

# Regulação de profissões de saúde no Brasil e em perspectiva comparada

---

## Organizadores:

Fernando Aith

Rachelle Balbinot

Deisy Ventura

Sueli Gandolfi Dallari



Organizadores

Fernando Aith  
Rachelle Balbinot  
Deisy Ventura  
Sueli Gandolfi Dallari

---

**REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES  
DE SAÚDE NO BRASIL E EM  
PERSPECTIVA COMPARADA**

1ª edição

São Paulo  
CEPEDISA  
2020



Creative Commons 2014

Este trabalho está licenciado sob uma Licença Creative Commons Atribuição-Não-Comercial-Compartilhável 4.0 Internacional. Para ver uma cópia desta licença, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário – CEPEDISA

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Subsolo – Cerqueira César

São Paulo/SP – Brasil – CEP 01246-904

Tel.: (55 11) 30 61 77 74 – E-mail: [cepedisa@usp.br](mailto:cepedisa@usp.br)

Homepage: <http://cepedisa.org.br/>

Financiamento

Organização Pan-Americana de Saúde

**OPAS**



Produção Editorial: Oficina de Ideias Consultoria em Comunicação Científica

Projeto Gráfico e Diagramação: InGroup

---

## FICHA CATALOGRÁFICA

R269

Regulação de profissões de saúde no Brasil e em perspectiva comparada.

Relatório organizado por Fernando Aith, Rachele Balbinot, Deisy Ventura e Sueli Gandolfi Dallari, (Organizadores) -- 1. ed. -- São Paulo: Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA), 2020.

437 p., il.

ISBN 978-85-68314-04-3

I. Saúde Pública. 2. Parceiros das relações de trabalho. 3. Serviços nacionais de saúde. 4. Brasil. 5. Argentina. 6. Paraguai. 7. Uruguai. 8. França. 9. Canadá. 10. África do Sul. 11. Índia. 12. Mercosul. 13. União Europeia. I. Título II. Fernando Aith. III. Rachele Balbinot. IV. Deisy Ventura. V. Sueli Gandolfi Dallari.

CDU: 614.39:331.105(81)

# ÍNDICE

## **5 Prefácio**

Monica Padilla

## **11 Itinerário jurídico-administrativo das novas profissões de saúde no Brasil**

Marina de Neiva Borba

Caroline de Araújo Rodas

Nathalia Fernandes de Carvalho

Talita Alves Shimodaira

## **34 As novas profissões de saúde no Brasil: análise dos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional**

Marina de Neiva Borba

Caroline de Araújo Rodas

Nathalia Fernandes de Carvalho

Talita Alves Shimodaira

## **57 Panorama jurídico institucional das especialidades médicas no Brasil**

Janaina Vieira de Castro

Rachelle Amália Agostini Balbinot

## **80 Judicialização dos conflitos de regulação de profissões de saúde no Brasil**

André Bastos Ferreira

Fernanda Mascarenhas de Souza

Ana Luisa Pereira Agudo Romão

Rafael Batistel Cicchi

## **95 Formação e exercício profissional das práticas integrativas complementares nas profissões de saúde**

Marina de Neiva Borba

Talita Alves Shimodaira

Caroline de Araújo Rodas

Nathalia Fernandes de Carvalho

## **120 Estudos de caso das profissões de obstetrícia e de saúde pública**

Marina de Neiva Borba

Nathalia Fernandes de Carvalho

Caroline de Araújo Rodas

Talita Alves Shimodaira

## **146 Análise dos trabalhos da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e propostas para seu aperfeiçoamento**

Thiago Lavras Trapé

Nayara Portilho Lima

- 174 Agenda da força de trabalho em saúde no Mercosul: retrospecto histórico e perspectivas**  
Stella de Wit
- 212 Paraguai: regulação da formação e do exercício profissional dos profissionais de saúde**  
Jameson Vinícius Martins da Silva
- 233 Uruguai: regulação da formação e do exercício profissional dos profissionais de saúde**  
Isadora da Silveira Steffens  
Matheus Falcão
- 260 Venezuela: regulação da formação e do exercício profissional dos profissionais de saúde**  
Maria Eugênia Bodra
- 295 Estudos comparados das normas reguladoras das profissões técnicas de nível médio de análises clínicas, enfermagem e radiologia da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai**  
Marina de Neiva Borba  
Gabrielle Kölling  
Isadora da Silveira Steffens  
Jameson Vinícius Martins da Silva  
Caroline de Araújo Rodas  
Nathalia Fernandes de Carvalho
- 314 Estudo comparado sobre a regulação de profissões de saúde na África do Sul, Canadá e Índia**  
Matheus Falcão  
Fernando Aith
- 356 Regulation of health professions in Ontario: Lessons learned from a system situated between full self-regulation and direct state control of health professionals**  
Trudo Lemmens  
Kanksha Mahadevia Ghimire
- 424 Regulação e trânsito de profissões de saúde na União Europeia**  
Matheus Falcão  
Fernando Aith

## Prefácio

A implementação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS) para atender aos parâmetros propostos na Constituição Federal de 1988<sup>1</sup>, que define a saúde como um direito do cidadão brasileiro e um dever do Estado, é um processo em pleno desenvolvimento pelo qual o Brasil passa, em um contexto de alta complexidade política, jurídica e econômica, com a intensa dinâmica social e institucional, determinada pela reestruturação da liderança política e da gestão pública nos três níveis da organização territorial; com a interação de atores e interesses de um país classificado hoje como uma das 10 maiores economias do mundo<sup>2</sup>; e com uma população de 210 milhões de habitantes com demandas sociais e de saúde eminentes e crescentes.

O desafio de elaborar políticas públicas em saúde, em um país com as complexidades do Brasil e devido à natureza intersetorial da saúde, exige um nível de negociação e de ação coordenadas, permanentes e dinâmicas, capazes de gerar o quadro técnico-financeiro e político necessário para responder às demandas da população brasileira. É neste contexto que foi elaborada esta importante produção científica **Regulação de profissões de saúde no Brasil e em perspectiva comparada**, que tenho o prazer de apresentar. Este documento aborda a formação e a prática profissional em saúde, determinando aspectos-chave para a implementação efetiva dos sistemas de saúde, principalmente na garantia de acesso, na capacidade de resolução e em qualidade suficiente para responder às demandas dos serviços e cuidados de saúde.

Com o objetivo de gerar informações e evidências para apoiar ações políticas para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/MS), em coordenação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), realizou uma chamada pública para a apresentação de propostas de pesquisa no campo prioritário da regulamentação da força de trabalho da saúde. A chamada pública

---

<sup>1</sup>BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>.

<sup>2</sup>WORLD ECONOMIC FORUM. *The world's \$80 trillion economy - in one chart*. Disponível em: <<https://www.weforum.org/agenda/2018/10/the-80-trillion-world-economy-in-one-chart/>>. Acesso em: 03 fev. 2020.

foi orientada para: (i) identificar as atribuições, as competências e o escopo das práticas das diferentes profissões de saúde nos serviços que compõem as redes de atenção à saúde e as interfaces entre as diferentes profissões de saúde; (ii) mapear o processo de trabalho das profissões de saúde e seu papel na estruturação das redes de saúde; (iii) analisar a capacitação e a qualificação dos profissionais da saúde de nível superior e médio para identificar a adaptação às necessidades do SUS; (iv) identificar a divisão e incorporação de atividades e práticas entre as profissões de saúde em diferentes regiões do país; e (v) mapear a existência de novas profissões e ocupações de saúde na estruturação das redes de atenção.

Este convite foi dirigido às instituições que compõem o Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Rede ObservaRH)<sup>3</sup>, mecanismo criado pela MS/SGTES em coordenação com a OPAS para gerar informação e conhecimento especializado na área de desenvolvimento da força de trabalho da saúde desde 1998. A proposta apresentada pelo Observatório de Recursos Humanos do Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário (CEPEDISA) “Regulamentação das profissões da saúde no Brasil: mapeamento e identificação legal e institucional de pontos de articulação e desarticulação e propostas para a harmonização regulatória” foi uma das oito propostas selecionadas.

