma busca arqueológica desse fenômeno, sem a pretensão de reconstituí-lo, mas de promover uma descrição desse momento da história da medicina no Brasil a partir da sistematização dos discursos como objetos a serem valorizados (FOUCAULT, 2007). Procura-se estabelecer as conexões pertinentes entre as reflexões de ordem conceitual e teórica que se apresentam como importantes no âmbito social, político e das relações profissionais. Aponta-se aos fundamentos dos discursos envolvidos nesse jogo de poder constituído no campo da saúde. Pode-se considerar como fundamental o que pondera LUZ (1986) quando se refere às condições dos processos investigativos que buscam compreender fenômenos sociais na sua concepção analítica em termos de necessidades. Para autora:

Investigar uma conjuntura política e econômica é fundamentalmente perguntar-se pela disposição da estrutura do poder (político,

econômico, ideológico) em um momento historicamente situado de uma formação social. Disposição aqui significa distribuição entre as classes e grupos sociais que compõem uma sociedade em um espaço histórico determinado (LUZ, 1986. p.26).

Em síntese, procura-se desvelar conceitos contidos, de forma implícita, aos discursos e os já consagrados na literatura, aptos a relacionar as questões políticas, sociais e jurídicas envolvidas nesse recorte, delimitados pelo problema de tese. Trata-se de considerar a história das próprias condições históricas (FOUCAULT, 2007) que se permitiu desenvolver essa estratégia da medicina, mas também compreender os meios e princípios com que esse período, no contexto de seus significados e repercussões, visto que repercutiu na organização das profissões do campo da saúde e nas concepções do sistema público de saúde.

Promove-se a análise das discussões que envolvem a construção desse pleito, por meio de uma arqueologia que busque “seguir as assinaturas que deslocam conceitos ou orientam sua interpretação para âmbitos diversos” (AGAMBEN, 2011, p.11). Para tanto, desenvolve-se esse capítulo na seguinte disposição: “O Histórico do Projeto de Lei do Ato Médico”, “Os interesses em disputa entre as corporações profissionais” e “O debate legal e o veto presidencial”.

### **3.1 O histórico do Projeto de Lei do Ato Médico**

Antes de se explorar as descrições, os discursos, os fatos transcorridos no intervalo de tempo entre a apresentação do Projeto de Lei do Ato Médico (PLS N° 25/02 representado em 27 de fevereiro de 2002) até a sua aprovação nos termos da Lei N° 12.842/13 de 10 de julho de 2013, há que se integrar os conceitos que se consolidaram como pontos do discurso médico hegemônico à sua defesa. Portanto, inicia-se pela descrição das definições mais valorizadas de ato médico e de ato profissional

por entender que essas concepções constituíram como pontos importantes na justificação do pleito à sociedade e ao parlamento nesse momento de busca por novos significados à prática médica.

Trata-se de buscar os entendimentos construídos por médicos de elevada reputação na corporação profissional e envolvidos, direta e indiretamente, na dinâmica dessa mobilização de natureza corporativa. Dentre esses, pode-se identificar, em ordem alfabética, os seguintes: Luiz Salvador Miranda de Sá Junior<sup>10</sup>, Genival Veloso de França<sup>11</sup>, Joffre Marcondes de Rezende<sup>12</sup> e Nelson Grisard<sup>13</sup>. Todos apresentam

---

<sup>10</sup> Luiz Salvador Miranda de Sá Junior. Médico formado em 1963 pela UFPE. Possui especialização em Especialização em Psiquiatria pela APP (1970). Especialização em Metodologia do Ensino de Terceiro Grau pela UNESP. Doutorado em medicina pela UGF (1993). Conselheiro do CFM de 2004 a 2009.

Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6931697009082675>

<sup>11</sup> Genival Veloso de França. Médico e Bacharel em Direito. Professor aposentado dos Cursos de Medicina e de Direito da UFPB. Autor de diversos livros ligados a temas como Medicina e Direito. Medicina Legal, Direito Médico e Bioética. Membro titular da Academia Internacional de Medicina Legal e Medicina Social e da Academia Brasileira de Ciências Médico-Sociais.

Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9895711498326444>

<sup>12</sup> Joffre Marcondes de Rezende. Médico formado em 1950 na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro). Radicado em Goiânia, foi um dos fundadores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, da Academia Goiana de Medicina e da Sociedade Goiana de Gastroenterologia. Dedicou-se seus últimos anos de vida para estudar a medicina e seus aspectos legais e éticos.

Disponível em: <http://www.fbg.org.br/Conteudo/1958/0/Nota-de-falecimento:-Prof.-Dr.-Joffre-Marcondes-de-Rezende>

<sup>13</sup> Nelson Grisard. Medicina formado pela UFPR (1961). Professor Titular Aposentado da UFSC (1964-1993). Conselheiro Efetivo do CFM (2001-2005). Conselheiro Efetivo do CREMESC da atual legislatura. Professor do Curso de Medicina da UNIVALI (1998-presente). Professor do Curso de Medicina da UNISUL (2006-presente). Possui experiência na área de Medicina, com ênfase em Pediatria e Neonatologia, principalmente nos seguintes temas: recém-nascido, pediatria, perinatologia, neonatologia. Atualmente dedica-se ao estudo e ao

uma característica em comum: dedicaram-se a escrever sobre a profissão que escolheram e se envolveram nas questões de interesse corporativo ao longo de suas respectivas trajetórias profissionais. Talvez por isso, suas percepções tenham se consolidado de tal forma. Pois, os argumentos da corporação se consolidaram a partir dos discursos desses autores. Essas contribuições representaram um respaldo teórico; em primeiro momento, para justificar a importância de se estabelecer internamente o ato médico e; posteriormente, para fundamentar o projeto de lei que foi apresentado no Senado Federal ao longo de suas mobilizações.

No entendimento de França (1994) o ato médico deve ser considerado como todo esforço consciente e organizado do qual se traduz em técnicas, ações e recursos em favor da vida e da saúde do homem e da coletividade. Considera-se passível de ser efetuado de duas formas: genérico e específico. Segundo ele, 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 coletividade. Este é considerado como o ato médico *lato sensu*. Enquanto que 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. Sendo assim definido como ato médico *stricto sensu*.

De um modo semelhante ao proferido por França (1994), Grisard (2002) explicita que o ato médico deve ser interpretado como 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. 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 (2002) restringe a sua concepção de ato médico ao modelo especificado por França. Por consequência, entende-se que esta condição impede, em termos de reconhecimento, que um ato praticado por outro profissional, possa ser considerado um ato médico. Enfatiza-se assim, a sua posição acerca da exclusividade do profissional formado em medicina na execução do ato médico. No mesmo estudo 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.

De modo complementar, Miranda de Sá (2000) aponta que o ato médico é uma categoria particular do ato profissional e que também pode ser denominado como procedimento médico ou procedimento técnico específico de profissional da Medicina. Centra-se na ação ou no procedimento profissional praticado em favor do paciente que lhe solicita ajuda ou dele necessita, mediante contrato implícito ou explícito, utiliza-se dos 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 encontra-se no incremento do bem estar, da profilaxia ou do diagnóstico das enfermidades, da terapêutica ou da reabilitação dos enfermos.

Por compreender que o ato médico se realiza na relação entre o profissional médico e o paciente, Miranda de Sá (2000) atribui ao médico à exclusividade de sua execução. Para ele, a exceção se faz aos graduandos em uma faculdade de medicina, reconhecida formalmente, podem também executar os atos médicos. Contudo, 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.

Assim, tomando como referência as ideias de Miranda de Sá (2000), 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. 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.

De forma muito sintética, mas ao mesmo tempo consoante com os autores já citados, para Rezende (2009), o ato médico deve ser definido como todo procedimento da competência e responsabilidade exclusivas do médico no exercício de sua profissão, em benefício do ser humano individualmente ou da sociedade como um todo, visando à preservação da saúde, à prevenção das doenças, à identificação dos estados mórbidos, ao tratamento e à reabilitação do enfermo.

De modo complementar, percebe-se a designação do conceito de ato profissional como aquele se encontra na legislação que regulamenta uma profissão sob forma de atribuição (MIRANDA DE SÁ, 2000). Tem-se, por consequência, a sua designação como sendo uma ação, procedimento ou

atividade que a legislação regulamentadora da profissão atribui aos agentes de uma categoria profissional; mesmo que não seja considerada exclusiva ou privativa. Deve-se ainda observar que a prática profissional somente deve ser feita por pessoa devidamente habilitada e que esteja exercendo sua profissão nos termos da lei.

Pode-se atribuir um sentido ao discurso de Miranda de Sá (2000) em termos de intencionalidade. Institui-se uma defesa entre ato profissional e atribuição conferida nos termos da lei. Nessa ocasião, tinha-se uma mobilização em torno da construção de um projeto de lei que determinasse o ato médico. Nota-se uma direção justificada de valorização dos parâmetros teóricos defendidos no profissionalismo (FREIDSON, 1996, DINIZ, 2001, BONELLI 1999, PIRES, 1998) a serem aplicados na medicina. Pois, a luz dessa visão, somente aos médicos se atribui o controle sobre a execução do seu próprio trabalho e, por consequência, dos seus atos profissionais que fazem parte do exercício de suas competências. No entanto, essa dedução teórica se apresenta com algumas incoerências de ordem prática. Sabe-se que estabelecer dispositivos de controle profissional é bem divergente da situação de se reconhecer uma ocupação como profissão e dar a mesma a condição de se auto-regular através da homologação por meio de uma lei específica.

Neste contexto, ao se estabelecer a descrição sistemática dos discursos na qualidade de objetos (FOUCAULT, 2007) desses autores (FRANÇA, 1994; MIRANDA DE SÁ, 2000; GRISARD, 2002; REZENDE, 2009), compreende-se a construção de um discurso que expressa de modo semelhante, uma mensagem subliminar com algumas características; isto é, com palavras semelhantes que foram ditas em defesa de uma regulamentação ao relacionar a questão conceitual do ato médico. De acordo com Dreyfus & Rabinow (1995) pode-se rescrever aquilo que já foi escrito através do estabelecimento de uma descrição sistemática do discurso-objeto. Assim, acerca do que se disse, temos:

1. A configuração de uma necessidade em se promover uma regulamentação profissional de modo a garantir aos

- médicos a condição de exercício exclusivo dos atos profissionais considerados como ato médico;
2. O ato médico se apresenta sob a sustentação de algumas características:
    - a. Esforço consciente e organizado;
    - b. Traduzido por técnicas, ações e recursos;
    - c. Em favor da vida e da saúde do homem e da coletividade;
    - d. Pode assumir um caráter genérico (*atu sensu*) ou específico (*strictu sensu*) (FRANÇA, 1994) ou, por analogia, ser compreendido nas dimensões de atos médicos compartilháveis de atos ou procedimentos tipicamente médicos;
    - e. Exclusivo aos médicos habilitados de acordo com a legislação vigente (ter cursado medicina);
  3. O ato profissional como aquele que se desempenha de acordo com a legislação profissional atribuí sob forma de atribuição.

Enfim, tem-se como entendimento que o ato médico consiste em um ato profissional de médico, que apenas pode ser executado por esse profissional ou para aqueles que se encontram em processo de formação em algum curso de medicina devidamente recomendado e reconhecido pela legislação em vigor conforme se apresenta na síntese do discurso médico preponderante.

Por essa via, entende-se pela análise arqueológica (FOUCAULT, 2007) que os conceitos de ato médico e ato profissional presentes nos discursos de França (1994, 2000), Miranda de Sá (2000); Grisard (2002); Rezende (2009) constituíram como parte de um direcionamento das movimentações políticas da categoria médica envolvida na criação de uma lei que regulamentasse o ato médico por serem tratados como peças constituintes especiais à consolidação do que se reivindicava, isto é, não foram classificados apenas como documentos (FOUCAULT, 2007).

Observa-se que por meio desse diálogo, o estabelecimento de algumas estratégias corporativas: 1) criou-se

a necessidade (justificativa) de se definir o ato médico, através da adesão aos discursos de França (1994, 2000), Miranda de Sá (2000); Grisard (2002); Rezende (2009); 2) o estabeleceu-se alianças políticas para definir o ato médico entre os membros da corporação e dos segmentos parlamentares, 3) formulou-se uma proposta de lei a ser representada por representante no parlamento (Senado da República) e; 4) construiu-se uma retórica voltada a defesa e aprovação do projeto de lei.

Destaca-se, por exemplo, a importância da mobilização política em torno da organização profissional em comissões e a construção de documentos que foram postos ao reconhecimento e a respectiva aprovação por parte da sociedade. Nessa conjuntura, a Resolução CREMERJ n.º 121/98 pode ser interpretada como primeiro documento publicado com o objetivo de se definir o ato médico. O Jornal do CREMERJ a descreve e contextualiza a importância dessas movimentações em torno dessa resolução:

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 constrangido 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 Geraldes e Mauro Brandão, também Conselheiro do CFM (EM DEFESA, 2000).

Observa-se alguns trechos desse discurso: “intromissão no ato médico”, a “criação da Resolução 121/98” e da “CODEPREM”. O primeiro relata o entendimento de reprovação

ao exercício profissional das profissões da saúde a partir das definições de ato médico conforme as descrições de França (1994, 2000), Miranda de Sá (2000); Grisard (2002); Rezende (2009) que direcionam o pensamento em que os cuidados com a saúde se encontram como análogos e restritos ao saber médico.

Enquanto que a Resolução CREMERJ n.º 121/98 se apresentou como um símbolo da mobilização médica. Afinal, a Lei n.º 3.268/57<sup>14</sup> que cria os Conselhos Regionais e Federal de Medicina estabelece as suas funções de forma precisa na organização profissional. Cabe aos regionais a incumbência de fiscalizar o exercício profissional e ao federal à determinação de normas a serem cumpridas. Entretanto, a Resolução CREMERJ n.º 121/98<sup>15</sup> foi construída em cinco artigos com a função de aplicar normas aos profissionais, como se apresenta abaixo (as partes grifadas foram efetuadas pelo autor com a finalidade de destacar os pontos mais relevantes):

**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.**

---

<sup>14</sup> Lei n.º 3.268/57 de 30 de setembro de 1957 que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L3268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm) Acesso em: 01/03/2016

<sup>15</sup> 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.cremelj.com.br/legislacao/pesquisarResoluc.php#>> Acesso em: 20/03/2017. Maiores detalhes, vide Anexo 1.