Os objetivos gerais alcançados foram: (i) mapeamento e análise das normas legais vigentes e das diferentes instituições estaduais responsáveis pela regulamentação das profissões de saúde no Brasil, a fim de compreender empiricamente e de forma integral e atual a configuração legal, regulatória e institucional das profissões de saúde no Brasil; (ii) identificação dos pontos de articulação e desarticulação da atual configuração jurídica e institucional das profissões de saúde, tendo como referência analítica os impactos desta configuração no desenvolvimento de políticas de saúde no Brasil e na implementação do Direito Sanitário; (iii) formulação de propostas para a adaptação, atualização e alinhamento regulatório das profissões de saúde, tomando como referência a implementação do Direito Sanitário no Brasil.

Os grandes desafios para o desenvolvimento da força de trabalho em saúde, tanto na Estratégia Global proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2030<sup>4</sup> quanto na Estratégia Regional proposta pela OPAS para 2023<sup>5</sup>, en-

---

<sup>3</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Rede Observatório de Recursos Humanos do Brasil*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-e-regulacao-do-trabalho-em-saude/rede-observatorio-de-recursos-humanos-do-brasil>>. Acesso em: 03 fev. 2020.

<sup>4</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Disponível em: <[https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2019/global\\_strategy\\_workforce2030\\_who.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2019/global_strategy_workforce2030_who.pdf)>. Acesso em: 03 fev. 2020.

<sup>5</sup>ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Disponível em: <<https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/CSP29-10-s.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2020.

volvem a regulamentação das profissões de saúde como um assunto de política pública, que exige esforço concentrado. Das três linhas de ação estratégicas propostas pela OPAS/OMS – fortalecer e consolidar a governança e a reitoria de recursos humanos em saúde; desenvolver condições e capacidades para expandir o acesso e a cobertura da saúde com equidade e qualidade; e acordar com o setor educacional respostas às necessidades dos sistemas de saúde em transformação para a saúde universal – o primeiro refere-se precisamente ao assunto que esta publicação oferece e requer de todos os países da região – e, certamente, do mundo – um exercício integrado e consistente de diálogo positivo para a construção de acordos sociais relevantes para a saúde.

Esta publicação reúne a síntese do trabalho realizado em resposta à demanda do Ministério da Saúde, a rica reflexão e o aprofundamento técnico-científico da equipe de pesquisa, os debates e intercâmbios nacionais e internacionais, bem como as contribuições coletadas na apresentação dos resultados, incluindo o trabalho coordenado com o Ministério da Saúde e a OPAS.

Destaco aqui a qualidade técnica do trabalho, sua clareza metodológica e o rigoroso cuidado de sua estrutura e conteúdo. Trata-se de um documento de grande relevância para aqueles que pretendem elaborar propostas a fim de melhorar sistematicamente o desempenho de um dos sistemas de saúde mais complexos e com maiores desafios de equidade no mundo.

O texto inclui 16 artigos com duas seções, uma de análise da realidade nacional brasileira e outra de análise comparativa internacional. O trabalho permite não apenas caracterizar o marco regulatório da formação e da prática profissional, como também entender a complexa estrutura organizacional que o define, suas atribuições e os fluxos de decisão entre os diferentes atores sociais envolvidos nesse processo.

A cuidadosa seleção da sequência proposta neste livro inicia com o itinerário jurídico administrativo das novas profissões de saúde no Brasil e discorre sobre o processo de análise e decisão no Congresso Nacional, evidenciando a interação entre atores políticos em defesa de seus interesses. Outro artigo aponta para a frágil padronização dos processos necessários à criação de profissões de saúde e destaca uma necessidade urgente de buscar uma uniformização do arcabouço jurídico para a criação das profissões de saúde com vistas ao futuro e aos impactos desses processos no SUS e, portanto, no cuidado que o Estado oferece a sua população em saúde.

A publicação apresenta ainda o cenário jurídico institucional das especialidades médicas, um aspecto essencial das políticas públicas para determinar a capacidade resolutiva do SUS nas diferentes áreas do conhecimento e na prática da medicina. O modelo de regulamentação assumido pelo país estabelece uma divisão de poderes entre o Ministério da Educação, os conselhos profissionais



e o Ministério da Saúde, que não se integram em uma frente comum, regulamentada e sistemática que ordene os processos de treinamento em coerência com as demandas do sistema de saúde e com as necessidades da população brasileira. Isto traz para o país um panorama de alta fragilidade regulatória, baixo uso de planejamento para a formação e prática profissional em saúde e alta influência da dinâmica do mercado, o que pode gerar distorções nas opções de políticas aplicadas, que podem ser contraditórias com as necessidades e demandas de saúde do país.

A análise dos processos de judicialização dos conflitos de regulamentação das profissões de saúde no Brasil completa o panorama analítico, permitindo identificar o nível de combatividade dos conselhos profissionais na defesa de seus campos de atuação e a alta tensão das diferentes profissões para expandir e diversificar suas áreas de atuação.

8

A publicação aborda também a incorporação de práticas complementares à prática das profissões de saúde, oficialmente aceitas pelo Ministério da Saúde (Portaria n. 702/2018), outro elemento que demonstra tensões entre o desenvolvimento do conhecimento e os processos regulatórios das profissões de saúde, assim como as tensões nos espaços de atuação em relação à incorporação de novos conhecimentos e tecnologias – tendências crescentes em todo o mundo, que estarão presentes no futuro e, portanto, exigem repensar os mecanismos e instrumentos regulatórios que fundamentam as políticas públicas em saúde e educação.

Apresentam-se ainda os estudos de caso de duas profissões, obstetrícia e saúde pública, que ilustram o processo de constituição de uma profissão, os momentos e mecanismos necessários para sua formalização, os tempos exigidos e a relação distante entre a importância técnica de incorporar a profissão na dinâmica do SUS e do mercado de trabalho.

Um elemento chave abordado pela publicação é a existência de um mecanismo com alto potencial como a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, instância atual e operacional, que oferece um espaço de diálogo coordenado e criado pelo Ministério da Saúde e liderado pela SGTES, reunindo todos conselhos de profissões da saúde, com direção reconhecida do Ministério da Saúde e que interessa a todos os atores participantes. Um recurso para desenvolver e fortalecer a capacidade regulatória do país.

O componente internacional do documento permite conhecer os modelos regulatórios da Argentina, Paraguai, Uruguai, Venezuela, descobrindo as diferenças entre países unitários e federativos, e os modelos de organização e distribuição de poderes reguladores, tanto para os processos de formação profissional quanto para o exercício da prática em cada um destes países. A agenda desenvolvida no MERCOSUL é descrita para caracterizar a abordagem das questões da força de

trabalho da saúde em uma perspectiva integrada. A publicação apresenta também os padrões regulatórios das profissões técnicas de nível médio de análise clínica, enfermagem e radiologia na Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Este tópico abre muitas perguntas sobre o conjunto de profissões e ocupações que atuam no campo da saúde e a necessidade de abordar questões como trabalho em equipe e formação interprofissional, desafios a serem enfrentados como aspectos centrais na composição e organização do trabalho em saúde.

O livro oferece ainda um interessante estudo comparativo sobre a regulamentação das profissões de saúde na África do Sul, Canadá e Índia, reforçado por uma análise detalhada da regulamentação das profissões de saúde em Ontário, Canadá. Os artigos oferecem uma ampla visão geral da evolução dos processos regulatórios nesses países e ilustram claramente os esforços que as sociedades fazem para estabelecer as condições necessárias ao diálogo, capaz de efetivamente gerar acordos que equilibram interesses e necessidades de seus sistemas de saúde.

Destaco a experiência de Ontário, sobre a importância de reconhecer, especialmente na medicina e nos modelos de autorregulação da profissão, o conceito de responsabilidade pública e de traduzi-lo em estatutos legais. Trata-se de um caso de ordenação e coerência em relação ao objetivo social das profissões muito interessantes para se ler atentamente.

Por fim, o caminho que outro artigo nos oferece pela regulamentação e trânsito das profissões de saúde na União Europeia permite identificar uma proposta unificadora interessante, baseada em uma visão clara do futuro e da vontade política em avançar em conjunto, com parâmetros de excelência, qualidade, buscando maximizar a geração de respostas úteis para a sociedade como um todo. Acho particularmente importante resgatar o conceito de regulamentação que este último artigo coloca, pois permite apreciá-lo além das implicações normativas e analisá-lo em movimento:

O termo regulação tem diversas acepções no direito administrativo e está relacionado à intervenção do Estado, por via de instrumentos de direito público e fundamentado em lei, em alguma atividade do domínio socioeconômico. [...]

A atividade reguladora toma assim o setor regulado como um sistema, isto é, conjunto de elementos autônomos que atuam dentro de determinado espaço influenciando um ao outro e tenta corrigir falhas naturais buscando o melhor cumprimento de seu fim.

[...]

daí o papel do Estado em assegurar o cumprimento de padrões mínimos de segurança, em prol do melhor

interesse da sociedade. A regulação nessa concepção seria assim excepcional e abrangeria aquelas atividades cuja liberdade dos agentes privados apresenta possibilidade significativa de incorrer em falhas e situações de insegurança para a sociedade. Seriam então passíveis de regulação sobretudo setores de alta complexidade, por exemplo, a saúde<sup>6</sup>.

Parabenizo o trabalho da equipe de pesquisadores do Observatório de Recursos Humanos do CEPEDISA e considero este livro uma produção extremamente útil e necessária para entender a dinâmica pela qual a criação e o desempenho da força de trabalho da saúde, nacional e internacionalmente, apresenta processos e mecanismos reguladores de treinamento e práticas de saúde profissional variadas, geradas no esforço de diferentes países. A publicação apresenta ainda informações detalhadas para aqueles que desejam explorar opções de políticas baseadas em experiências e oferece ideias e propostas para aplicar no contexto brasileiro.

Esta produção científica possibilita demonstrar o poder de uma pesquisa rigorosa e completa que toma o conhecimento e as evidências como subsídio para definir cursos de políticas e, em particular, identificar gargalos e desafios regulatórios que precisam ser abordados dessa maneira desafiadora para a melhoria do SUS.

Recomendo sua leitura e estudo detalhado e convido as leitoras e os leitores a interagir com o texto e a aplicar em suas reflexões o conhecimento e as informações que este trabalho nos oferece.

### **Monica Padilla**

Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Washington, Estados Unidos.

---

<sup>6</sup>FALCÃO, M.; AITH, F. Regulação e trânsito de profissões de saúde na União Europeia. In: AITH et al. *Regulação de profissões de saúde no Brasil e em perspectiva comparada*. São Paulo: Cepedisa, 2020. p. 426-427.

# **Itinerário jurídico-administrativo das novas profissões de saúde no Brasil**

Legal and administrative itinerary of new  
health professions in Brazil

---

Marina de Neiva Borba<sup>1</sup>  
Caroline de Araújo Rodas<sup>1</sup>  
Nathalia Fernandes de Carvalho<sup>1</sup>  
Talita Alves Shimodaira<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

## Introdução

No Brasil, o direito à liberdade de exercício profissional é constitucionalmente assegurado desde a Carta Imperial de 1824<sup>1</sup>, tendo sido reiteradamente veiculado pelos textos constitucionais seguintes, inclusive o de 1988, cujo art. 5º, inciso XIII, reconhece ser “livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”<sup>2</sup>. A interpretação desse inciso revela que, em regra, o direito à liberdade profissional não deve sofrer limitações; porém, em determinadas situações, restrições ao exercício profissional podem ser impostas por meio de lei, criando-se então uma profissão regulamentada<sup>3</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde, a regulamentação do exercício profissional pode ser definida como o “conjunto de diretrizes, de padrões ou de procedimentos instituídos pelo governo, pelas comunidades e por grupos sociais para conformar o comportamento dos profissionais nas diversas atividades econômicas e sociais”.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) determina, no seu art. 22, inciso XVI, a competência privativa da União para legislar sobre as condições para o exercício das profissões, bem como, no art. 21, inciso XXIV, a competência exclusiva da União para organizar, manter e executar a inspeção do trabalho.

Apesar dessa atribuição constitucional de competência à União, não há uma norma geral nacional dispendo sobre a regulamentação e fiscalização de todas as profissões ou veiculando os procedimentos ou as etapas a serem percorridas para sua criação.

Ante a ausência de tal norma nacional reguladora, torna-se relevante investigar o itinerário jurídico-administrativo de criação de novas profissões de saúde no Brasil. Constituem, pois, objetivos deste capítulo identificar os procedimentos para criação de novas profissões de saúde no Brasil, bem como mapear os percursos percorridos pelas novas profissões de saúde que estão sendo criadas.

Para atingir esses objetivos propostos, realizou-se, inicialmente, um levantamento acerca das definições de profissão de saúde e dos critérios para sua ca-

---

<sup>1</sup>“Nenhum genero de trabalho, de cultura, industria, ou commercio póde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, á segurança, e saude dos Cidadãos” (sic). BRASIL. *Constituição Política do Império do Brazil, de 25 de março de 1824*. Disponível em: < <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

<sup>2</sup>BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988*. Disponível em: < <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

<sup>3</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_gestao\\_trabalho\\_educacao\\_saude\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf)>.

tegorização como profissionais nos *sites* do *World Health Organization* (WHO) e do Ministério da Saúde. Em seguida, pesquisaram-se as normas gerais reguladoras das profissões no Brasil. Essa busca elegeu o texto constitucional como ponto de partida, seguido do mapeamento das decisões judiciais no *site* do Supremo Tribunal Federal (STF), órgão a quem compete precipuamente a guarda da CF/88, consoante o *caput* do art. 102 da CRFB/88. Utilizando os descritores “regulamentação adj profissional”, foram encontrados 35 acórdãos e 17 decisões monocráticas<sup>4</sup>.

Realizou-se, ainda, uma busca por tais normas gerais vigentes nos *sites* do Congresso Nacional<sup>5</sup>, da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, pesquisando-se as palavras-chave “regulamentação” e “profissão” no campo de busca. Foram encontrados 39 vetos do presidente da República.

A partir da construção do itinerário jurídico-administrativo de criação de uma nova profissão de saúde no Brasil, mapearam-se as normas jurídicas relacionadas às novas profissões de saúde, considerando-se como novas profissões de saúde aquelas que possuem projeto de lei regulamentador de atividade profissional da saúde em tramitação na Câmara de Deputados e no Senado Federal, conforme explicitado em capítulo específico deste livro.

Tal mapeamento foi feito nos *sites* do Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde, utilizando-se a nomenclatura da própria profissão ou atividade profissional como critério de levantamento das normas, compreendendo portarias, pareceres e resoluções de órgãos componentes do Ministério da Educação<sup>6</sup>, do Ministério da Saúde<sup>7</sup> e do Ministério do Trabalho<sup>8</sup>.

Após o mapeamento dos projetos de lei e normas jurídicas vigentes sobre essas novas profissões de saúde, organizaram-se cronologicamente tais atos normativos para análise do itinerário jurídico-administrativo dessas novas profissões de saúde.

<sup>4</sup>BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/pesquisarJurisprudencia.asp>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

<sup>5</sup>BRASIL. Congresso Nacional. Disponível em: <<https://www.congressonacional.leg.br/materias/vetos/-/veto/encerradas>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

<sup>6</sup>BRASIL. Ministério da Educação. *Orientações gerais*. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12986](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12986)>. Acesso em: 20 mai. 2018.

<sup>7</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. *Políticas nacionais*. Disponível em: <<http://bvs.saude.gov.br/component/content/article/114-politicas-sistemas-e-diretrizes-do-sistema-unico-de-saude/311-politicas-nacionais>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

<sup>8</sup>BRASIL. Ministério do Trabalho. *Classificação brasileira de ocupações*. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa exploratória que apresentará a seguir o itinerário jurídico-administrativo para criação de novas profissões de saúde no Brasil, bem como o itinerário percorrido pelas novas profissões de saúde que estão sendo criadas.

## **I Itinerário jurídico-administrativo das novas profissões de saúde no Brasil**

O ponto de partida para a construção do roteiro de criação e regulação de uma nova profissão de saúde no Brasil foi a identificação dos critérios que subsidiavam a categorização desse tipo de força de trabalho a partir da definição de profissional da saúde tanto no âmbito internacional, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como nacional, pelo Ministério da Saúde.

Até 2010, os ministérios da saúde de vários países tinham seus próprios sistemas de classificação, uma vez que o *International Standard Classification of Occupations* (ISCO) não fornecia uma descrição detalhada dos profissionais da saúde por classificar todos os tipos de trabalhadores. Em 2010, a OMS elaborou<sup>9</sup> e divulgou a Classificação Internacional dos Trabalhadores da Saúde<sup>10</sup>, organizando a força de trabalho em saúde em cinco tipos: profissionais de saúde, técnicos e auxiliares de saúde, trabalhadores de cuidados pessoais em serviços de saúde, gestores de saúde e de pessoal de apoio e, por fim, os prestadores de serviços de saúde não classificados.