§ 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.

O texto se apresenta como uma tentativa de se colocar o médico fluminense em uma posição privilegiada a partir de uma possível aplicação de seus artigos (principalmente, Art. 1º e nos seus § 1º e 4º). Entretanto, em razão do CREMERJ ter desempenhado a função do CFM, a Resolução tinha uma limitação na sua aplicação. Entende-se que a sua função estava em promover a discussão política sobre o tema, isto é, o seu papel se encontrava no direcionamento de ações que tinham como objetivo: viabilizar a construção de uma lei para garantir a exclusividade da indicação de procedimentos preventivos e

terapêuticos baseada na racionalidade médica preponderante (LUZ, 1986), defendida nos discursos de França (1994, 2000), Miranda de Sá (2000); Grisard (2002); Rezende (2009), a ser perseguida em todo território nacional.

Na mesma manifestação do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (EM DEFESA, 2000), observa-se a criação da CODEPREM. Esta, desde a sua criação, programou medidas, tais como: coibir/proibir o ensino da acupuntura<sup>16</sup> 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 favor da regulamentação do ato médico.

A importância da CODEPREM também se evidencia na continuidade das iniciativas desenvolvidas pelo CREMERJ, pois entre outubro de 2000 e julho de 2001, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro publicou mais três Resoluções referentes à regulamentação do ato médico: Resolução n.º 156/00, que “define o acompanhamento da litotripsia extracorpórea 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”. Tais medidas representam a ação do CREMERJ em promover uma melhor delimitação da profissão em situações específicas do exercício profissional da medicina e que se encontram de acordo com França (1994, 2000), Miranda de Sá (2000); Grisard

---

<sup>16</sup> A acupuntura é um caso antigo de tentativa de apropriação exclusiva por parte dos médicos brasileiros. No entanto, o seu livre exercício permanece na atualidade. Ela continua sendo exercida na iniciativa privada e no Sistema Único de Saúde conforme está preconizado na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (BRASIL, 2015).

(2002); Rezende (2009). No entanto, as resoluções se apresentam como limitadas em seu alcance,<sup>17</sup> muito por isso, surgiu a necessidade de regulamentar o ato médico por meio de uma lei.

Esse quadro influenciou o Conselho Federal de Medicina a reconhecer essa necessidade de consolidar a Resolução CREMERJ n.º 121/98 em todo território nacional por meio da Resolução CFM n.º 1.627/01. Ao analisar o texto desta resolução, aponta-se a importância na atitude inédita desse Conselho em publicar uma regulamentação formal do ato médico; e, para não deixar dúvidas das motivações iniciais dessa iniciativa, o seu texto serviu de base para a elaboração do Projeto de Lei n.º 25/02, que foi posteriormente apresentado ao Senado Federal.

A promulgação da Resolução n.º 1.627/01<sup>18</sup> pelo Conselho Federal de Medicina, em 23 de outubro de 2001 se estruturou em um texto dividido em dois segmentos: um conjunto de considerações que introduzem a necessidade de se criar uma lei sobre o ato médico e a outra parte composta por seus cinco artigos. Da parte inicial, aponta-se à fundamentação teórica através de um parecer, denominado “exposição de motivos”<sup>19</sup>, apresentado como documento anexo à Resolução.

A origem do texto que abrange a “exposição de motivos” se encontra em 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

---

<sup>17</sup> Conforme disposto do Art. 59 da CF, resolução é um ato administrativo normativo emitido por autoridade superior [como um Conselho Profissional], com a finalidade de disciplinar matéria de sua competência específica. As resoluções não podem produzir efeitos externos [a validade se aplica somente aos que pertencem ao quadro do órgão que emite a resolução], tampouco pode contrariar os regulamentos e os regimentos, mas sim explicá-los.

<sup>18</sup> Maiores detalhes, vide Anexo 2.

<sup>19</sup> O texto da “exposição de motivos” se fundamenta em elementos característicos do profissionalismo (PIRES, 1998; DINIZ, 2001; STARR, 1982; FREIDSON, 2009).

Federal, do CFM. Esse documento se fundamenta em princípios defendidos por autores ligados a sociologia das profissões (PIRES, 1998; DINIZ, 2001; STARR, 1982; FREIDSON, 2009). Ele reúne dois conceitos essenciais: profissão e ocupação. E, também, define o que seria de fato e de direito um ato profissional e explica a origem da exclusividade concedida para determinados grupos profissionais, inclusive aos formados em medicina. Afinal, a resolução direciona à habilitação profissional aos médicos para atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

Além disso, estabelece os atos privativos dos profissionais médicos, que são: indicação de diagnóstico e a respectiva indicação do tratamento, ocupação de cargo de chefias nos serviços de saúde e a execução de perícias. O Conselho Federal de Medicina passaria a contar com o poder de deliberar, por meio de resoluções, a prática dos procedimentos médicos experimentais, constituindo assim, uma possibilidade de intervir na experimentação em seres humanos.

Por último e mais importante, temos o terceiro momento desse processo, trata-se do Projeto de Lei do Senado 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). Consistiu em uma tentativa de converter as disposições presentes na Resolução CFM n.º 1.627 de 2001, para uma norma legislativa de abrangência nacional; ou seja, em uma lei. No Quadro 1, observa-se a semelhança existente nesses documentos. As palavras grifadas (pelo autor) se apresentam como um recurso para facilitar a visualização dessa condição.

Resolução CFM n.º 1.627/01	Projeto de Lei n.º 25/02
Artigo 1º - Definir o ato profissional de médico como todo <b>procedimento técnico profissional</b> praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para: I. a <b>promoção da saúde</b> e prevenção da ocorrência de enfermidades ou	Art. 1º Ato médico é todo <b>procedimento técnico-profissional</b> praticado por médico habilitado e dirigido para: I - a <b>promoção primária</b> , definida como a <b>promoção da saúde</b> e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia;

<p>profilaxia (prevenção primária);          II. a <b>prevenção da evolução das enfermidades</b> ou <b>execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos</b> (prevenção secundária);          III. a <b>prevenção da invalidez</b> ou <b>reabilitação dos enfermos</b> (prevenção terciária).          § 1º - <b>As atividades de prevenção secundária</b>, bem como as <b>atividades de prevenção primária e terciária</b> que envolvam procedimentos <b>diagnósticos</b> de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são <b>atos privativos</b> 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 [Grifo nosso].</p>	<p>II - a prevenção secundária, definida como a <b>prevenção da evolução das enfermidades</b> ou <b>execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos</b>;          III - a prevenção terciária, definida como a <b>prevenção da invalidez</b> ou <b>reabilitação dos enfermos</b>.          Parágrafo único. <b>As atividades de prevenção</b> de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica, são <b>atos privativos</b> do profissional médico.</p>
--	--

**Quadro 1:** As definições de ato médico presentes na Resolução CFM n.º 1.627/01<sup>20</sup> e no Projeto de Lei n.º 25/02<sup>21</sup>

**Fonte:** Extraído Jornal do CREMERJ (2001) e da seção de publicações do Senado Federal (2002)

Além do texto, pode-se destacar a justificação apresentada pelo Senador da República Geraldo Althoff nos seguintes termos:

A Medicina é uma profissão conhecida desde a Antiguidade, cujos registros remontam ao início dos tempos históricos. Até o

<sup>20</sup> Resolução do CFM. **Jornal do CREMERJ**, Rio de Janeiro, v. XIV n. 134, p. 11, nov. 2001.

<sup>21</sup> Brasil. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 25 (2002)**. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/49554>>. Acesso em: 04 dez. 2002.

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. (ALTHOFF, 2002)

O discurso de Geraldo Althoff na defesa de seu projeto de lei se assemelha aos discursos elaborados por França (1994, 2000), Miranda de Sá (2000); Grisard (2002); Rezende (2009) em termos de finalidade e de justificativa. Assim como eles, as suas palavras são direcionadas para alguns entendimentos. Dentre esses, coloca a medicina como a primeira profissão da saúde, o que é indiscutível (MACHADO, 1996, 1997). Entretanto, estabelece uma conexão de causa e efeito nos seus pontos de

defesa. Aponta-se à indefinição do ato médico como a origem dos problemas atuais da medicina, ao mesmo tempo, entende que a partir dessa limitação notada pela sociedade, incentivou a criação de outras profissões da área da saúde de forma exagerada.

Adotou a estratégia de sustentar o seu argumento principal por meio de comparações entre fatos ocorridos em épocas tão diferentes. Pelo contexto, pode-se afirmar que consiste em um artifício de sua retórica, que tinha a finalidade de conectar a condição do atual cotidiano profissional às diferenças existentes em épocas passadas. Trata-se então, de uma opção pessoal em promover um tratamento linear das condições profissionais, sem ponderar a existência de diferenças circunstanciais dos contextos enunciados. Dessa forma, observa-se uma distorção tendenciosa da realidade, onde se omite questões importantes da própria profissão, além de renegar a evolução das profissões do campo da saúde e reduz o processo de profissionalização de uma ocupação a condição simplista, desconectada à construção histórica e social presente em cada uma das profissões conforme se encontra descrito na literatura (PIRES, 1998; DINIZ, 2001; STARR, 1991; FREIDSON, 2009).

De maneira geral, este projeto manteve o objeto e objetivos presentes na Resolução CFM 1627/01, principalmente, na definição de ato médico. O maior impacto negativo por parte do PLS n.º 25/02 estava em seu Art.2º que remetia competência ao Conselho Federal de Medicina à fixação da extensão e natureza dos procedimentos próprios dos profissionais médicos, determinando, quando necessário, o campo privativo de atuação desses. Em palavras mais diretas, o Conselho Federal de Medicina estaria qualificado como órgão normatizador e fiscalizador do exercício da Medicina no País. Por consequência, o CFM teria poderes para estabelecer fronteiras do exercício dos atos profissionais dos médicos de tal forma que teria condições de interferir nas demais profissões da saúde que estivessem realizando atos profissionais que fossem classificados como atos privativos dos médicos a partir da vigência da lei.

Ao analisar o período final da tramitação, entende-se que a proposta apresentava problemas de interpretação por indicar a delimitação do ato médico e não se tinha a regulamentação da profissão em seu objeto, o que implicou na mudança da proposta, tornou-se então, um novo projeto de lei – Projeto de Lei Substitutivo (PLS n.º 268/02).

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 25/02, proposto pelo Senador Tião Viana, foi aprovado pela “Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania”.

O Projeto Substitutivo não dispõe sobre a definição do ato médico, mas sim sobre o exercício da Medicina. O Relator, ao considerar 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 exercício 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 contexto de 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 de 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 não necessitam de 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. Qualifica a infração a estes dispositivos como exercício ilegal da Medicina, nos termos do art. 282 do Código Penal.

Diante disso, podemos afirmar que houve alteração na forma e no conteúdo do texto original, principalmente, nas atribuições do médico e na determinação dos atos médicos privativos e nas competências do CFM. Porém, permanece a falta de clareza nas definições de “diagnóstico médico” e “prescrição terapêutica das doenças”. A proposta do Senador e Médico Tião Viana, representou uma vitória aos adversários a proposta original do Senador Geraldo Althoff. Constitui um ganho parcial para aqueles que consideravam o pleito como uma reserva de mercado destinada a medicina. Essa proposta foi aprovada em 26 de dezembro de 2006, mesmo diante de uma grande mobilização contrária feita por representações das profissões da saúde. Seguiu sua tramitação na Câmara Federal.

Na Câmara Federal, iniciou a tramitação pela numeração de PL n.º 7703/2006 e tramitou nas Comissões por três anos e teve a sua finalização em 21/10/2009. Esse período foi marcado por intensos debates entre aqueles que defendiam e os que repudiavam o conteúdo da proposta. Todavia, a organização e a força dos profissionais médicos contribuíram para a manutenção do texto, poucas emendas foram aprovadas. Cabe destacar a atuação de uma Deputada Federal do PR do Ceará, Gorete Pereira, fisioterapeuta de formação, apresentou 21 emendas na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP). No entanto, cabe destacar somente duas mudanças foram feitas nessa Casa Legislativa, a saber:

A primeira foi o resgate do § 2º do Art. 4º da redação da proposta original do Senado, substituindo o que havia sido aprovado por essa casa. Na prática temos, o que se lia:

“§ 2º Não são privativos dos médicos os diagnósticos psicológico, nutricional e socioambiental e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva e psicomotora”.

Passou a retornar para a redação:

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

Esse inciso foi validado posteriormente pelo Senado, mas teve como desfecho o seu veto pela Chefe do Poder Executivo.

A segunda delas foi a modificação do § 5º do Art. 4º que retirou uma das situações de exceção como sendo privativas do médico, a saber:

“ VII – a realização dos exames citopatológicos e seus respectivos laudos. ”

Entretanto, tal modificação não foi respaldada pelo Senado posteriormente, e assim, a redação final da Lei N° 12.842/13<sup>22</sup> contava com esse inciso que tão pouco foi objeto de veto presidencial.

A última delas foi à do retorno do Art. 8º que previa um período início de vigência da lei, este artigo tinha sido suprimido no Senado e tal situação foi mantida posteriormente e o mesmo consta no corpo da lei.

Pode-se dizer que a Câmara Federal pouco contribuiu para o debate e discussão do PL do Ato Médico, serviu apenas para retardar a sua aprovação e demonstrar que o corporativismo médico estava muito bem articulado com as lideranças parlamentares. O cenário descrito nas atas das reuniões demonstra a indiferença dos parlamentares nas prováveis consequências que a aprovação representava.

---

<sup>22</sup> O texto integral da lei se encontra disponível no Anexo 3.