De acordo com essa classificação, profissionais de saúde são aqueles que:

[...] estudam, aconselham ou prestam serviços de saúde preventivos, curativos, de reabilitação e promocionais com base em um amplo corpo de conhecimentos teóricos e factuais no diagnóstico e tratamento de doenças e outros problemas de saúde. Eles podem realizar pesquisas sobre desordens e doenças humanas e formas de tratá-las e supervisionar outros trabalhadores. Os conhecimentos e as habilidades exigidas são geralmente obtidos como resultado do estudo em uma instituição de ensino superior em um campo relacionado à saúde por um período de três a seis

<sup>9</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *World Health Report 2006 - Working together for health*. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006/en/>>. p. 3.

<sup>10</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Classifying health workforce: Mapping occupations to the international standard classification, s.d.*, Genebra. Disponível em: <[http://www.who.int/hrh/statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2018.

anos, levando à obtenção de uma qualificação de primeiro grau ou superior<sup>11</sup>. (Tradução nossa)

Ainda de acordo com o mesmo documento, existem os

técnicos e auxiliares de saúde realizam tarefas técnicas e práticas para apoiar o diagnóstico e tratamento de doenças, lesões e deficiências, e para apoiar a implementação de planos de saúde, tratamento e encaminhamento geralmente estabelecidos por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Exigências de qualificação formal específica são frequentemente um requisito essencial para a entrada nessas ocupações; excepcionalmente, a experiência de trabalho relevante e a formação prolongada no local de trabalho podem substituir a educação formal;

[...]

trabalhadores de cuidados pessoais prestam serviços de cuidados pessoais diretos em ambientes de cuidados de saúde e residenciais, ajudam nos procedimentos de cuidados de saúde e executam uma variedade de outras tarefas de natureza simples e rotineira para a prestação de serviços de saúde. Essas ocupações normalmente exigem ensino fundamental (alfabetização e matemática relativamente avançadas), um alto nível de destreza manual e boas habilidades de comunicação interpessoal

[...] gestores de saúde e de pessoal de apoio inclui uma ampla gama de outros tipos de recursos humanos nos sistemas de saúde, como gerentes de serviços de saúde, economistas de saúde, advogados de políticas de saúde, engenheiros biomédicos, físicos médicos, psicólogos clínicos, assistentes sociais, secretários médicos, motoristas de ambulância, e outros gerentes gerais, técnicos administrativos e de apoio

[e] outros prestadores de serviços de saúde não classificados: exemplos: médico das forças armadas, estudantes de medicina, voluntários em hospitais<sup>12</sup>. (Tradução nossa).

---

<sup>11</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Classifying health workforce*: Mapping occupations to the international standard classification, cit.

<sup>12</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Classifying health workforce*: Mapping occupations to the international standard classification, cit.



Dessa forma, consideram-se profissionais da saúde aqueles cujas ações e serviços dedicam-se à prevenção, promoção e recuperação da saúde e cujas habilidades e conhecimentos foram obtidos como resultado de estudos em instituições de ensino superior na área da saúde por um período de três a seis anos.

Essa definição da OMS baseou-se na *International Standard Classification of Occupations 2008* (ISCO-o8) criada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT)<sup>13</sup> para uniformizar a nomenclatura das diversas ocupações profissionais, permitindo a realização de levantamentos estatísticos e análises comparativas entre os Estados.

A partir dessa uniformização, a ISCO organizou as ocupações em 10 grandes grupos ocupacionais que foram hierarquizados conforme o nível de competência necessário para o cumprimento de tarefas e deveres de um trabalho, consoante disciplinado pela Tabela 1.

**Tabela 1.** Mapeamento dos grupos ocupacionais da ISCO-08 de acordo com os níveis de competência

ISCO-08 major groups	Skill level
1 Managers	3 + 4
2 Professionals	4
3 Technicians and Associate Professionals	3
4 Clerical Support Workers	2
5 Services and Sales Workers	
6 Skilled Agricultural, Forestry and Fishery Workers	
7 Craft and Related Trades Workers	
8 Plant and Machine Operators, and Assemblers	
9 Elementary Occupations	1
0 Armed Forces Occupations	1 + 2 + 4

Fonte: International standard classification of occupations: ISCO-08<sup>14</sup>.

A Tabela 1 indica que a ISCO-o8 definiu quatro níveis de competência e que o grupo ocupacional dos **profissionais**, objeto de interesse da presente pesquisa, exige uma competência de nível 4.

<sup>13</sup> INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION – ILO. *International standard classification of occupations: ISCO-08*. Geneva: ILO, 2012. Disponível em: <<https://www.cbs.nl/nr/rdonlyres/b30ee525-22db-4c1b-b8d5-6d12934af00a/0/isco08.pdf>>.

<sup>14</sup> INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION – ILO. *International standard classification of occupations: ISCO-08*, cit.

Segundo a ISCO, tais níveis de competência variam conforme o grau de complexidade exigido para realização de um trabalho, tendo sido operacionalmente mensurados de acordo com um ou mais dos seguintes critérios: (a) a natureza do trabalho executado, considerando as características das tarefas e deveres; (b) o nível de educação formal exigido, nos termos da *International Standard Classification of Education 1997 (ISCED-97)* elaborado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), para o desempenho competente das tarefas e deveres; e (c) a quantidade de treinamento informal no trabalho ou a experiência anterior exigidos para o desempenho competente das tarefas e deveres<sup>15</sup>.

Desses três critérios utilizados pela OIT, destaca-se o segundo – o nível de educação formal necessário para o desempenho das atividades ocupacionais – para a mensuração dos níveis de competências dos grupos ocupacionais, conforme Tabela 2.

**Tabela 2.** Mapeamento dos níveis de competência da ISCO-08 com os níveis de educação da ISCED-97

ISCO-08 skill level	ISCED-97 groups
4	6 Second stage of tertiary education (leading to an advanced research qualification)
	5a First stage of tertiary education, 1st degree (medium duration)
3	5b First stage of tertiary education (short or medium duration)
2	4 Post-secondary level of education
	3 Upper secondary level of education
	2 Lower secondary level of education
1	1 Primary level of education

Fonte: International standard classification of occupations: ISCO-08<sup>16</sup>.

A Tabela 2 demonstra que a hierarquização dos níveis de competências profissionais estipulados pela ISCO-08 funda-se, especialmente, na ISCED-97 que classifica os níveis de educação formal em seis grupos, entre eles o ensino superior cursado, em regra, em um período de três a seis anos (grupo 5a da ISCED-97) ou programas pós-graduação que envolvam a apresentação de uma dissertação ou tese de qualidade publicável – mestrado ou doutorado (nível 6 da ISCED-97)<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Id. Ibid.

<sup>16</sup> INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION – ILO. *International standard classification of occupations: ISCO-08*, cit.

<sup>17</sup> Id. Ibid.

Isso significa que os conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho competente de uma ocupação profissional categorizada como profissional (nível de competência 4 da ISCO-08) são geralmente obtidos como resultado da educação formal de nível superior (nível 5a ou 6 da ISCED-97).

Em suma, a definição de profissional da saúde da OMS pautou-se na classificação dos grupos ocupacionais da OIT que, por sua vez, se embasou na classificação dos níveis de educação formal da UNESCO; e os critérios da ISCO-08 e da ISCED-97 respaldam a vinculação feita pela OMS entre a categoria **profissional da saúde** e a sua formação em curso superior de três a seis anos.

Vale esclarecer que a identificação dos parâmetros utilizados para categorização de uma atividade como profissão torna-se relevante na medida em que revela, no âmbito internacional, os critérios para o reconhecimento de uma ocupação como profissão e subsidia, no âmbito nacional, o itinerário de criação de uma nova profissão.

No Brasil, tal como na classificação da OMS, o Ministério da Saúde<sup>18</sup> definiu como **profissão da área da saúde** a ocupação que requer conhecimentos ou habilidades altamente especializadas para o desempenho de atividades ligadas diretamente aos cuidados ou às ações de saúde. Da leitura dessa definição, depreende-se que o Ministério da Saúde reconheceu como profissão de saúde a ocupação profissional que detém formação educacional de nível superior para o desempenho dos deveres e tarefas do trabalho em saúde.

Assim, no Brasil, a categorização de um trabalhador da saúde como **profissional** pressupõe o reconhecimento nacional de uma atividade como ocupação profissional pelo Ministério do Trabalho e Emprego e simultaneamente a obtenção de diploma de curso superior reconhecido pelo Ministério da Educação.

Oportuno esclarecer que o Ministério do Trabalho e Emprego, com base na ISCO, elaborou a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em parceria com a OIT<sup>19</sup> – instituída pelas Portarias n. 3.654/1977, n. 1.334/1994 e n. 397 CBO 2002 –, de modo que a CBO nacional equivale à ISCO internacional. Nesse sentido, em consonância com a ISCO, a CBO organizou as ocupações em 10 grandes grupos, hierarquizando-os em quatro níveis de competência, consoante Tabela 3.

<sup>18</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*, cit.

<sup>19</sup> BRASIL. Ministério do Trabalho. *Classificação brasileira de ocupações*, cit.

**Tabela 3.** Grupos ocupacionais da CBO conforme nível de competência

<b>CBO 2002 - Grandes grupos / Títulos</b>		<b>Nível de competência</b>
0	Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares	Não definido
1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	Não definido
2	Profissionais das ciências e das artes	4
3	Técnicos de nível médio	3
4	Trabalhadores de serviços administrativos	2
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	2
6	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	2
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	2
9	Trabalhadores de manutenção e reparação	2

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego; Classificação Brasileira de Ocupações<sup>20</sup>.

A leitura da Tabela 3 revela que a CBO categorizou como profissionais das ciências e das artes aqueles que possuem habilidades e competências de nível 4.

Tal competência, segundo a própria CBO<sup>21</sup>, representa os conhecimentos e habilidades adquiridos em uma qualificação de nível superior que, no Brasil, compreende a educação escolar de graduação (licenciatura e bacharelado) e a educação profissional tecnológica de graduação (tecnólogo), nos termos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LSB) (Lei n. 9.394/1996) e do Decreto n. 5.154/2004.

Logo, em âmbito nacional, também se exige a formação de nível superior obtido em curso de graduação ou em curso de tecnólogo, geralmente com duração de três a seis anos, para a classificação das ocupações no grupo dos profissionais.

Ora, se a exigência de formação de nível superior é relevante para o enquadramento de uma ocupação como profissional, torna-se evidente que a qualificação em ensino superior precede o reconhecimento de uma ocupação de nível de competência profissional.

Nesse sentido, à título exemplificativo, cita-se a CBO 1312-25 do Sanitarista que, ao reconhecer a atividade como ocupação profissional, especificou como exigência de formação o seguinte:

<sup>20</sup>Id. Ibid.

<sup>21</sup>Id. Ibid.

Para exercer a ocupação de sanitarista o profissional deve possuir graduação em nível bacharel na área de saúde pública/coletiva ou então ter o terceiro grau completo em qualquer área, porém um curso de especialização/pós-graduação na área de saúde pública/coletiva.

Do exposto, em razão dos critérios nacionais e internacionais exigidos para a categorização de uma atividade como profissional, apresenta-se o início do itinerário jurídico-administrativo de regulação de uma nova profissão de saúde: primeiramente, o reconhecimento de curso de nível superior pelo Ministério da Educação e, em seguida, o reconhecimento de uma nova ocupação profissional mediante a criação de um código específico na CBO pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

A partir daí, para que esse profissional da saúde tenha uma profissão regulamentada<sup>22</sup>, torna-se necessária a aprovação de uma lei ordinária nas duas casas legislativas do Congresso Nacional e a posterior sanção do presidente da República.

Nesse ponto, para a continuidade da construção do itinerário jurídico-administrativo para criação de uma nova profissão, torna-se imprescindível discorrer sobre as normas gerais reguladoras das profissões no Brasil.

Em observação à histórica tradição inaugurada pela Carta Constitucional do Império do Brasil de 1824 (em seu art. 179, n. 24), que foi reafirmada pelos sucessivos textos constitucionais (Constituição de 1891, art. 72, §24; Constituição de 1934, art. 113, n. 13; Constituição de 1937, art. 122, n. 8; Constituição de 1946, art. 141, §14; Constituição de 1967, art. 150, §23; Constituição de 1969, art. 153, §23), a CF/88 proclama e assegura a liberdade de profissão, dispondo, em seu art. 5º, inciso XIII, ser “livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”.

Dentre os diversos textos constitucionais que garantiram esse direito, destaca-se o de 1934 que, ao assegurar a liberdade profissional, condicionou o seu exercício à exigência de capacitação técnica e à existência de interesse público, oportunamente explicitados.

Esse direito constitucionalmente resguardado não escapou da apreciação interpretativa do STF que, no exercício da competência precípua de guardião da CF/88 (art. 102, *caput*), tem reiteradamente afirmado a natureza dessa norma

---

<sup>22</sup>BRASIL. Ministério do Trabalho. *Classificação brasileira de ocupações*, cit.; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*, cit.

como de eficácia restringível (ou eficácia contida<sup>23</sup>), sendo constitucional a ação legislativa do Estado que condicione o regular exercício de profissão ao atendimento de certas qualificações profissionais.

Todavia, esse poder de legislar sobre a atividade profissional não é absoluto, justificando-se apenas quando fundado em razões de interesse público, especialmente concernentes à segurança, à proteção e à saúde da população em geral<sup>24</sup>.

Logo, nem todas as profissões podem ser condicionadas ao cumprimento de condições legais para o seu exercício, pois a regra é a liberdade. Outras, ao contrário, face à potencialidade lesiva da atividade, as exigem. A defesa social, portanto, determinará a necessidade ou não de regulamentação.

Para *Sampaio Doria*, tratando dos limites constitucionais que incidem sobre o poder normativo do Estado em tema de liberdade profissional,

A lei, para fixar as condições de capacidade, terá de inspirar-se em critério de defesa social, e não em puro arbítrio. Nem todas as profissões exigem condições legais de exercício. Outras, ao contrário, o exigem. A defesa social decide. Profissões há que, mesmo exercidas por ineptos, jamais prejudicam diretamente direito de terceiro, como a de lavrador. Se carece de técnica, só a si mesmo se prejudica. Outras profissões há, porém, cujo exercício por quem não tenha capacidade técnica, como a de condutor de automóveis, pilotos de navios ou aviões, prejudica diretamente direito alheio. Se mero carroceiro se arvora em médico-operador, enganando o público, sua falta de assepsia matará o paciente. Se um pedreiro se mete a construir arranha-céus, sua ignorância em resistência de materiais pode preparar desabamento do prédio e morte dos inquilinos. Daí, em defesa social, exigir a lei condições de capacidade técnica para as profissões cujo exercício possa

<sup>23</sup> José Afonso da Silva classifica as normas constitucionais quanto à aplicabilidade em plena, contida e limitada.

A norma constitucional de eficácia contida é aquela que tem aplicabilidade imediata, mas que guarda uma necessidade de regulamentação, permitindo a restrição dos seus efeitos por uma norma infraconstitucional. SILVA, José Afonso. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 25. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2005.

<sup>24</sup> Esse entendimento fora manifestado, sob a égide da Carta Imperial de 1824, por José Antônio Pimenta Bueno, Marquês de São Vicente, In: *Direito Público Brasileiro e Análise da Constituição do Império*, p. 391, itens n. 550 e 551, 1978, Senado Federal/Editora UnB apud BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Mandado de Injunção n. 6113/DF. Relatora: Min. Cármen Lúcia. j. 03/01/2014. Disponível em: <<http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.aspx?s1=%28M1%24%2ESCLA%2E+E+6113%2ENUME%2E%29+NAO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/h78htym>>.

prejudicar diretamente direitos alheios, sem culpa das vítimas (sic)<sup>25</sup>.

Nesse sentido, a jurisprudência firmada pelo STF desde a Constituição de 1891 fixou os seguintes parâmetros para a regulamentação profissional: “(a) necessidade de grau elevado de conhecimento técnico ou científico para o desempenho da profissão e (b) existência de risco potencial ou de dano efetivo como ocorrências que podem resultar do exercício profissional”<sup>26</sup>.