Na última avaliação feita pelo Senado, em função das modificações aprovadas pela Câmara dos Deputados, a proposta retornou e seguiu o percurso natural de tramitação (projeto originado no Senado Federal). Cumpriu-se o regimento de tramitações, teve-se apenas o uso de artifícios feitos por Senadores contrários ao projeto que tinham a finalidade de retardar a sua aprovação. Em 2010, conseguiu-se que o mesmo fosse analisado na Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE), o que serviu apenas para prolongar o seu tempo até a sua chegada no plenário do Senado.

Em função das movimentações da categoria médica, a tramitação do projeto de lei foi acelerada no mês de dezembro de 2012. Nesse mês ele tramitou em várias comissões, sendo aprovado em todas as instâncias. Convém destacar que a sua última análise ocorreu através do parecer favorável da Senadora Lúcia Vânia. Na Comissão de Assuntos Sociais, o seu voto foi aprovado em 19/12/2012, permitindo que o projeto de lei fosse enviado ao plenário.

O ano de 2013 foi decisivo para a sua aprovação, era uma questão de tempo. Em 18/06/2013, o projeto de lei foi incluído na pauta do plenário do Senado, diante de uma série de manifestações populares que estavam acontecendo nas ruas de nosso país. Enquanto a atenção estava nos protestos que exigiam serviços públicos de melhor qualidade, o projeto de lei do ato médico foi aprovado com apenas um voto contrário, do Senador Aloysio Nunes Ferreira (PSDB/SP), ou seja, a sua aprovação final ocorreu sem maiores dificuldades. O texto abaixo foi aprovado pelo Senado da República à sanção presidencial (os termos foram grifados pelo autor, servem para destacar os itens que foram excluídos por força dos vetos presidenciais):

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 – coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;
- VI – execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;
- VII – emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;
- VIII – indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso**

**temporário;**

**IX – prescrição de órteses e próteses oftalmológicas;**

X – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

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

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

XIII – atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;

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

§ 1º Diagnóstico nosológico é a 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, 2 (dois) dos seguintes critérios:

I – agente etiológico reconhecido;

II – grupo identificável de sinais ou sintomas;

III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.

**§ 2º Não são privativos de médicos 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 versão atualizada 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 Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:

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

**II – cauterização, nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, 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;

VII – realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos;

VIII – coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;

IX – procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.

§ 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 – perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às 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.

Art. 7º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

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 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.

O projeto de lei enviado para a sanção presidencial estava composto por artigos que traduziam o discurso médico majoritário por atender aos conceitos de ato médico (FRANÇA, 1994, 2000; MIRANDA DE SÁ, 2000; GRISARD, 2002;

REZENDE, 2009), por consequência, estabelecia-se uma regulamentação da medicina com a capacidade de interferir em todo o campo da saúde.

Os pontos considerados polêmicos eram aqueles que coincidiam com as atividades estabelecidas como privativas ao exercício da medicina – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica; indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário; prescrição de órteses e próteses oftalmológicas; direção e chefia de serviços médicos – ao mesmo tempo, eram interpretadas como invasivas ao exercício autônomo das profissões da saúde. Entretanto, o posicionamento da Presidenta da República, ao contrário do plenário do Congresso Nacional e da vontade de grande parte da categoria médica, determinou a aprovação parcial do projeto de lei ao vetar esses referidos pontos conforme consta na mensagem dirigida ao Presidente do Congresso Nacional (Mensagem nº 287, de 10 de julho de 2013<sup>23</sup>). Portanto, a seguir, abordarei esses pontos em disputa entre as corporações profissionais.

### **3.2 Os Interesses em Disputa entre as Corporações Profissionais**

Antes de se iniciar a discussão sobre os interesses que se encontravam em disputa entre as profissões identificadas com a projeto de lei do ato médico e buscar por significados dos discursos que marcaram esse processo, tanto na defesa e construção do pleito médico, quanto às articulações de resistência à proposta de regulamentação profissional, feitos por seus representantes das profissões do campo da saúde, recorre-se para análise desse contexto o fato de que

---

<sup>23</sup> Publicada no site da Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2014/2013/Msg/VEP-287.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2014/2013/Msg/VEP-287.htm)

[...]em todas as sociedades a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e terrível materialidade (FOUCAULT, 2005, p. 9).

Esse entendimento (FOUCAULT, 2005) se apresenta como de grande valia à compreensão da origem dos discursos no cenário que se pretende desvelar. Possibilita-se descrever a disposição dos elementos constituintes e suas finalidades. Pode-se perceber, por exemplo, a maneira com que se construiu o discurso inicial de mobilização do ato médico através do Presidente do CREMERJ, o Conselheiro Abdu Kexfe, na ocasião em que se dirigiu para um público composto por médicos em sua maioria (também havia estudantes de medicina) e pela forma direta com que contextualizou a importância de se regulamentar o 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” (KEXFEa, 2000, p.16).

De certa forma, a partir de Foucault (2005), pode-se notar a execução de alguns procedimentos que se apresentam de forma implícita. Entende-se, a princípio, que há uma atribuição de poder ao CFM e, por consequência, aos médicos de tal maneira que se coloca um caminho capaz de enfrentar as “possíveis” adversidades criadas pelas interferências presentes

nas disputas por espaço profissional (DINIZ, 2001; FREIDSON, 2009). Ao mesmo tempo que recorre aos fundamentos da autoridade médica (STARR, 2001) e dos meios que se consolidaram o valor do saber médico expresso na sociedade (FOUCAULT, 2004b).

Além disso, o local foi escolhido pela conveniência de fazer um discurso para um grande número de médicos que estavam participando de um grande evento científico (XI Congresso Internacional da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, realizado no Rio de Janeiro entre os dias 28 de junho a 1º de julho de 2000). O critério de replicação do discurso foi atendido (FOUCAULT, 2005), isto é, a sua fala se destinava para um público sensível a invasão do seu espaço profissional e naquele evento ocorria a valorização dos conhecimentos científicos produzidos por médicos. Ressalta-se que os médicos já tinham conhecimento das publicações que defendiam a necessidade de corrigir essa indefinição (FRANÇA, 1994, 2000; MIRANDA DE SÁ, 2000; GRISARD, 2002; REZENDE, 2009).

Pelos mesmos critérios, Abdu Kexfe, voltou a se manifestar no mês seguinte na abertura do Encontro Sul-Sudeste de Conselhos de Medicina, realizado no Rio de Janeiro. Nessa ocasião defendeu a necessidade de buscar a intermediação do Estado na regulamentação do ato médico. Destaca-se a condição com que

[...] 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” (KEXFEb, 2000, p.12).

Os discursos do Presidente do CREMERJ (KEXFEa, 2000, KEXFEb, 2000) apontam para duas situações: 1) a valorização dos conteúdos defendidos por médicos (FRANÇA,

1994, 2000; MIRANDA DE SÁ, 2000; GRISARD, 2002; REZENDE, 2009), à construção da mobilização da categoria nas suas justificativas com o intuito de combater à invasão de outros profissionais da saúde no exercício das atividades consideradas como exclusivas da medicina; 2) o sentido de urgência nas ações ligadas a regulamentação do ato médico em proporcionar a correção de uma questão histórica das atividades médicas através da criação imediata de uma lei. Observa-se que a sua estruturação seguiu uma configuração: as informações se encontravam organizadas, selecionadas por critérios de conveniência e se tinha um controle sobre o que se pretendia defender e omitir (FOUCAULT, 2005). O que explica, em parte, a aceitação da categoria profissional a esse discurso médico. O seu argumento principal “em delimitar o ato médico que as categorias profissionais de saúde não estariam capacitadas tecnicamente a realizar” (BRANDÃO, 2010, p.217), além de omitir o desconforto gerado a outras profissões, transmitia a inexistência de uma lei que regulamentasse a medicina<sup>24</sup>. A partir desse ponto, pergunta-se:

Como a literatura pode explicar o significado dos discursos médicos que foram produzidos com a finalidade de aumentar o poder da medicina durante esse período de disputas por espaços profissionais?

Quais seriam os interesses das profissões da saúde e da medicina que se encontravam em disputa?

Primeiramente, ao atribuir valor simbólico às expressões “sofrendo com a interferência de outros profissionais de saúde” e “a regulamentação do ato médico pelo Conselho Federal de Medicina é extremamente necessária e urgente” que fazem parte dos discursos do Presidente do CREMERJ (KEXBEa, 2000; KEXBEb, 2000), permite compreender a natureza reivindicatória da sua defesa que se encontra relacionada a teoria funcionalista

---

<sup>24</sup> Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 - Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.

Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 - Aprova o regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere a Lei nº 3.268/57.

das profissões (FREIDSON, 2009; DINIZ, 2001). Fundamenta-se no entendimento de que a proposta corresponde ao exercício político, feito por representações da profissão, dirigido a pressionar os poderes do Estado com intuito de garantir vantagens aos membros da corporação. Essa situação aponta para uma característica comum das profissões – reivindicar espaços profissionais para seus membros e o respectivo monopólio de suas atribuições – para manter ou ampliar a sua inserção social e, por consequência, desenvolver melhores serviços à população (FREIDSON, 2009; DINIZ, 2001, MACHADO, 1996).

Porém, esse princípio reivindicatório também é válido, em menores proporções de seu reconhecimento, para as demais profissões da área da saúde (FREIDSON, 2009). Pode-se assim dizer que o ato médico também representou uma forma de exercício de poder da medicina junto as estruturas que organizam os serviços de saúde, que envolvem as relações profissionais nesse campo e nas articulações políticas com os poderes de Estado por meio da aplicação de seus discursos. Pois, o poder na sociedade não se constitui a partir de uma estrutura rígida, ele se exerce no contexto das suas relações, assim como o ato médico se desenvolveu. Por essa visão, pode-se recorrer a uma das descrições de Michel Foucault a respeito das relações de poder. Segundo o autor:

Quando fala-se de poder, as pessoas pensam imediatamente a uma estrutura política, um governo, uma classe social dominante, o mestre frente ao escravo, etc. isto não é de nenhum modo aquilo que eu penso quando falo de relações de poder. Eu quero dizer que, nas relações humanas, qualquer que sejam - que trate de comunicar verbalmente, como fazemo-lo agora, ou que trate-se de relações amorosas, institucionais ou econômicas -, o poder continua presente: eu quero dizer a relação na qual um quer tentar de dirigir a conduta do outro. Estas são, por conseguinte, relações que pode-se encontrar em diversos níveis, sob diferentes formas; estas relações de poder são relações móveis, ou seja elas

podem alterar-se, elas não são dadas de uma vez para sempre (FOUCAULT, 2001, p. 153).

A contextualização de Foucault (2001) sobre as formas de manifestação do poder na sociedade, permite relacionar o modo com que se desencadeou as reações contrárias ao projeto de lei do ato médico. Entende-se como natural o fato da reação ter sido imediata e desenvolvida por parte dos profissionais da saúde que se sentiram prejudicados em função dos possíveis problemas gerados com a expectativa de vigência da proposição médica. Trata-se de uma resposta ao exercício do poder da medicina, pois sempre “existem as forças que resistem” (FOUCAULT, 1988, p.161), quando a resistência se encontra apoiada na vida, local em que o poder se investe. Além de expressar a divergência em vários pontos que foram apresentados nos discursos médicos ao longo do período.

As corporações profissionais da área da saúde através de seus representantes fizeram oposição a proposta apresentada no Senado Federal desde o início de sua tramitação. Enquanto que a medicina se aglutinou em comissões como a CODEPREM, os Conselhos Profissionais se reuniram e formaram o Fórum dos “Conselhos Federais da Área de Saúde” (FENTAS). Esse fórum defendeu os profissionais representados ao longo de todo o processo. A sua primeira manifestação ocorreu logo após a apresentação do projeto de lei contra a aprovação da proposta. De imediato, apontou-se para inconstitucionalidade do projeto de lei por entender que em seu Art. 2º, constava como atribuição 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 (PROJETO, 2003).

Da mesma forma, o Conselho Federal de Fonoaudiologia se manifestou através de sua Presidente, a Fonoaudióloga Maria Thereza Mendonça Rezende a respeito da inconstitucionalidade do projeto e justificava sua posição por entender que o artigo 22, inciso XVI da Constituição Brasileira<sup>25</sup> ao estabelecer a competência privativa da União na tarefa de legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício das profissões, entende que o Conselho Federal de Medicina não pode exercer atividades para além da fiscalização profissional, ou seja, considera que a normatização de outros profissionais da área da saúde não estar de acordo com a Carta Magna (PROJETO, 2003)

Os primeiros discursos adotados pelo FENTAS (PROJETO, 2003) e pela Presidente do Conselho Federal de Fonoaudióloga, Maria Thereza Mendonça Rezende (PROJETO, 2003), apontam para um problema comum – a inconstitucionalidade do projeto. Compreende-se que essa estratégia consistiu em desqualificar a proposta com o objetivo de impedir que a mesma fosse aprovada na comissão mais importante do Senado Federal – Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado (CCJC) o que de fato não ocorreu. Das atas das sessões do Senado Federal, resgata-se o discurso de alguns parlamentares com entendimentos

---

<sup>25</sup> Esse argumento de inconstitucionalidade da matéria se fundamenta pela condição que se encontra no texto, pois não compete ao CFM legislar sobre o exercício das profissões. Pois, conforme consta na Constituição:

Art.22 Compete privativamente à União legislar sobre:

[...]

XVI - organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões;

divergentes a respeito da concordância da proposta com o texto da Constituição Federal.

#### 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<sup>26</sup>.

Por outro lado, o Senador Jefferson Péres (PDT/AM) reafirmou sua dúvida e preocupação a respeito da constitucionalidade do inciso I do Artigo 2º, do PLS n.º 25/02. O Senador criticou o Projeto de Lei, classificando-o como “polêmico, perigoso e inconstitucional”. 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:

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 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 (SENADO, 2002b).

---

<sup>26</sup> Discurso extraído da Ata da 28ª Reunião Ordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, realizada em 20 de novembro de 2002b.

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” (SENADO, 2002b). Declarando-se surpreso 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”<sup>27</sup>. A respeito da legalidade da proposta, expôs a seguinte avaliação da matéria:

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.<sup>28</sup>

Diante desses discursos e por meio da análise arqueológica (FOUCAULT, 2007), destacam-se alguns pontos

---

<sup>27</sup> SENADO. 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 2002b.