Assim, consoante o STF, a lei regulamentadora de uma profissão será legítima quando a atividade profissional a ser regulada exigir elevado grau de conhecimento técnico-científico para o cumprimento de suas tarefas e oferecer riscos à sociedade de modo que o interesse público fundamente a imposição de restrições legais ao direito constitucional de liberdade profissional.

Ademais, convém destacar que a atividade profissional que demanda regulamentação face à necessidade de capacitação e eliminação dos riscos sociais, pressupõe, em igual medida, a fiscalização do exercício profissional.

Essa função tipicamente estatal de fiscalização da atividade profissional é, em regra, exercida pelas autarquias profissionais ou conselhos profissionais, que são entidades dotadas de personalidade jurídica de direito público criadas por meio de lei para executar atividades típicas da Administração Pública, conforme os artigos 4º, parágrafo único, e 5º, inciso I, do Decreto-Lei n. 200/1967.

Em 27 de maio de 1998, entretanto, a Lei n. 9.649, ao dispor sobre a organização da administração federal, determinou que os serviços de fiscalização das profissões regulamentadas seriam exercidos em caráter privado, por delegação do poder público, mediante autorização legislativa (art. 58).

Na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 1.717-6, o STF declarou a inconstitucionalidade desse artigo e reafirmou que a fiscalização do exercício de uma profissão regulamentada constitui uma função típica do Estado, por envolver o poder de polícia, poder de tributar e poder de punir, podendo ser exercida tão-somente por pessoa jurídica de direito público, com base na interpretação sistemática das seguintes normas constitucionais: arts. 5º, inciso XIII (que assegura a liberdade profissional); art. 22, inciso XVI (que determi-

---

<sup>25</sup> DORIA, Sampaio. Comentários à Constituição de 1946, vol. 4, São Paulo: Max Limonad, 1960. p. 637 *apud* BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 414.426. Relatora: Min. Ellen Gracie, j. 01/08/2011. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=628395>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

<sup>26</sup> BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 635.023/DF. Relator: Min. Celso de Mello, j. 31/08/2011. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1730429>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

na a competência privativa da União para legislar sobre as condições para o exercício das profissões); art. 21, inciso XXIV (que determina a competência exclusiva da União para organizar, manter e executar a inspeção do trabalho); art. 70, parágrafo único (que determina a obrigatoriedade de prestação de contas a quem arrecade e gerencie valores públicos federais); e art. 149, caput (que determina a competência da União para instituir as contribuições de interesses de categorias profissionais).

Em resumo, o exercício de uma profissão regulamentada pressupõe a sua fiscalização que, por ser uma função tipicamente estatal, será exercida por pessoa jurídica de direito público, representada, em regra, pelos conselhos profissionais.

Em continuidade ao itinerário jurídico-administrativo de criação de uma nova profissão, assenta-se, portanto, a necessidade de regulamentação profissional mediante a proposição de projeto de lei ordinária na Câmara dos Deputados ou no Senado Federal, nos parâmetros consolidados na jurisprudência do STF, que deverá ser aprovado por essas casas legislativas e sancionado pelo presidente da República.

Nesse sentido, além de veicular a exigência de alta qualificação profissional e de justificar a necessidade de regulação por razões de interesse público, o projeto de lei regulamentador de uma nova profissão deverá garantir a fiscalização do seu exercício profissional por pessoa jurídica de direito público.

Garantir essa fiscalização, todavia, depende da iniciativa privativa do presidente da República, consoante o art. 61, §1º, inciso II, *alínea* “e”, cumulado com o art. 84, inciso VI, *alínea* “a”, ambos da CF/88.

Art. 61. [...] §1º. São de iniciativa privativa do Presidente da República as leis que: [...] II - disponham sobre: [...] e) criação e extinção de Ministérios e órgãos da administração pública, observado o disposto no art. 84, VI.

[...]

Art. 84. Compete privativamente ao Presidente da República: [...] VI – dispor, mediante decreto, sobre: a) organização e funcionamento da administração federal, quando não implicar aumento de despesa nem criação ou extinção de órgãos públicos.

Isso significa que deputados federais e senadores não podem propor projetos de lei que criem conselhos de fiscalização profissional ou que atribuam tal incumbência a um órgão componente da Administração Pública Federal, sob pena de gerar inconstitucionalidade formal por vício de iniciativa.



Corroborando tal entendimento, à título exemplificativo, cita-se o Veto Presidencial n. 51/2013 ao projeto de lei da Câmara dos Deputados n. 1.372/2003, que autorizava a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Zootecnia, cujas razões seguem:

A criação de conselhos profissionais, reconhecidos como entidades autárquicas e, portanto, órgãos da administração pública, demanda iniciativa do Presidente da República, tal como disposto no art. 61, §1º, inciso II, *alínea e*, da Constituição. Desta forma, o projeto é marcado por inconstitucionalidade formal por vício de iniciativa, que não é afastado pelo uso de fórmula 'autorizativa', conforme já reiteradamente decidido pelo Supremo Tribunal Federal<sup>27</sup>.

24

Vale também destacar as razões do Veto Presidencial n. 52/2008 ao projeto de lei do Senado Federal n. 3/2007, que regulamentava o exercício das profissões de técnico em saúde bucal e de auxiliar em saúde bucal, que atribuiu a incumbência de fiscalização da nova profissão à entidade já existente:

Ao atribuir competências à autarquia Conselho de Odontologia a proposta incide em inconstitucionalidade formal por vício de iniciativa (art. 61, §1º, II, 'e', da Constituição da República), pois somente o Presidente da República pode iniciar o processo legislativo de questões envolvendo competências da administração<sup>28</sup>.

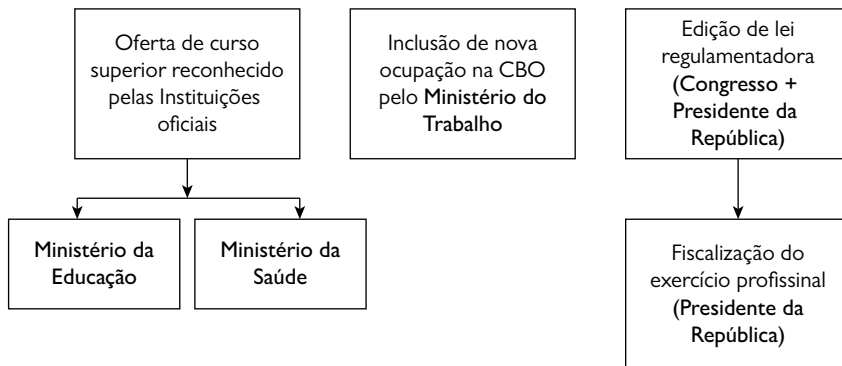
Assim, somente o presidente da República detém a competência constitucional para expedir decretos ou para propor projetos de lei que criem conselhos de fiscalização profissional ou que atribuam tal incumbência a um órgão ou entidade componente da Administração Pública Federal. Logo, torna-se necessário alinhar a garantia da fiscalização profissional aos interesses regulatórios do presidente da República.

As últimas etapas do itinerário de criação de uma nova profissão de saúde, portanto, são a regulamentação da atividade profissional mediante a aprovação de lei pelas duas casas legislativas do Congresso Nacional e a garantia da fiscalização do exercício profissional por iniciativa do presidente da República.

<sup>27</sup> BRASIL. Presidência da República. Veto Presidencial n. 51/2013. Disponível em: <<https://www.congressonacional.leg.br/materias/vetos/-/veto/encerradas>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

<sup>28</sup> BRASIL. Presidência da República. Veto Presidencial n. 52/2008. Disponível em: <<https://www.congressonacional.leg.br/materias/vetos/-/veto/encerradas>>. Acesso em: 01 ago. 2018.

A Figura 1 representa graficamente o itinerário jurídico-administrativo de criação de novas profissões de saúde:



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

**Figura 1.** Fluxograma de criação de novas profissões de saúde no Brasil

A Figura 1 demonstra que o percurso de criação de uma nova profissão de saúde perpassa, primeiramente, pela oferta de curso de nível superior reconhecido pelas Instituições oficiais responsáveis pela regulação da formação no Brasil (o Ministério da Educação e em articulação com o Ministério da Saúde); em seguida, pelo reconhecimento da atividade como ocupação profissional pelo Ministério do Trabalho e Emprego mediante a criação de um código específica na CBO; além disso, pela regulamentação da profissão pela aprovação de projeto de lei pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal e posterior sanção do presidente da República; e, por fim, pela atribuição da função de fiscalização do exercício profissional pelo presidente da República.