<sup>28</sup> Ibid., p.115

que expressam opiniões a respeito da legalidade do papel do CFM em ter a condição de estabelecer normas para outras profissões da saúde. O Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde e o Conselho Federal de Fonoaudiologia expressam discursos bem semelhantes. Apontam para a não aprovação do texto, sem maiores detalhes, por defender que o projeto de lei desrespeitava a Constituição Federal na interpretação do Art.2º e seus dois incisos (PLS n.º 25/02). Essa posição pode ser explicada pela atitude corporativista, característica comum das corporações em exercer suas influências com a finalidade de pressionar o Estado na proteção de seus espaços profissionais (MACHADO, 1996; FREIDON, 2009). Entretanto, o Senador Luiz Otávio (relator do projeto), expressou que “[...] na análise, não há óbice [...]”, ou seja, o projeto poderia ser aprovado na sua totalidade. Ao contrário do Senador Otávio, os Senadores Jeferson Péres e Roberto Requião manifestaram pela inconstitucionalidade da proposta. Para Péres o projeto era “polêmico, perigoso e inconstitucional”, enquanto que Requião considerava o PL como “corporativo e inconstitucional, extrapola os limites da racionalidade e estabelece privilégios absurdos”. Essas divergências, iniciadas pelas corporações profissionais que se estenderam no parlamento fez com que o PLS n.º 25/02 fosse rejeitado e, posteriormente, substituído por outra versão que não apresentava essa previsão de atuação do CFM.

O que se constatou foi a construção de um entendimento a partir da posição de grande parte dos parlamentares em corrigir possíveis imperfeições do projeto e não rejeitá-lo por considerá-lo importante para a medicina e para a saúde do Brasil. As posições dos Senadores Fogaça e Rocha esclarecem melhor essa situação. Para o Senador José Fogaça (PPS/RS) “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 de fundamental importância que os parlamentares estabelecessem claramente a delimitação desses campos de atuação. Destacando a importância da proposta, José Fogaça conclui que:

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 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.<sup>29</sup>

Enquanto que o Senador Sebastião Rocha<sup>30</sup>, um defensor do “Projeto de Lei do ato médico”, em um dos seus discursos, defende:

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.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> Ibid., p. 115.

<sup>30</sup> Senador Sebastião Rocha é médico de formação, foi relator do Projeto de Lei que pretendia regulamentar o exercício da acupuntura com a finalidade de dar exclusividade ao profissional médico o exercício da acupuntura.

<sup>31</sup> Ibid., p. 115.

Diante desses discursos, o que se destaca é a repetição dos discursos prévios a tramitação do projeto de lei. Assim, como o Presidente do CREMERJ defendia a urgência de criar uma lei para delimitar o ato médico, parlamentares defendiam esse mesmo posicionamento nos seus discursos expressos durante a atividade parlamentar. Quando o Senador Fogaça diz que “[...] é necessário definir o Ato Médico” não apresenta qualquer diferença as defesas feitas por representantes da medicina. Nota-se uma aceitação as definições de ato médico que foram descritas por França (1994, 2000), Miranda de Sá (2000); Grisard (2002); Rezende (2009).

Contraopondo-se a esse conceito de ato médico, 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 uma posição contrária à aprovação do PLS n.º 25/02. Pois, na opinião de Margarete Paiva, Conselheira do Conselho Federal de Psicologia, contextualiza o

[...] 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 (PAIVA, 2005).

Na mesma publicação do CRP, temos a manifestação da Presidente do Conselho Federal de Serviço Social, Léa Lúcia Cecílio Braga, que se posicionou de forma contrária ao PLS n.º 25/02 por entender que

[...] o Ato Médico invade a seara de outras profissões já regulamentadas na área de saúde e tenta de forma corporativa por alocar aos médicos a exclusividade 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 (BRAGA, 2005).

Nesse mesmo jornal a Presidente do Conselho Federal de Nutrição, Rosane Maria do Nascimento da Silva, apresenta uma visão semelhante. Em seu entendimento

[...] 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 (SILVA, 2005).

Em outro canal de comunicação, externou-se outro discurso contrário à proposta de regulamentação da medicina em que se firmava um discurso terminativo com os seguintes dizeres – “não ao ato médico e sim a saúde”. Essa postura representou o aprimoramento de uma estratégia com a finalidade de confrontar com a iniciativa médica. O Presidente do Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina, Celso Tondin em uma reportagem do Diário Catarinense (também disponibilizada no meio digital), qualificou esse discurso ao defender que:

Nós somos favoráveis à regulamentação, mas não dá forma como está elaborada. Com esse projeto, as pessoas teriam que passar sempre pelo diagnóstico de um médico antes de ser encaminhada para outros profissionais e a prescrição de medicamentos seria feita exclusivamente por médicos. Para dar um exemplo bem simples, uma enfermeira não poderia aplicar uma vacina sem uma prescrição (TONDIN, 2010).

A fala de TONDIN (2010) seguiu a mesma lógica de discurso da medicina (FOUCAULT, 2005), replicou-se entre os

membros das corporações contrárias as definições de ato médico. Esse posicionamento reconhecia a legitimidade da medicina em querer regulamentar a sua profissão conforme defendida por autores da sociologia das profissões (FREIDSON, 1996, DINIZ, 2001, BONELLI 1999, PIRES, 1998), mas estabelecia uma oposição ao seu conteúdo que apontava interferências a autonomia de outras profissões (fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, etc.) fosse seriamente comprometida.

Outro ponto defendido por Tondin (2010) e que se estendeu aos trabalhadores do SUS, foi a defesa pela integralidade da atenção à saúde. Defendeu que a

[...] saúde é essencialmente multiprofissional. Esse projeto [...] fere os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que preserva o atendimento integral à população (TONDIN, 2010).

Contraopondo-se a essas falas, o Presidente do CFM, o médico Roberto D'ávila<sup>32</sup> em uma entrevista concedida ao portal de notícias “infonet” do Estado de Sergipe, desqualifica o discurso de oposição ao projeto de lei e interpreta a situação de debate que envolve o ato médico, nos seguintes termos:

Observo com preocupação esses impasses<sup>33</sup>, porque vejo que são grupos isolados de algumas profissões como psicologia, fisioterapia e muito mais isolado da enfermagem que são contra o ato médico. Na verdade, existem questões internas, corporativistas, disputas de poder ou até mesmo questões ideológicas, no sentido de desqualificar o médico, tirando assim o mesmo da assistência à saúde (D'ÁVILA, 2010).

---

<sup>32</sup> Roberto D'ávila circulou no Congresso Nacional por diversas vezes.

<sup>33</sup> O Presidente do CFM coloca a palavra impasse para tentar desqualificar que as questões polêmicas do projeto de lei levantadas pelos contrários a matéria, como, por exemplo, a determinação de exclusividade médica o estabelecimento do diagnóstico nosológico.

A análise dos discursos (FOUCAULT, 2007) dos representantes da Psicologia, Serviço Social e Nutrição proporciona uma visão mais ampla dos aspectos utilizados como forma de fazer oposição ao projeto de lei. Do mesmo modo, ao avaliar o discurso do Presidente do CFM, aponta-se a finalidade de desqualificar a mobilização contrária ao processo de regulamentação legal da medicina ao resumir as questões envolvidas como sendo inerentes ao corporativismo das profissões que se sentiram desrespeitadas, isto é, articula-se a construção de seu discurso (FOUCAULT, 2005) por meio de uma escolha de critérios que se dirigem para ocultar as reais intenções e omitir os possíveis problemas a serem gerados na organização dos sistemas de saúde como se pode interpretar a partir das exclusividades a serem concedidas a categoria médica. Entretanto, todos esses desempenharam um importante papel na formação dos discursos parlamentares e a estruturação das articulações políticas.

Muito embora se tenha o conhecimento de que os pontos defendidos pelos profissionais da saúde não foram suficientes para que o parlamento reprovasse o projeto de lei do ato médico, pode-se dizer que eles serviram para alertar o poder executivo federal quanto aos possíveis efeitos do referido projeto. Nessa perspectiva, os representantes da Psicologia valorizaram o contexto com que o conceito de saúde na atualidade está estabelecido quando disse que “[num] momento em que as concepções de saúde e doença avançam em todo o mundo [...] surge uma proposta retrógrada (PAIVA, 2005)” que se complementa com a defesa de que “[...] saúde é essencialmente multiprofissional. Esse projeto [...] fere os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (TONDIN, 2010). Referem-se à organização da saúde pública no Brasil e de outros países, por consequência, deixa subentendido a importância do trabalho em equipe, dos princípios do SUS estabelecidos pela lei n.º 8080/90 e da necessidade de se preservar a autonomia profissional conquistada por cada uma das profissões que alcançaram a regulamentação formal e legitimaram as suas práticas através do exercício profissional nas ações integradas do Sistema Único de Saúde.

Ao mesmo tempo, a representante do Conselho Federal de Serviço Social alerta para a invasão nas fronteiras profissionais a serem feitas pelos médicos diante da provável vigência da lei que determina inúmeras atribuições profissionais comuns a mais de uma profissão e estas serem transformadas em exclusivas às atividades médicas. Portanto, ressalta que “[...] o Ato Médico invade [...] a seara de outras profissões já regulamentadas na área de saúde [...]” (BRAGA, 2005). Assim como Braga (2005), a representação dos nutricionistas posiciona a sua profissão através da descrição de seu espaço profissional e o conecta com a política pública em saúde do nosso país – Sistema Único de Saúde. Afirma que “[...] temos consciência do nosso espaço, em consonância com os preceitos do SUS [...]” (SILVA, 2005). Esta ligação, apontou-se como sendo mais pertinente a lógica de Foucault (2005) no que diz respeito à construção de um discurso destinado ao exercício de poder. Em palavras mais diretas, os posicionamentos de Paiva (2005) e de Silva (2005) apresentam uma maior consistência quando comparados com a polêmica relacionada à invasão profissional. Isto porque a construção desses discursos se encontrava mais próximo do cuidado com a vida, chamam mais a atenção, o que para Foucault (1988) corresponde a aderência de poder por estar relacionado com o local em que o poder se investe – a vida.

Pode-se assim concluir que as disputas profissionais se apresentaram como responsáveis pela organização de grupos antagônicos – contrários e favoráveis ao projeto de lei que tramitou por onze anos no Congresso Nacional. Portanto, recorre-se a aplicação do conceito de campo de Bourdieu (2005) com intuito de aproximar conceitos, cenários, atores, relações e, associá-los com a finalidade de contextualizar a análise e entender os significados das decisões e das articulações políticas que envolveram esse processo. Justifica-se essa escolha por constatar que os locais que ocorreram as decisões foram as Casas Legislativas (Senado Federal e Câmara dos Deputados) e o Gabinete da Presidência da República. Entretanto, a mobilização desses agrupamentos profissionais foi a responsável pela construção de espaços sociais onde as ações individuais e coletivas empreendidas, seguiram uma normatização, criada e transformada constantemente por suas

próprias ações (através dos discursos formulados por representantes das categorias profissionais). Portanto, evidencia-se que os interesses que se encontravam em disputa foram apresentados por seus defensores e seguiram um direcionamento corporativo, responsável por unir as categorias em busca de um objetivo comum.

Assim como entende Bourdieu (2005), esses interesses foram dispostos em uma lógica própria, relacionada com a maneira que suas defesas se desenvolveram. A medicina foi a mais eficiente em conseguir que seus interesses fossem validados pelo Congresso Nacional, conquistou essa aprovação ao defender que necessitava de uma lei para regulamentar a sua profissão. Entretanto, esse interesse não se consolidou no texto da Lei nº 12.842/13 de 10 de julho de 2013, em função dos vetos presidenciais que, de certo maneira, representam a concordância com as posições defendidas por aqueles que se mostraram contrários ao projeto de lei e souberam sensibilizar o poder executivo na importância de impedir os possíveis efeitos danosos da lei através de um discurso que se pautou na valorização e/ou preservação da política pública em saúde mais importante de nosso país, estabelecida na Constituição Federal e regulamentada pela Lei nº 8080/90.

Por essa percepção, entende-se que o ato médico constitui um movimento da categoria médica, sendo de natureza reivindicatória (FREIDSON, 1996, DINIZ, 2001, BONELLI 1999, PIRES, 1998), caracterizado na exigência de uma lei capaz de garantir uma condição privilegiada aos médicos, principalmente, no desempenho de suas atividades profissionais nos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, esse processo recorreu as construções históricas da profissão ao promover a valorização de sua identidade, de seu capital simbólico, de sua autoridade e por recorrer a procedimentos já conhecidos pela profissão. Afinal, nenhuma outra profissão foi tão perspicaz em reivindicar suas posições junto ao Estado e ter seus pleitos atendidos como a medicina (MACHADO, 1996), muito por desempenhar a sua força, caracterizada pela capacidade de obter o reconhecimento de sua importância na sociedade e de se estabelecer alianças com o Estado (DINIZ, 2001).

Entretanto, as evidências apontam que parte do insucesso da medicina na trajetória da sua regulamentação esteja relacionada com a real condição legal. Pois, quando seus defensores tanto nos espaços profissionais quanto no parlamento, apontavam a inexistência de uma lei que a definisse, estabelecia-se uma verdade ao seu discurso de grande repercussão, atendia-se a um dos princípios defendidos por Foucault (2005) em que aponta o exercício de poder nessa construção por meio de estratégias que facilitam a sua incorporação por critérios que atendam a sua inserção no contexto social. Isto é, tinha um enunciado com forte apelo na sociedade bem como no parlamento. Assim, a condição legal da medicina apresentada consistia em um forte argumento para todos que desejavam a aprovação do projeto de lei ao mesmo tempo que se omitia a sua configuração em termos de regulamentação. Pode-se observar que no Quadro 2, a disposição das profissões regulamentadas na área da (reconhecidas em lei pelo Estado) que desempenham o princípio da auto-regulação desde a vigência das suas respectivas leis. Dentre essas, a medicina se encontra grifada pelo autor.

<b>Profissão</b>	<b>Norma Regulamentadora</b>
Assistente Social	Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993 - Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.
Biomédico	Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1982 - Dispõe sobre o desmembramento dos Conselhos federal e Regionais de Biomedicina e de Biologia. Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de Biomédico de acordo com a Lei nº 6.684, de 03 de setembro de 1979 e de conformidade com a alteração estabelecida pela Lei nº 7.707, de 30 de agosto de 1982.
Educação Física	Lei nº 9.696, de 01 de setembro de 1998 - Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Educação Física e cria o respectivo Conselho Federal e Regionais de Educação Física.
Enfermagem	Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e

	Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498/86.
Fisioterapia e Terapia Ocupacional	Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969 – Prevê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975 – Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências.
Farmacêutico	Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960 - Cria o Conselho Federal e os Conselhos regionais de Farmácia, e dá outras providências. Decreto nº 85.878, de 9 de abril de 1981 - Regulamenta a Lei nº 3.820/60.
Fonoaudiólogo	Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981 - Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Decreto nº 87.218, de 31 de maio de 1982 - Regulamenta a Lei nº 6.965/81
<b>Médico</b>	<b>Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 - Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.</b> <b>Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 - Aprova o regulamento do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicina a que se refere a Lei nº 3.268/57.</b> <b>Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981 - Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.</b>
Nutricionista	Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978 - Cria os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, regula o seu funcionamento, e dá outras providências. Decreto nº 84.444, de 31 de janeiro de 1980 - Regulamenta a Lei nº 6.583/78. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991 - Regulamenta a profissão de Nutricionista e

	determina outras providências.
Odontologia	Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964 - Institui os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia e dá outras providências. Decreto nº 68.704, de 04 de junho de 1971 - Regulamenta a Lei nº 4.324/64. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966 - Regula o exercício da odontologia.
Psicologia	Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962 - Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Decreto-Lei nº 706, de 25 de julho de 1969 - Estende aos portadores de certificado de curso de pós-graduação em psicologia e psicologia educacional, o direito assegurado pelo art. 19 da Lei nº 4.119/62. Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971 - Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências. Decreto nº 79.822, de 17 de junho de 1977 - Regulamenta a Lei nº 5.766/71.

**Quadro 2:** Disposição das profissões regulamentadas da área da saúde

Fonte: Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em:

<http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/regulamentacao.jsf#e>

Acesso em: 01 abr.2017.

Nota-se também que a oposição feita ao projeto de lei se formou na defesa da autonomia profissional, desempenhada por representantes de algumas profissões da saúde que se sentiram ameaçadas na provável aprovação do projeto de lei que continha a previsão de atos a serem privativos que na atualidade se encontravam consolidados no âmbito de suas práticas profissionais. Mas, de fato, o que se temia era a perda da autonomia. Estava de acordo com a possibilidade de estabelecer uma dependência a atuação médica para o exercício profissional. Essa, era leitura que se fazia de parte do texto que apontava a exclusividade aos médicos na determinação do diagnóstico das doenças (nosológico) e da respectiva indicação terapêutica. Pode-se então perguntar: por qual motivo não se destacou a condição real da sua regulamentação? A resposta se encontra no

mesmo fundamento que essas profissões se articularam pela não aprovação do texto do projeto de lei do ato médico. A movimentação da medicina era tão legítima quanto as suas próprias, tratava-se de disputas por espaços profissionais (FREIDSON, 1996, DINIZ, 2001, BONELLI 1999, PIRES, 1998). A grande diferença desse processo foi a abrangência da proposta de regulamentação de uma profissão. Certamente, essa disposição legal da medicina influenciou a atitude da Presidência da República em vetar os pontos considerados prejudiciais ao SUS. O que será abordado no próximo tópico desse capítulo.

### **3.3 O Debate Legal e o Veto Presidencial**

Como todo projeto de lei que o Congresso Nacional aprova nas suas Casas Legislativas (Senado Federal e Câmara dos Deputados), a sua última avaliação é feita pela Presidência da República na fase chamada sanção presidencial. Trata-se de uma atividade exclusiva do Presidente da República no exercício de suas atribuições<sup>34</sup>. Esse resgate é oportuno por esclarecer os fatos que ocorreram entre a aprovação do Projeto de Lei do Ato Médico pelo legislativo e a sanção parcial do texto com a promulgação da Lei nº 12.842/13 de 10 de julho de 2013. O Conselho Federal de Medicina através de seu site institucional descreve esse momento:

[...] Em junho de 2013, o plenário do Senado aprova o PLS 268/02. Texto vai à sanção presidencial. No mês seguinte, a lei que disciplina o exercício da medicina no país / Lei 12.842/13 é sancionada pela presidenta Dilma Rousseff com dez vetos, mantidos pelo Congresso (CFM, 2014).

A partir dessa narrativa, surge um contexto a ser

---

<sup>34</sup> § 1º do art. 66 da CF.

estudado a partir de suas características de conteúdo, de discurso adotado pelo Estado e do respaldo jurídico utilizado.

Assim, pergunta-se:

Quais foram os pontos vetados pela Presidenta Dilma Rousseff?

Em que se baseou o discurso de defesa para aplicação dos vetos presidenciais?

Houve algum instrumento jurídico (lei, artigo da constituição) que respaldou a decisão de vetar uma matéria aprovada com grande apoio parlamentar?

Acredita-se que ao analisar a Mensagem do Veto (Mensagem nº 287, de 10 de julho de 2013<sup>35</sup>) e a Lei nº 8080/1990<sup>36</sup>, por meio da abordagem arqueológica dos discursos envolvidos (FOUCAULT, 2007), articulado com os referenciais teóricos, associado a interpretação das diretrizes profissionais da área da saúde e pela convergência desses aspectos, pode-se formar um contexto capaz de responder essas perguntas e, com as suas respostas, definir os significados dessa última parte do projeto de lei do ato médico.

A matéria publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2004) apenas menciona a ocorrência dos vetos durante a aprovação do projeto de lei do ato médico, sem descrever

---

<sup>35</sup> Brasil. Mensagem nº 287, de 10 de julho de 2013, publicada no site da Presidência da República. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2014/2013/Msg/VEP-287.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2014/2013/Msg/VEP-287.htm)> Acesso em 01 de Mar./2014

<sup>36</sup> BRASIL. Lei nº 8080 de 19/09/1990 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>> Acesso em 04 de Mar./2012

maiores detalhes. Dessa forma, destaca-se a disposição (enunciado/conteúdo) no Quadro 3 dos dez itens vetados:

<b>Enunciado</b>	<b>Conteúdo</b>
<b>Inciso I do caput e § 2º do art. 4º</b>	<p>“I - formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;”</p> <p>“§ 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.</p>
<b>Incisos VIII e IX do art. 4º</b>	<p>VIII - indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário;</p> <p>IX - prescrição de órteses e próteses oftalmológicas;”</p>
<b>Incisos I e II do § 4º do art. 4º</b>	<p>I - invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos;</p> <p>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;”</p>
<b>Incisos I, II e IV do § 5º do art. 4º</b>	<p>I - aplicação de injeções subcutâneas, intradérmicas,</p>

	<p>intramusculares e intravenosas, de acordo com a prescrição médica;</p> <p>II - cateterização nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical, e venosa periférica, de acordo com a prescrição médica;</p> <p>IV - punções venosa e arterial periféricas, de acordo com a prescrição médica;</p>
<b>Inciso I do art. 5º</b>	I - direção e chefia de serviços médicos;

**Quadro 3:** Disposição do conteúdo dos dispositivos vetados pela Presidenta Dilma Rousseff na sanção da Lei nº 12.842/13 de 10 de julho de 2013

Fonte: Brasil. **Mensagem nº 287**, de 10 de julho de 2013, publicada no site da Presidência da República.

De todos os itens vetados pela Presidenta da República, o que mais repercutiu foi a exclusão do Inciso I do caput do art. 4º. Trata-se da concessão de exclusividade aos médicos na formulação de diagnóstico das doenças (nosológico) e na determinação da respectiva prescrição terapêutica. Representou um desejo da corporação em impor o seu fazer em saúde pela lei, isto é, em resumir a complexidade saúde-doença-corpo através de seus aspectos biológicos (MELO & BRANT, 2005) ao restringir espaços profissionais em favor da medicina (FREIDSON, 1996, DINIZ, 2001, BONELLI 1999, PIRES, 1998) de uma forma exagerada. Portanto, essa medida evitou um grande problema para a saúde do país, impediu a validação do conceito de ato médico e, por consequência, impediu que o perfil profissional do médico fosse reconhecido em ser o único capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde (FRANÇA, 1994;

MIRANDA DE SÁ, 2000; GRISARD, 2002; REZENDE, 2009) de forma autônoma (FREIDSON, 1996, DINIZ, 2001, BONELLI 1999, PIRES, 1998), de tal forma que nem sequer reconhecesse a competência de outros profissionais, mesmo que esses tenham conquistado o reconhecimento técnico-científico, social e político para o exercício de atividades apontadas como privativas à medicina.

Considera-se então, que essa medida corrigiu a lei por não permitir a ação desse dispositivo e suas consequências. O governo preservou o discurso de Estado firmado na Lei nº 8080/90 e na Constituição Federal em seu art. 198 por defender o respeito ao cumprimento desses fundamentos legais, não permitindo o surgimento de barreiras ao acesso à saúde (aos serviços de saúde). Recorre-se então ao texto do Art. 7º da Lei nº 8080/90 para análise posterior:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Observa-se que esse veto atuou em benefício a manutenção da aplicação dos princípios I, II e IV do Sistema Único da Saúde. O princípio da universalidade tão perseguido nos programas assistenciais poderia ser atingido fortemente. As consultas médicas de admissão passariam a ser obrigatórias

para todas ações profissionais na assistência à saúde. A repercussão também se aponta ao conceito de assistência integral em saúde. As equipes do tipo integração do SUS não poderiam funcionar do modo que estão organizadas, o aumento da hierarquização na saúde prejudicaria a integralidade (PEDUZZI, 2001). Por consequência, a assistência à saúde teria que ser estruturada com mais médicos na rede pública, ocupando espaços sem a garantia da efetividade do exercício profissional. O discurso de justificativa da Presidência da República representa uma síntese dos pontos especificados. Pois, o governo aponta que

O texto inviabiliza a manutenção de ações preconizadas em protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas no Sistema Único de Saúde e em rotinas e protocolos consagrados nos estabelecimentos privados de saúde. Da forma como foi redigido, o inciso I impediria a continuidade de inúmeros programas do Sistema Único de Saúde que funcionam a partir da atuação integrada dos profissionais de saúde, contando, inclusive, com a realização do diagnóstico nosológico por profissionais de outras áreas que não a médica. É o caso dos programas de prevenção e controle à malária, tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. Assim, a sanção do texto poderia comprometer as políticas públicas da área de saúde, além de introduzir elevado risco de judicialização da matéria.

Portanto, a determinação em vetar a exclusividade à atribuição médica do diagnóstico nosológico e da prescrição terapêutica, bem como a sua manutenção pelo Congresso Nacional, representou a atenção devida ao Art. 2º da lei nº 8080/20 que diz que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. De fato, a vigência desse item estaria em desacordo com esse direito e com o cuidado em prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício em função desses possíveis danos como “comprometer as políticas públicas

da área da saúde” com a possibilidade desse item ser válido.

Esse entendimento se estendeu aos demais dispositivos retirados do texto. A condição do posicionamento da Presidenta Dilma Rousseff aponta para a motivação comum existente entre eles – garantir uma exclusividade de exercício aos médicos – em situações escolhidas pela corporação médica. Os vetos impediram que a população fosse atingida de diversas formas: na liberdade de escolha entre profissionais considerados habilitados as condições que se encontravam limitadas pela lei; na manutenção de programas assistenciais já consagrados pelo SUS em que a presença médica é dispensável, no livre exercício da acupuntura e da optometria, são algumas dessas condições. Portanto, o princípio de se atender em benefício da coletividade, conforme consta na mensagem, foi atingido. O conteúdo dos vetos se encontrava na ação política de preservar as políticas públicas em saúde, ao preferir priorizar o SUS em detrimento das expectativas da categoria médica. Conclui-se que os discursos foram baseados na defesa dos dispositivos legais já consolidados na organização dos serviços de saúde em nosso país.



## **4 ALÉM DO CORPORATIVISMO: POLÍTICAS DE SAÚDE EM DISPUTA**

No capítulo anterior, observa-se que os vetos presidenciais foram apresentados como motivo principal a contradição entre partes do projeto de lei do ato médico com alguns princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, aponta-se à necessidade de problematizar os pontos vetados, bem como contextualizar o projeto político que orienta o SUS no Brasil com intuito de estabelecer significados acerca dessa articulação política, responsável por restringir os anseios médicos, isto é, impedir a efetivação do fazer médico, materializado em uma definição de ato médico que se fundamentava no tratamento das doenças. Assim, sem a pretensão de tratar da história da constituição desse sistema público de saúde, procura-se analisar como as práticas de seus profissionais, exerceram influência sobre o poder estatal durante a análise final dessa matéria, anteriormente aprovada com grande apoio do poder legislativo.

Contudo, procura-se qualificar essa postura do governo federal, que através de um discurso de preocupação com os programas assistenciais de saúde em curso, tratou de intervir pela manutenção dos parâmetros que orientam essa política pública que transita nas relações de poder sobre a vida no âmbito da população brasileira, em um cenário de intensa disputa por espaços profissionais, onde se tinha a categoria médica como a requerente por melhores condições nas suas relações.

Consequentemente, há que se destacar o modo com que a atuação dos profissionais no contexto do SUS foi construída. Fundamentou-se a partir da valorização de seus métodos através da ampliação do conceito de saúde. As suas bases conceituais formaram-se na medida que se edificava um conjunto de ações políticas, lideradas por profissionais da saúde, pesquisadores e representantes da sociedade civil que no âmago de suas articulações, instrumentaram, tanto técnica quanto cientificamente, a importância do cuidado em saúde baseado em

práticas sanitárias, contextos sociais e complementariedade de saberes. Esse movimento, iniciado a partir da década de 70 do século passado, criou uma série de argumentos que fomentaram a própria política de Estado no âmbito da saúde, garantiu-se o acesso universal por meio da elevação da saúde como um direito social no texto constitucional e a posterior regulamentação das atividades assistenciais em todos os níveis de complexidade concedida pela Lei nº 8080/90. (DONNANGELO, PEREIRA, 1979; NUNES, 1983; MELO, 2002).