## II Itinerário das novas profissões de saúde no Brasil

A partir da construção desse itinerário, fez-se o mapeamento das etapas jurídico-administrativas percorridas pelas novas profissões de saúde que devem ser compreendidas como aquelas que pretendem ser criadas mediante projetos de lei regulamentadores em tramitação na Câmara de Deputados e no Senado Federal. Suas denominações e respectivos projetos de lei estão relacionadas no Quadro 1.

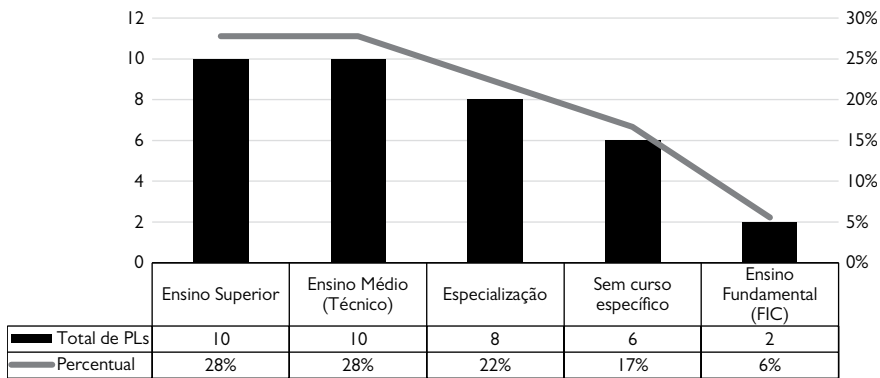
**Quadro I.** Novas profissões de saúde e projetos de lei para sua criação

<b>Profissão</b>	<b>Projeto de lei de criação</b>
Acupunturista	PL 1549/2003
Agente comunitário de saúde bucal	PL 1274/2003
Arteterapeuta	PL 3416/2015
Atendente pessoal de deficientes	PL 2587/2011
Auxiliar de farmácias e drogarias	PL 668/2011
Bioteecnologista	PL 3747/2015
Cuidador	PL 1385/2007
Cuidador de idoso	PLS 284/2011
Cuidador de pessoa	PL 2880/2008
Doula	PL 8363/2017
Gerontólogo	PLS 334/2013
Gestor de serviços de saúde	PL 7482/2014 e PLS 185/2014
Histotecnologista	PL 2090/1991
Instrumentador cirúrgico	PL 642/2007 e PL 3869/2015
Massoterapeuta	PL 4088/2015
Naturólogo	PL 3804/2012
Osteopata	PL 2778/2015
Perfusionista cardiocirculatório e respiratório	PL 1587/2007
Podólogo	PL 6042/2005
Protesista/ Ortesista	PL 5635/2005
Psicomotricista	PL 795/2003
Quiropraxista	PL 114/2015
Registradores de câncer	PL 9210/2017
Sanitarista	PL 6311/2016
Técnico em nutrição e dietética	PL 5056/2013
Técnico em prótese dentária	PLS 620/2007
Técnico em reabilitação de dependentes químicos	PL 2340/2015
Tecnólogos do eixo da saúde (gestão hospitalar, radiologia, sistemas biomédicos e oftálmica)	PL 2245/2007
Terapeuta naturalista	PL 6959/2010 e PLS 174/2017
Terapeuta naturista	PL 4087/2015

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

A partir da identificação das novas profissões de saúde no Brasil, pesquisou-se a existência de cursos de graduação (licenciatura, bacharelado e tecnólogo), especialização, técnicos e de formação inicial e continuada (FIC) formalmente reconhecidos pelo Ministério da Educação<sup>29</sup>, cujos dados foram compilados no Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Mapeamento dos cursos das novas profissões de saúde formalmente reconhecidos pelo Ministério da Educação



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

O Gráfico 1 releva que as novas profissões de saúde possuem os seguintes cursos formalmente reconhecidos pelo Ministério da Educação: 28% dos projetos de lei regulam atividades que possuem curso de ensino superior, compreendendo licenciatura, bacharelado e tecnólogo, reconhecidos e em funcionamento no país; outros 28%, curso técnico de nível médio; 22%, curso de especialização; 17% dos projetos de lei regulam atividades que não possuem curso específico de qualquer nível educacional; e, por fim, 6%, curso de formação inicial ou continuada (FIC) que exigem ensino fundamental completo. Vale esclarecer que alguns projetos de lei regulam atividades que possuem simultaneamente curso de graduação, curso técnico de nível médio e/ou curso de especialização. Por essa razão, a soma dos cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação ou mesmo inexistentes ultrapassa o número de projetos de lei selecionados, a saber 33.

<sup>29</sup>Consulta realizada no dia 20 de julho de 2018 no site das Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados do Ministério da Educação (disponível em: <http://emec.mec.gov.br>), dos Catálogos Nacionais de Cursos Técnicos (disponível em: <http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/30000-uncategorised/52031-catalogo-nacional-de-cursos-tecnicos>) e dos Guias PRONATEC de Cursos FIC (disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/36436-guia-pronatec-de-cursos-fic>).

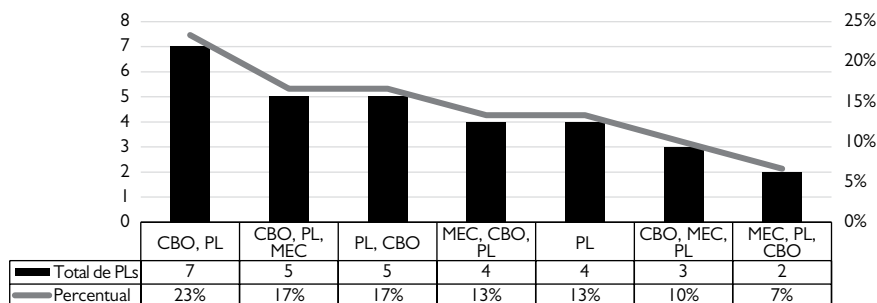
Verifica-se, portanto, que apenas 10 atividades profissionais (do total de 30) possuem curso de ensino superior autorizado e reconhecido pelo Ministério da Educação. Logo, apenas esses 10 têm potencial para regulamentar uma nova profissão de saúde, de acordo com o critério de vinculação da exigência de ensino superior à categoria de profissional.

A partir desse parâmetro, podem ser consideradas como novas profissões de saúde no Brasil as seguintes: biotecnologistas (PL 3747/2015); gerontólogo (PLS 334/2013); massoterapeuta (PL 4088/2015); naturólogo (PL 3804/2012); podólogo (PL 6042/2005); quiropraxista (PL 114/2015); sanitaria (PL 6311/2016); tecnólogos do eixo da saúde (gestão hospitalar, radiologia, sistemas biomédicos e oftálmica) (PL 2245/2007); terapeuta naturista (PL 4087/2015); e terapeuta naturalista (PL 6959/2010 e PLS 174/2017).

Vale ressaltar que cinco atividades profissionais – acupunturista (PL 1549/2003); arteterapeuta (PL 3416/2015); gestor de serviços de saúde (PLS 185/2014); osteopata (PL 2778/2015); e psicomotricista (PL 795/2003) – possuem cursos de especialização reconhecidos pelo Ministério da Educação. Dessa forma, tais atividades têm potencial para se tornarem especialidades das profissões de saúde, dependendo do conselho de cada profissão de saúde, pois, conforme o art. 8º, §4º, da Resolução MEC/CNE/CES n. 01/2018, “certificados obtidos em cursos de especialização não equivalem a certificados de especialidade”.

Após o levantamento dos cursos formalmente reconhecidos pelo Ministério da Educação, as etapas jurídico-administrativas relacionadas às forças de trabalho reguladas pelos projetos de lei foram colocadas em ordem cronológica para mapeamento do itinerário de criação dessas novas atividades. Esses dados foram compilados no Gráfico 2.