Cabe ressaltar que o texto constitucional garantiu a configuração do sistema público de saúde na dimensão de sua organização do trabalho em suas unidades. O trabalho em equipe no âmbito do SUS se estabeleceu dentro de uma perspectiva institucional, distante de uma condição eletiva por parte de seus gestores, isto por se tratar de uma disposição constitucional, responsável por uma prática diferente do modelo biomédico, caracterizada pela valorização das doenças nos seus aspectos biológicos (PEDUZZI, 2001). Atenta-se então a redação do Art. 198 da Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

De acordo com essa determinação, acrescida da disposição legal contida no art. 6º da Lei nº 8080/90, percebe-se a aplicação do conceito de integralidade na saúde como o ponto central na organização dos campos de atuação. Nesse contexto, inseriu-se os princípios doutrinários do sistema no contexto das práticas profissionais de todos os seus integrantes, através de uma divisão de trabalho que preconizou uma disposição burocrática com papéis e funções estabelecidos por critérios de

competência e atribuição profissional (FREIDSON, 2009). A universalização do acesso à saúde e a equidade na atenção promovida nos seus programas tornam-se parâmetros comum a todos (BRASIL, 2011a).

Por essa via, iniciou-se o movimento para ultrapassar os limites da clínica, cujo propósito era um fazer em saúde a partir do “mundo da vida”, um fazer que transcende o objeto, a razão “pura”, buscando entender a complexidade das relações sociais para além das “ações clássicas” do campo da saúde, ações essas verticalizadas em torno das práticas educativas que, normalmente, negligenciam o saber constitutivo dos sujeitos sociais com os quais se trabalha. Construía-se uma oposição crítica ao naturalismo do saber médico hegemônico a partir do exercício da política pública em saúde estruturada na aplicação de sua lei orgânica (Lei nº 8080/90) (PAIM, 1995; CANESQUI, 1995).

Segundo Paim, Almeida Filho (1998), o SUS permitiu que as suas ações fossem efetivadas a partir dos preceitos da saúde coletiva, ao consagrar a articulação teórica do campo da saúde com o das ciências sociais, consolidando as suas práticas por meio de explicações, justificadas pela ciência e através da apropriação do processo saúde-doença na sua multicausalidade. Estabeleceu uma prática científica rigorosa e competente, crítica e sensível às desigualdades sociais do povo brasileiro. Tornou-se possível redefinir os conceitos de saúde/doença e de Estado ampliado, buscar mudanças qualitativas e conquistas sociais para a maioria da população e estruturar o sistema de saúde criado com a finalidade de atender essas necessidades e aspirações da população (NUNES, 1985; MINAYO, 1991).

De acordo com Weber (2011) o SUS como uma política pública de assistência à saúde conduziu para uma mudança paradigmática ao priorizar à atenção básica nos seus programas. Essa condição foi responsável pelos importantes resultados alcançados nos indicadores de saúde, tais como: aumento da expectativa de vida, o melhor controle da taxa de natalidade, a redução da mortalidade infantil e a redução de endemias/epidemias (BRASIL, 2006). Conseguiu atingir mais de

110 milhões de pessoas através de seus agentes comunitários de saúde e promover o atendimento assistencial em saúde em 87 milhões de indivíduos, atendidos por 27 mil equipes de saúde e se estabeleceu em 95% dos municípios brasileiros.

O ser humano “alvo da ação” passa a ser observado na sua integralidade e não mais fragmentado em aparelhos e sistemas pelo modelo clínico (DENTI, 2000). O profissional da área quer sejam médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas ou outros, desenvolvem as suas ações no modelo de atenção integral à saúde fundamentado nas práticas estruturadas pelo SUS, participando ativamente de sua construção (SCHMIDT *et al*, 2003). Em outras palavras, o cuidado da saúde da população brasileira é feito, preferencialmente, por uma rede de equipes de saúde, que agem de forma multiprofissional, interdisciplinar e até, em alguns casos, transdisciplinar; nos milhares centros e postos de saúde bem como hospitais (incluindo os universitários), laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa (PEDUZZI, 2001).

Portanto, a concepção do trabalho em saúde priorizada pelo SUS aponta para o regramento da coletividade, realizada por diferentes profissionais de acordo com suas competências e habilidades (PIRES, 1998), atrelada ao cumprimento de seus princípios doutrinários, promovendo a construção de um ideário político a partir das suas práticas ao valorizar o contexto da atenção à saúde em uma dimensão mais ampla que o tratamento das doenças (MINAYO, 1991). Assim, entende-se que a configuração do trabalho desempenhado no contexto do SUS direciona à necessidade de relacionar as suas propriedades com os discursos remetem a importância da vida no contexto das decisões políticas.

Esse entendimento recorrente nos discursos de diversos autores (AGAMBEN, 2004; ARENDT, 2010; FOUCAULT, 1998, 2001, 2008), ratifica a importância dos aspectos biológicos na contemporaneidade, como local em que o poder se inicia nas sociedades, inclusive na brasileira. Pois, entende-se que o governo brasileira ao constatar a vigência de uma política pública em saúde, tratou de estabelecer uma defesa de seus

parâmetros, percebe-se então, o reconhecimento e a valorização dessa condição de exercício do poder junto à população através da preservação de normas fundamentadas em dados estatísticos (epidemiológicos), construída em um sistema de saúde composto por um conjunto de agências e agentes cuja a finalidade se encontra no estabelecimento de garantias à saúde da população (PAIM, 2015), e por consequência, o controle de suas ações através de normas sobre essa coletividade deveria ser mantida.

Nesse contexto, vida e morte adquirem um estatuto eminentemente instrumental, uma vez que dizem a respeito da forma com que ocorre o funcionamento do corpo e suas condições de existência. Nesse sentido, a morte passa a ser considerada como um fato preciso e localizável no corpo, seja como fenômeno que diz respeito à falência dos órgãos ou, segundo o conceito mais recente, pela declaração do estado de morte encefálica e a vida passível de controlada e determinada em termos de sua finitude. Em síntese, vida e morte deixam de ser considerados como eventos naturais, entram no âmbito político. Assim, da morte, as suas feições estavam mais preocupadas na forma de execução e na seleção dos eleitos à execução e a vida a preocupação de adequação as normas por todos os vivos (PINHEIRO, 2006).

De modo concomitante, CANGUILHEM (1995) em suas argumentações acerca de vida e morte, as colocam como interligadas. Pois, segundo ele, considera-se que fazem parte dos movimentos da vida, que se caracterizam pelo estabelecimento das condições de sua manutenção e realização e, de outro, os movimentos que conduzem à destruição orgânica. A partir desse reconhecimento, a vida passou a ser considerada como pertencente a um processo de normatividade, onde a doença significa forma de vida inadequada, desvalorizada, exprime um modo de realização deficiente da vida, isto é, o saber médico começou a estabelecer normas à vida, enquanto que a doença passou a ser definida como limitação, impossibilidade, impotência do organismo em relação às necessidades de funcionalidade; portanto, de sobrevivência, dos quais somente os detentores desse saber poderiam vir a intervir em benefício à vida.

Em consonância com essa percepção, o governo federal empregou um discurso em defesa dessa política pública. Os vetos materializaram uma racionalidade de Estado, ou seja, adotou-se uma ação política que se aplicava por meio de um exercício de poder através de critérios próprios, balizados pela conveniência dos que exerciam o poder de Estado (FOUCAULT, 1999). De imediato, pode-se afirmar que não se tratou de uma vontade política desprovida de uma intencionalidade. Nota-se que na mensagem dos vetos, em todos os pontos, há uma articulação de argumentos que transitaram dos aspectos profissionais às condições de saúde envolvidas nas questões requeridas pelos médicos e, até então, referendadas pelo Congresso Nacional.

O discurso do governo federal concretizou o reconhecimento de importância da medicina ao sancionar grande parte do texto do projeto de lei que tratava da sua regulamentação, mas proferiu um juízo de valor, em algumas partes reconhecidas como danosas ao contexto da saúde, já consolidado, pelas práticas do SUS. Esse direcionamento ao SUS, no cerne de sua representação social e disposto nas dimensões de sua constituição, aponta por significados no contexto assistencial. Essa remete aos significados que envolvem o contexto de suas práticas, nas suas relações com a sociedade. Isto se justifica pelo entendimento que

[...] essa política de saúde é apresentada como um conjunto de instruções e atividades de atenção básica à saúde; porém, de fato, a sua dimensão biopolítica lhe confere uma representação ampliada de sua constituição. Representa, sim, uma política de Estado, uma estratégia para o setor saúde que carrega nos pressupostos de seu planejamento e nos efeitos de suas ações, todo um conjunto discursivo que representa as bases paradigmáticas do Brasil de bem-estar social que é configurado pela sua Constituição Federal de 1988 (WEBER, 2011, p. 871).

Ou seja, a racionalidade do governo brasileiro esteve ligada ao paradigma do exercício de poder no campo biológico. Atende-se aos critérios e condições com que a vida é interpretada na modernidade. Conforme Arendt (2010), a vida anteriormente explicada em determinações dogmáticas, transforma-se na natureza de suas significações e, passa a ser disposta num plano como a geradora das forças que explicam as origens dessa nova organização, geradora de redescobertas promovidas por aqueles estudiosos da antiguidade clássica. Para a autora, “a vida é o critério supremo ao qual tudo se subordina” (ARENDR, 2010, p. 324). Por essa lógica, defende o exercício da política no âmbito de suas ações tanto nos cuidados quanto aos limites impostos pelas fronteiras entre a vida e a morte. Refere-se o deslocamento da imortalidade da era medieval, à valorização dos parâmetros biológicos no centro dos interesses políticos. Portanto, o valor da vida na modernidade se modificou, deixa de ser divino e se estabeleceu a sua finitude. Aponta-se ainda a desvinculação das tradições judaico-cristãs, onde se suprime a contemplação e se inicia a mecanização da existência, isto é, a vida passa a ser objeto de controle. O sentido da vida se resume a satisfação das necessidades biológicas. Esses pensamentos de Hannah Arendt contextualizam a postura governamental de priorizar um sistema de saúde que proporciona serviços a um grande contingente da população do que atender uma reivindicação de uma corporação que embora faça parte dessa configuração de assistência à saúde, iria promover uma ruptura desse modelo que atende e exerce poder sobre a vida das pessoas.

Por sua vez, Agamben (2004), mostrou a confluência estabelecida entre a aceitação da vida nas relações de poder nas democracias modernas à categoria de “vida nua<sup>37</sup>”, admitindo que não era a condição de homem livre que se demonstrou como o novo sujeito da política, mas era o *corpus*. Contemporiza-se a condição que “são os corpos matáveis dos súditos que formam o novo corpo político do ocidente” (AGAMBEN, 2004, p. 131).

---

<sup>37</sup> Por inspiração aos conceitos estabelecidos por Walter Benjamin, Agamben refere-se a *vida nua* como sendo a vida que pode ser “matável e insacrável do homo sacer”, vida que se pode “deixar morrer” pela vontade do poder soberano.

Dessas argumentações de Giorgio Agamben, atenta-se a condição de que não se estava disputando por melhores condições de trabalho, disputava-se o controle das relações de poder junto aos serviços de saúde, isto é, a reivindicação médica envolvia um maior controle de sua prática profissional de tal forma que repercutia em outras profissões, mas também, na condição de acesso aos serviços oferecidos pelo SUS.

Demonstra-se ainda à atualidade do entendimento de Foucault (2000) acerca da aplicação do modelo de exercício de soberania por ele defendido nas relações de poder estabelecidas a partir dessa política pública. Confere-se a pertinência com o direito político transformado, isto é, no poder positivo de “fazer viver e deixar morrer” a partir da consolidação do SUS nas suas representações. Trata-se da assunção da vida pelo poder, da biopolítica como tecnologia desse poder.

Do mesmo modo, Foucault (1990) argumenta que a medicina vai ao encontro dessa concepção de modernidade, de controle sobre a vida, muito por poder representar (causar) um início da morte ou mesmo o término da vida. As suas propriedades permitem que durante o exercício profissional, sejam estabelecidos dispositivos de poder, ou seja, o controle sobre indivíduos e população. Visto que “[...] a história do homem não continua simplesmente a vida, nem a reproduz; até certo ponto, ela reassume a vida e pode exercer vários efeitos absolutamente fundamentais sobre seus processos” (FOUCAULT, 2010, p. 179). Entende-se que por meio da prática médica é possível o exercício de poder sobre a vida daqueles que são submetidos aos cuidados médicos. Pondera que o

[...] controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1990, p.47).

Surge então, um primeiro questionamento: por qual razão o governo se comportou dessa forma?

Em parte, essa atuação governamental se justifica por entender que essa política de Estado na sua representação, em termos constitutivos, pode-se conferir a sua condição biopolítica, por abrigar diversos serviços, dispostos em todos os níveis de complexidade na atenção à saúde (WEBER, 2011), conforme previstos em sua lei orgânica (Lei nº 8080 de 19/09/1990) (BRASIL, 2011a, PAIM, 2015), e por permitir a propagação de uma racionalidade centrada num modelo de impor normas à população através da prestação de serviços à saúde da população. Por essa via, percebe-se que os vetos significaram uma ação política (ARENDRT, 2010) liderada pela Presidência da República com a finalidade de proteger os dispositivos legais contidos na lei que regulamenta o SUS e nos artigos da Constituição Federal, obedecendo assim, uma racionalidade de Estado por levar em consideração a preservação das relações de poder através do seu exercício através de critérios oriundos do direito político da soberania a partir da modernidade (FOUCAULT, 1999).

Nota-se que durante a fundamentação da estratégia política desempenhada pela Presidência da República, há uma preferência pelo resgate de partes do texto da Lei nº 8080/90, embora de forma implícita. Os argumentos de defesa dos vetos foram feitos a partir da valorização do interesse público por meio da manutenção da vigência dos textos que normatizam a saúde de nosso país. Admitia-se que a proposição aprovada pelo Congresso Nacional continha um conjunto de itens normativos, capazes de constituir uma condição privilegiada aos médicos que se caracterizava pelo aumento da autoridade profissional dos membros dessa categoria médica e, conseqüentemente, tinha-se um grande potencial em modificar a configuração das relações profissionais entre médicos e demais profissionais da saúde, principalmente, em função da incompatibilidade evidenciada entre os novos atos privativos dos médicos e os dispositivos que normatizam a assistência na saúde prevista nessa lei.

Essa decisão política impediu a ascensão do interesse

profissional perseguido pela medicina. Tratou-se de eliminar uma possível ameaça constituída pela aprovação do poder legislativo de diversos atos postos como privativos aos médicos e que se apresentavam ou como consolidados por outros profissionais que atuam no sistema, ou nocivos à continuidade do tipo de assistência em saúde preconizada pelo poder público. Tinha-se além da perspectiva de fortalecimento da corporação médica, representando uma ameaça às estruturas organizacionais do Sistema Único de Saúde na medida em que desconsiderava a vigência da atenção integral baseada em um conceito amplo de saúde, perseguia-se a criação de uma centralidade da medicina, até então despercebida pela configuração preconizada pelo SUS. Impediu-se a troca da cooperação do trabalho em equipe para uma hierarquização das atividades profissionais a autoridade médica, na eminência de fortalecer uma relação de dependência (STARR, 1982). Todos os profissionais se tornariam dependentes da formulação do diagnóstico nosológico para exercer as suas atividades profissionais, até então, exercidas sem esse tipo de exigência (LOUZADA et al, 2007).

Por consequência, entende-se que as medidas governamentais simbolizaram uma defesa política da atenção integral na saúde, desempenhada por equipes multiprofissionais que se articulam por questões temáticas (CAMPOS, BARROS, CASTRO, 2004) e traduzem a opção pelo modelo sanitarista, referendado pelas práticas assistenciais construídas nos serviços do SUS. Os vetos valorizaram a manutenção dessa ampliação do conceito de saúde, consolidada nos diversos programas assistenciais. A justificativa dessa concepção de saúde está no reconhecimento das suas múltiplas necessidades (social, psicológica, biológica e cultural) e nas bases conceituais que fundamentam o exercício de sua promoção (NOGUEIRA, 2003) onde se entende que nenhum sujeito isolado pode realizar a totalidade das ações apresentadas por usuários individuais ou coletivos (SCHRAIBER *et al.*, 1999). Enquanto que a polêmica estabeleceu-se na imediata relação entre a natureza do objeto do projeto de lei preterido e seus significados para a vida das pessoas.

Pode-se relacionar a ação política do governo Dilma

Rousseff ao exercício de poder do Estado na consideração de seus aspectos biológicos (AGAMBEN, 2004; ARENDT, 2010; FOUCAULT, 1998, 2001, 2008), através da vontade expressa em seu discurso, de defender a configuração social e profissional dessa política pública em saúde, por considerar o SUS como uma política pública de Estado em que a estrutura burocrática que rege a sua organização (FREIDSON (2009) além de proporcionar um atendimento universal, obedece a uma lógica que o protagonista é o Estado nos desígnios dos papéis ocupacionais).

Assim, em uma racionalidade de Estado (FOUCAULT, 1999), o governo preferiu não conceder o seu protagonismo aos médicos. Acredita-se que isto se apresentou na consideração de duas possíveis situações: a primeira encontra-se na representação profissional dos dispositivos retirados pelos vetos em função do provável colapso de autoridade profissional junto as estruturas do sistema de saúde público (TONDIN, 2010) e; a segunda, na medida que se mudava o eixo decisório do SUS, saía das equipes profissionais à concentração de poder aos médicos.

Nesse cenário, entende-se “a biopolítica [como] [...] práticas pelas quais a sociedade capitalista buscou regular a saúde da população. [A maneira pela qual] [...] a saúde passou a fazer parte das tarefas do Estado (FARHI NETO, 2008, p.49)”. Esse contexto situa o próprio sistema público de saúde na sua constituição como uma estratégia biopolítica. Diante da sua finalidade, os seus princípios, o seu regramento por meio da estatística (estratégia consolidada pela saúde pública) e a própria constituição de sua representatividade social lhe qualifica a essa condição. Através da disponibilização dos de saúde, possibilita-se a consecução de um mecanismo de poder positivo em ações preventivas e curativas, eleitas por critérios normativos, em territórios considerados mais vulneráveis socialmente, isto é, percebe-se essa vigência contemporânea do poder soberano em que se encolher o público assistido na consolidação do “fazer viver” e também na condição de ausência desse poder, isto é, quem vai se “deixar morrer” (FOUCAULT, 1999), isto é, como “um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e

ordená-las mais do que barrá-las ou destruí-las Foucault (1988, p. 128).”. Portanto, os cuidados com a saúde da população também é um objeto de controle por parte daqueles que exercem funções diretivas. Trata-se de uma realidade incontestável e passível de ser associada a construção histórica do próprio sistema público de saúde. Tem-se nele a efetivação de um poder positivo, constituído para salvar vidas, ao mesmo tempo em que dita normas a serem seguidas pela população assistida.

Ademais, há que se concordar com Mitjavila (2015), quando atribuiu uma relação de pertinência entre o estudo de Rabinow, Rose (2006) e a atualidade do biopoder sob novas feições e significados. Nos dias atuais, as condições imprimem um caráter político ao substrato biológico do ser humano, tanto no âmbito individual como no populacional, não sendo, certamente, as mesmas que suscitaram o ingresso da vida, no que ela mais tem de somático, nos cálculos das intervenções políticas, científicas e técnicas impulsionadas no auge dos sonhos forjados pela razão científica a partir do século XX. Há uma ressignificação das ações de governos.

Por consequência, observa-se a contextualização do Sistema Único de Saúde e o respectivo direcionamento a uma reflexão em alguns pontos levantados pela ação governamental conforme essa nova perspectiva de exercício de poder sobre a população. O SUS, pelas suas ações e programas, pode ser considerado uma estratégia biopolítica por representar uma política de Estado dirigida a atenção à saúde da população, prevista na Constituição Federal e regida pela Lei nº 8080 de 19/09/1990, em que se considera a saúde como um direito social, de acesso universal. Tem-se então um outro ponto a esclarecer, o significado da constatação de risco a plena continuidade frente aos perigos que o projeto de lei do ato médico representava.

Segundo Farhi Neto (2008) o Estado costuma tomar providências em situações de perigo a suas organizações, além dos mecanismos tradicionais de segurança militar e jurídica, adota-se os procedimentos de segurança social, seguro-saúde,

seguro-desemprego, fundos de solidariedade, vigilância policial, prevenção da criminalidade para garantir além da segurança a estabilidade social. Portanto, o ato de preservar um sistema de saúde na sua integralidade reside na constituição de um mecanismo de proteção à saúde da população, um dispositivo de segurança (FOUCAULT, 1999, 2001, 2008), em função de a intervenção feita pelo agente do Estado teve como finalidade a construção de um quadro de estabilidade a estrutura estatal vigente no que tange a saúde da população.

Ao mesmo tempo, observa-se que o discurso e a ação política trataram de contemporizar a impossibilidade de vigência mútua entre a proposta aprovada pelo Congresso Nacional e a continuidade dos serviços prestados pelo SUS. Esse discurso expresso na mensagem dos vetos encaminhada ao Presidente do Congresso Nacional foi justificado pelas características da proposição médica e suas consequências. Apontou-se para a inconsistência dos atos privativos requeridos pelos médicos diante do contexto organizacional já consolidado pela política pública em saúde. Restringiu-se a vigência da condição de atribuição privativa aos médicos a tarefa de formulação do diagnóstico nosológico e da respectiva prescrição terapêutica, bem como a indicação do uso de órteses e próteses, a prescrição de órteses e próteses oftalmológicas; dentre outras, como sendo incompatíveis de serem aplicadas. Por consequência, todos os pontos vetados representavam, no campo das suposições, um risco ao aparato estatal centrado na atenção à saúde. A eminência de risco se encontrava diante da possível interrupção de determinado serviço em função da vigência de um ou mais pontos vetados pela Presidência da República. O que se justifica quando se resgata o papel do Estado nessas circunstâncias. Para Foucault (2001) a referência de um Estado a uma população se faz essencialmente sob a forma disso, do que se pode chamar de pacto pela segurança. Afinal, o Estado se consolida no imperativo que a população reconhece as suas ações e estas representam a estabilidade contra as incertezas do cotidiano.

O Estado toma para si a responsabilidade de organizar uma série de mecanismos capazes de reduzir as ocorrências

danosas ocasionais e controlar seus efeitos – entre eles estão, além dos tradicionais mecanismos de segurança militar e jurídica, os mecanismos de segurança social, seguro-saúde, seguro-desemprego, fundos de solidariedade, vigilância policial, prevenção da criminalidade. Trata-se de desenvolver os mecanismos capazes de apreender e regularizar os eventos aleatórios que, de algum modo, ameaçam a segurança de uma população (FARHI NETO, 2008).

Portanto, a Lei nº 12.842/13 de 10 de julho de 2013, sancionada com vetos, representa uma estratégia biopolítica, pois se estabeleceu no exercício do poder pelo Estado como cuidado com a vida da população, frente à virtualidade dos perigos que poderiam ameaçar a continuidade de todos os serviços prestados pelo SUS, trata-se então do exercício de uma modalidade contemporânea da função política por ter se utilizada como forma de dispositivo de segurança. Isto é, ficou demonstrado que o interesse profissional deveria ficar subjugado aos preceitos de uma política pública da saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese desse trabalho se comprovou em função do contexto em que se construiu o posicionamento do governo federal. O intenso debate entre favoráveis e contrários ao projeto de lei do ato médico favoreceu a construção de um cenário que expôs as divergências em torno do sistema público de saúde. Tanto médicos quanto os membros das demais corporações considerados como pertencentes às estruturas dos serviços oferecidos pelo SUS, apresentavam interesses corporativistas, isto é, estavam preocupados com as suas condições profissionais, em especial, a atenção nas possíveis alterações desencadeadas pela provável efetivação do pleito médico.

O discurso médico fomentou a necessidade de valorizar a criação de uma lei que regulamentasse a medicina sob forma de uma estratégia política dirigida a promover o resgate de sua autoridade profissional. Tinha-se a preconização do tratamento das doenças nas práticas assistenciais, colocada como um retorno ao modelo biomédico, este valorizado na sua proposta de regulamentação das atividades médicas. Apontava-se a indefinição do exercício da medicina como parte importante a ser corrigida pela aprovação da proposta apresentada no Senado Federal. Os seus representantes ignoravam, de forma proposital, a condição já conquistada de notoriedade e legitimidade desde a homologação estatal de suas atribuições e competências médicas a partir da criação de seus Conselhos Profissionais.

Por outro lado, observou-se a possibilidade da vigência de parte dos pressupostos previstos no projeto de lei e estes serem colocados como um instrumento de exercício do poder médico. A proposição continha elementos normativos que extrapolavam a determinação e definição do conceito de ato médico. O controle e a regulação das atividades profissionais em saúde de um modo em geral eram questões defendidas pelos médicos de modo implícito. O principal ponto interpretado como uma ameaça consistia na exclusividade médica prevista na determinação do diagnóstico das doenças (nosológico) e a respectiva prescrição terapêutica. Essa condição desencadeou foi responsável pelo descontentamento de profissionais como

nutricionistas, psicólogos, optometristas, fisioterapeutas, enfermeiros ao ponto desses se organizarem em função das possíveis mudanças geradas por um novo ordenamento que atingia a amplitude de suas autonomias profissionais. No entanto, essa questão profissional foi traduzida num discurso de defesa do próprio sistema público de saúde. Essa condição responde a condição com que os vetos foram construídos.

Há ainda que se considerar os aspectos constituintes da historicidade médica, os seus aspectos sociais revelam que o monopólio na saúde foi edificado a partir do contexto das enfermidades o que proporcionou a consolidação do contexto profissional de afirmação à condição hegemônica na atenção à saúde da medicina ao mesmo que explica a apropriação de argumentos dessa natureza nesse momento reivindicatório. Esse cenário chegou a transparecer uma certeza de êxito por parte dos defensores da proposta de lei. No entanto, os vetos representaram uma derrota para aqueles que estavam acostumados com a aprovação estatal de suas aspirações. O contexto formativo do SUS promoveu uma justificativa à contradição da vontade médica e se mostrou decisivo a fundamentação da ação governamental.

Portanto, a base teórica desenvolvida pelo modelo assistencial adotado pelo SUS foi o ponto de apoio do governo federal. Houve um convencimento da importância de se preservar a constituição das equipes já consagrada ao invés de promover uma ascensão da categoria médica nas estruturas públicas de saúde, sem a devida comprovação de eficácia aos serviços públicos. Por fim, entende-se o período como de extrema relevância para aqueles que compreendem a dimensão do trabalho em equipe preconizado pela Lei nº 8080/90, na consolidação de uma política pública que procura garantir o acesso à saúde como um direito social, diferente das concepções que almejam mais o lucro do que assistência integral.

## 6 REFERENCIAS

ABBOTT, A. **The System of Profession**. Chicago: The University of Chicago Press (1988) in: DINIZ, M. **Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais**. Rio de Janeiro: Revan, 2001. 192p.

AGAMBEN, G. **O Reino e a Glória: uma geneologia teológica da economia e do governo**. São Paulo: Boitempo, 2011. 125-157p.

ALTHOFF, G. Justificação do projeto de lei. In: BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 25 (2002)**. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/49554>>. Acesso em: 04 dez. 2002.

ARENDT, H. **A condição humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. 352p.

\_\_\_\_\_. **O que é autoridade?** In: ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2016.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2005. 361p.

BRAGA, L. C. C. In: NOBLAT, André. Projeto de lei que aumenta poder do Conselho Federal de Medicina é criticado. **JBoonline. Net**. Disponível em: <<http://www.jbonline.terra.com.br/papel/brasil/2002/11/23/jorbra20021123006.html>>. Acesso em: 04 fev. 2005.

BRANT, L. C. O Indivíduo, o Sujeito e a Epidemiologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 221-231, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao)> Acesso em: 21 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei 8080 de 19/09/1990**: que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>.

Acesso em: 04 mar. 2002.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 25 (2002)**. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/49554>>. Acesso em: 04 dez. 2002.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 25 Substitutivo (2002)**. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/53750>> Acesso em: 04 dez. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. 353p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)> Acesso em: 02 dez. 2003.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 0, n. 0, Seção I, p. 11.787, set. 1977.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 0, n. 0, Seção I, p. 3, set. 2011b.

CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as

desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 266-277, 2007.

CARDOSO, M. H. C. A. **A história e a medicina: os signos e os sinais**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 136-137p.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**. São Paulo, v.27, n.78, p. 7-26, 2013.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

COMISSÃO do Senado aprova projeto. **Jornal do CREMERJ**, Rio de Janeiro, v. XV, n. 147, p. 11, dez. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.634 de 11 de abril de 2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira – AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 0, n. 0, Seção I, p. 81, abr. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Constituição do CFM. Disponível em: [http://portal.cfm.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20671&Itemid=23](http://portal.cfm.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20671&Itemid=23). Acesso em: 03 fev. 2014

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: CREMESP-CFM, 2011.118p.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Lei do Ato Médico se consolida de forma positiva**. 12 de Março de 2014. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=art](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=art)

icle&id=24543%3Alei-do-ato-medico-se-consolida-de-forma-positiva&catid=3%3Aportal> Acesso em: 30 mar. 2014.

D'ÁVILA, R. L. In: VINICIUS, G. **Presidente do CFM defende Ato Médico em SE.** Disponível em: <<http://m.infonet.com.br/ler.asp?id=96059>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

DENTI, I. A. **Programa de saúde da família: da proposta à execução, um desafio para a reestruturação do serviço de saúde** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000. 146p.

DIAS, H. P. **Direitos e obrigações em saúde.** Brasília: ANVISA, 2002. 233p.

DINIZ, M. **Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais.** Rio de Janeiro: Revan, 2001. 192p.

DUBAR, C. **A Socialização: construção de identidades sociais e profissionais.** Porto: Porto Editora, 2005. 339p.

DURAND, J.C.G. A serviço da coletividade: crítica à sociologia das profissões. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p. 59-69, 1975.

ELEY, G. **Forjando a democracia, a história da esquerda na Europa, 1850-2000.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005. 766p.

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

FARHI NETO, L. Biopolítica como tecnologia de poder. **Revista Internacional Interdisciplinar: Interthesis**, Florianópolis, v.5, n. 1, p. 47-65, jan./jul. 2008.

FELDSTEIN, P.J. **Health Care Economics.** New York: Wiley Medical Publication, 1998. 541p.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.

FRANÇA, G. V. **Comentários ao código de ética médica**, 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 321p.

FRANÇA, G. V. **Liberalismo Médico**. In: FRANÇA, G. V. **Direito Médico**. 6a ed. São Paulo: Fundação BYK, 1994. 78-83 p.

FREIDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: A institucionalização do discurso e do conhecimento formais, in: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. ANPOCS: v. 11, n. 31, p. 141-154, jun. 1996.

FREIDSON, E. **Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Editora Unesp, 2009. 453 p.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 494p.

\_\_\_\_\_. L'herméneutique du sujet: our sau Collège de France (1981 – 1982). Paris. Gallimard, 2001. 396p.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 382p.

\_\_\_\_\_. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, v. 18, p. 167-194, 2010.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade I: a vontade do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 149p.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2004 a. 348p.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004 b. 241p.

\_\_\_\_\_. **A ordem do Discurso**. 8.ed. São Paulo: Loyola, 2005. 79p.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. 9.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990. 295p.

\_\_\_\_\_. **A Arqueologia do Saber**. 7.ed. Rio de Janeiro, 2008. 239 p.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: EDUSP, 1991. 156p.

GOODE, W. J. **The Theoretical Limits of Professionalization**. In: ETZIONE, A. **The Semi-Professions and their Organization**. New York: Free Press, 1969. 263-313p.

GRISARD, N.. **O ato médico e as outras profissões na área de saúde**. In: LUZ, N. W. da; OLIVEIRA NETO, F. J. de; THOMAZ, J. B. **O Ato Médico: aspectos éticos e legais**. Rio de Janeiro: RUBIO, 2002. 29-38p.

HOBSBAWN, E.J. **A era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Cia das Letras, 1995. 608p.

INCISA, L., 1986. **Corporativismo**. In: BOBBIO, N. **Dicionário de Política**. 2. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996. 287-291p.

IUNES, R.F. **Demanda e demanda em saúde**. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (orgs.). **Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995. 99-140p.

KEXKEa, A. In: AVANÇOS em oftalmologia. **Jornal do Cremerj**, Rio de Janeiro, v. XII, n. 117, p. 16, jun. 2000.

KEXKEb, A. In: CONSELHOS de medicina se reúnem no Rio. **Jornal do CREMERJ**, Rio de Janeiro, v. XII, n. 119, p. 12, ago. 2000.

LARSON, M. S. **The Rise of Professionalism**. Berkeley: University of California Press, 1977. 389p.

LOUZADA, A. P.; BONALDI, C.; BARROS DE BARROS, M. E. **Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas.** In: PINHEIRO, R.; BARROS DE BARROS, M. E.; MATTOS, R. (Org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007. 37-52p.

LUKES, S. **Power and Authority.** In: NISBET, R.; BOTTOMORE, T. A History of Sociological Analysis. New York: Basic Books, 1978. 486p.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** 3.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986. 295 p.

\_\_\_\_\_. **Natural, racional e social.** Rio de Janeiro: Campus, 1988. 203p.

\_\_\_\_\_. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 7, n.4, p. 108-128, dez. 1995.

\_\_\_\_\_. **Ato Médico: Conceito ético ou categoria ideológica? Não ao ato médico.** Disponível em: <[http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/ultimasnoticias.cfm?in\\_startrow=16](http://www.naoaoatomedico.com.br/paginterna/ultimasnoticias.cfm?in_startrow=16)> Acesso em: 14 mai. 2006.

MACHADO, M. H. (org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 193p.

MACHADO, M. H. **Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão,** 1996. Tese de Doutorado: Rio de Janeiro, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. 215p.

MACHADO, M. H. (coord.). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244p.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina:** crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003. 335p.

MELO, M. B.; BRANT, L. C. Ato médico: perda da autoridade, poder e resistência. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 14-29, mar, 2005.

MENELEU NETO, J.; SANTOS, J. B. F.; ANDRADE, J. T.; RODRIGUES, R. L.; PINHEIRO, C. H. L. **O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado.** Fortaleza: ROREHS-CETREDE/UFC/UECE, 2006. 39p.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes, estruturas em cinco configurações.** São Paulo: Atlas, 1995. 304p.

MIRANDA DE SÁ, L. S. M. de. Atos profissionais e atos médicos. **Medicina Conselho Federal – Jornal do CFM**, Brasília, v. XV, n.113, p. 8-9, jan. 2000.

MITJAVILA, M. R. Medicalização, risco e controle social. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 117-137, jun. 2015.

MITJAVILA, M.; ECHEVELESTE, L. **Sobre a Construção do Discurso Médico em Torno da Maternidade.** In: COSTA, A. U.; AMADO, T. Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo: Prodir/FCC, 1994. 283-300p.

MOORE, W. **The Professions: Role and Rules.** New York: Russel Sage Foundation, 1970. 315p.

NOBLAT, André. Projeto de lei que aumenta poder do Conselho Federal de Medicina é criticado. **JBonline. Net.** Disponível em: <<http://www.jbonline.terra.com.br/papel/brasil/2002/11/23/jorbra20021123006.html>>. Acesso em: 04 fev. 2005.

NOGUEIRA, R. P. **Da medicina preventiva à medicina promotora.** In: AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 175-183p.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. **Princípios do sistema de saúde brasileiro.** In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro - organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. 19-32p.

NUNES, H. B. In: VINICIUS, G. **Presidente do CFM defende Ato Médico em SE.** Disponível em: <<http://m.infonet.com.br/ler.asp?id=96059>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

PAIM, J.S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 148p.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, jan/mar. 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA NETO, A. F. **Ser Médico no Brasil: o presente no passado.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 231p.

---

\_\_\_\_\_ A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, out/dez. 1995.

PIRES, D. **A reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social; CUT: Annablume, 1998. 253p.

POLANYI, K. **The great transformation, the political and economic origins of our time**. Boston: Beacon Press, 1998. 317p.

PROJETO de lei do ato médico. **Jornal do Federal – Jornal do CFP**, Brasília, v. XVIII, n. 74, p.3, jan. 2003.

REQUIÃO, R. **Pronunciamento de Roberto Requião em 12/07/2013**. Disponível: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/pronunciamentos/-/p/texto/400864>> Acesso em: 04 ago. 2013.

RESOLUÇÃO do CFM. **Jornal do CREMERJ**, Rio de Janeiro, v. XIV, n. 134, p. 11, nov. 2001.

RIBEIRO, J. M. Neocorporatist Arrangements and Defense of Physicians Intererests. **Cad Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1: p. 05-20, jan/mar, 1993.

RIBEIRO, M. A. A. **Apontamentos sobre residência médica no Brasil**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011. 69p.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. 111-119p.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade do século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013. 400p.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994. 423p.

ROTH, G.; WITTICH, C. **Weber, Economy and Society**. New York: Bedminster, 1968. 185-298p.

SENADO. **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 2002a. Disponível em:<<http://legis.senado.leg.br/sicon/index.html;jsessionid=E6047821E56529B3891A7136C1D245#/pesquisa/lista/documentos>> Acesso em: 04 fev.2005.

SENADO. **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 2002b. Disponível em:<<http://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?5&codcol=34>> Acesso em: 04 fev.2005.

SCHRAIBER, L. B. Work in Medicine: Some questions about the professional autonomy. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 57-64, 1995.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Abrasco, v. 4, n. 2, p. 221-241, 1999.

SCHRAIBER, L. B. Epidemiologia em Serviços: uma tecnologia de que tipo? Informe Epidemiológico do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 3-32, 1993.

SCHMIDT, L. A. T.; PETERLINI, A. C. M.; LAZZAROTTO, E. D. P.; NUNHEZ, I.; FERNANDES, T. A. C. **A incorporação dos conceitos de saúde e promoção da saúde na formação acadêmica**. Anais do V Congresso Nacional da Rede Unida: Londrina, p. 24-27, mai. 2003.

SCHWEITZER, S. O. **Pharmaceuticals economy and policy**. New York: Oxford University Press, 2007. 413p.

SILVA, R. M. N. In: NOBLAT, André. Projeto de lei que aumenta poder do Conselho Federal de Medicina é criticado. **JOnline.Net**. Disponível em:<<http://www.jbonline.terra.com.br/papel/brasil/2002/11/23/jorbra20021123006.html>>. Acesso em: 04 fev. 2005.

STARR, P. **The Social Transformation of American Medicine**. New York: Basic Books, 1982. 339p.

PAIVA, M. In: NOBLAT, André. Projeto de lei que aumenta poder do Conselho Federal de Medicina é criticado. **JBonline. Net**. Disponível em: <http://www.jbonline.terra.com.br/papel/brasil/2002/11/23/jorbra20021123006.html>. Acesso em: 04 fev. 2005.

TONDIN, C. In: RINALDI, M. **Profissionais da Saúde protestam contra o Ato Médico em Santa Catarina**. Disponível em: <http://dc.clicrbs.com.br/sc/noticias/noticia/2010/03/profissionais-da-saude-protestam-contr-o-ato-medico-em-santa-catarina-2833164.html>. Acesso em: 10 mar. 2010.

WEBER, C. A. T. Programa de Saúde da Família e o Governo das Populações. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v.36, n. 3, p, 867-882, set/dez. 2011.

WILENSKY, H. L. **The Professionalization of everyone?** In: GRUSKY, O.; MILLER, G. **The Sociology of Organizations: Basic Studies**. New York: The Free Press, 1970. 137-158p.

WORTHINGTON, R. P. Ethics and professionalism in a changing world. **Investigación en Educación Médica**, v.4, n. 15, p. 175-178, ago. 2015.

## **7 ANEXOS**

## 7.1 Anexo 1: Resolução CREMERJ nº 128/98

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 consequências 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)

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. A despeito 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 feridas 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 polos 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.

## ALTRUÍSMO, 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 clientes (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 diáde *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 cabotismo 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).

## 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 sequelas 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

### **7.3 Anexo 3: Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**

Dispõe sobre o exercício da medicina

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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 - (VETADO);

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 - coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;

VI - execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;

VII - emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;

VIII - (VETADO);

IX - (VETADO);

X - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

XI - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;

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

XIII - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;

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

§ 1º Diagnóstico nosológico é a 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, 2 (dois) dos seguintes critérios:

I - agente etiológico reconhecido;

II - grupo identificável de sinais ou sintomas;

III - alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2º (VETADO).

§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada 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 - (VETADO);

II - (VETADO);

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

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

I - (VETADO);

II - (VETADO);

III - aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;

IV - (VETADO);

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;

VII - realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos;

VIII - coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;

IX - procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.

§ 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 - (VETADO);

II - perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às 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.~~

Art. 6º A denominação ‘médico’ é privativa do graduado em curso superior de Medicina reconhecido e deverá constar obrigatoriamente dos diplomas emitidos por instituições de educação superior credenciadas na forma do art. 46 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), vedada a denominação ‘bacharel em Medicina’. (Redação dada pela Lei nº 134.270, de 2016)

Art. 7º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos.

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 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.

Brasília, 10 de julho de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

*Guido Mantega*

*Manoel Dias*

*Alexandre Rocha Santos Padilha*

*Miriam Belchior*

*Gilberto Carvalho*

**Este texto não substitui o publicado no DOU de 11.7.2013**