**Gráfico 2.** Mapeamento do itinerário dos projetos de lei reguladores das novas profissões de saúde



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Da leitura do Gráfico 2, verifica-se que: (a) em 23% (sete do total de 30) dos casos, o itinerário iniciou com a inclusão da atividade profissional na CBO e depois a proposição de projeto de lei; (b) em 17% (cinco do total de 30), iniciou com a inclusão da atividade profissional na CBO, seguida da apresentação de projeto de lei e da formalização da oferta de curso pelo Ministério da Educação; (c) em 17% (cinco do total de 30), iniciou com a proposição do PL e depois a inclusão da atividade profissional na CBO; (d) em 13% (quatro do total de 30), iniciou com a formalização da oferta de curso pelo Ministério da Educação, seguida da inclusão da atividade profissional na CBO e da proposição de projeto de lei; (e) em 13% (quatro do total de 30), houve apenas a apresentação do projeto de lei, não tendo sido encontrado curso reconhecido pelo Ministério da Educação nem o reconhecimento como ocupação profissional pelo Ministério do Trabalho e Emprego; (f) somente em 10% (três do total de 30), iniciou com a inclusão da atividade profissional na CBO, seguida da formalização da oferta de curso pelo Ministério da Educação e da apresentação de projeto de lei; e, por fim, (g) em apenas 7% (dois do total de 30), iniciou com a oferta de curso pelo Ministério da Educação, seguida da apresentação de projeto de lei e da inclusão da atividade profissional na CBO.

Importa destacar que a inclusão dos atos normativos do Ministério da Educação relativos à autorização e/ ou reconhecimento dos cursos de graduação e de especialização para a posterior ordenação cronológica não foi possível, pois o Ministério da Educação concede um ato autorizativo específico para cada curso de graduação de cada instituição de ensino superior do país. Então, dada a impossibilidade de levantar informações sobre o primeiro curso de graduação e de especialização de cada atividade, o itinerário das ocupações profissionais de nível superior restou prejudicada.

Apesar disso, o gráfico demonstra que o percurso de criação de uma nova profissão de saúde no Brasil não segue uma lógica sucessiva de regulação, não havendo uma padronização desse procedimento por ausência de um itinerário prevalente.

## **Considerações finais**

Embora a CF/88 tenha atribuído à União a competência privativa para legislar sobre as condições para o exercício profissional, não existe um ato normativo federal que contemple os requisitos e os procedimentos para regulamentação de uma profissão no Brasil.

A partir do levantamento dos critérios definidores de um profissional da área da saúde pela OMS e Ministério da Saúde, bem como das normas gerais sobre regulação das profissões constantes nos textos constitucionais, na jurisprudência consolidada pelo STF e nos vetos presidenciais, construiu-se o seguinte percurso jurídico-administrativo.

Inicialmente, para regular uma nova profissão de saúde, deve ser ofertado um curso de ensino superior (bacharelado, licenciatura ou tecnólogo) reconhecido pelas Instituições oficiais brasileiras responsáveis pela formação profissional: o Ministério da Educação em articulação com o Ministério da Saúde.

Em seguida, deve ser pleiteado ao Ministério do Trabalho e Emprego o reconhecimento de uma atividade profissional como ocupação profissional mediante a obtenção de um código específico na CBO para utilização em diversos registros administrativos (carteira de trabalho, imposto de renda, seguro desemprego etc.) e em vários serviços (como, por exemplo, no Sistema Nacional de Empregos – SINE).

Para se tornar uma profissão regulamentada, deve ser apresentado ainda um projeto de lei na Câmara dos Deputados ou no Senado Federal, indicando na sua justificativa a existência de curso de nível superior reconhecido pela Ministério da Educação, a existência de CBO específica para aquela ocupação profissional pelo Ministério do Trabalho e Emprego e a existência de risco potencial ou de dano efetivo à sociedade como ocorrências que podem resultar da falta de regulamentação do exercício profissional, demonstrando-se, portanto, o interesse público.

Face à existência de risco à sociedade, deve-se explicitar nesse projeto de lei a garantia da fiscalização do exercício profissional. Aqui, certamente, reside o maior impasse para a criação de uma profissão regulamentada: o controle ou fiscalização do exercício profissional caso não haja um órgão administrativo ou um conselho profissional específico para cumprimento dessa atividade típica estatal.

Nesse caso, a fiscalização do exercício profissional incumbirá, em regra, a um conselho profissional que deverá ser criado mediante lei específica, cuja iniciativa da proposição legislativa é de competência privativa do presidente da República, consoante entendimento do Ministério do Planejamento.

Vale esclarecer, por fim, que a fiscalização profissional poderia ser incumbida a órgão da administração pública direta, sendo necessária a expedição de decreto pelo presidente da República, de acordo com o art. 84, inciso VI, *alínea "a"* da CF/88, organizando a administração federal nesse sentido sem que disso resulte aumento de despesa.

Apesar do itinerário jurídico-administrativo de criação e regulação de uma nova profissão no Brasil pautar-se na sucessão ordenada desses atores institucionais, o levantamento das normas jurídicas vigentes relacionadas às novas profissões de saúde demonstra uma diversidade de procedimentos.

A ausência de um itinerário prevalecente revela, portanto, que o percurso de criação de uma nova profissão de saúde no Brasil não segue uma lógica sucessiva de regulação, não havendo uma atuação articulada dessas etapas pelos diversos atores institucionais envolvidos.

Essa falta de padronização dos critérios para criação de uma nova profissão e dos procedimentos a serem seguidos provoca uma certa insegurança jurídica, na medida em que não se identificou uma coerência nas razões que fundamentaram a rejeição dos projetos de lei pelas comissões parlamentares e/ou que justificaram os vetos do presidente da República.

Demonstra-se, a partir disso, a relevância de se consolidar a uniformização do itinerário jurídico-administrativo de criação de novas profissões de saúde no Brasil, cujo roteiro demanda a participação, nessa ordem, dos seguintes atores institucionais: ministérios da Educação e da Saúde (regulação da formação), Ministério do Trabalho e Emprego (regulação da relação de trabalho), Congresso Nacional (regulação da profissão) e presidente da República (regulação da fiscalização do exercício profissional).

Certamente, o ponto de maior entrave e desafio para a criação de uma nova profissão será garantir a fiscalização do exercício profissional, já que dependerá da vontade política, e, por conseguinte, da iniciativa privativa do presidente da República, conforme acima demonstrado.

## Referências

BRASIL. Congresso Nacional. Disponível em: <<https://www.congressonacional.leg.br/materias/vetos/-/veto/encerradas>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. *Constituição Política do Imperio do Brazil, de 25 de março de 1824*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao091.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao091.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao034.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao034.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao037.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao037.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao046.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao046.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1967*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao067.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao067.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2018.



BRASIL. *Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967*. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Delo200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Delo200.htm). Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Orientações gerais*. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12986](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12986). Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. *Políticas nacionais*. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/component/content/article/114-politicas-sistemas-e-diretrizes-do-sistema-unico-de-saude/311-politicas-nacionais>. Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmns.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_gestao\\_trabalho\\_educacao\\_saude\\_2ed.pdf](http://bvsmns.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. *Classificação brasileira de ocupações*. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>. Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/pesquisarJurisprudencia.asp>. Acesso em: 11 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. Mandado de Injunção n. 6113/DF. Relatora: Min. Cármen Lúcia. j. 03/01/2014. Disponível em: <http://stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28MI%24%2ESCLA%2E+E+6113%2ENUME%2E%29+NÃO+S%2EPRES%2E&base=baseMonocraticas&url=http://tinyurl.com/h78htym>.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 414.426. Relatora: Min. Ellen Gracie. j. 01/08/2011. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=628395>. Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 635.023/DF. Relator: Min. Celso de Mello. j. 31/08/2011. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1730429>. Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Veto Presidencial n. 51/2013. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/vetos/-/veto/encerradas>. Acesso em: 01 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Veto Presidencial n. 52/2008. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/vetos/-/veto/encerradas>. Acesso em: 01 ago. 2018.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION – ILO. *International standard classification of occupations: ISCO-08*. Geneva: ILO, 2012. Disponível em: <https://www.cbs.nl/nr/rdonlyres/b30ee525-22db-4c1b-b8d5-6d12934af00a/o/isco08.pdf>.

SILVA, José Afonso. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 25. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Classifying health workforce: Mapping occupations to the international standard classification*, s.d., Genebra. Disponível em: <[http://www.who.int/hrh/statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *World Health Report 2006 - Working together for health*. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006/en/>>.

# **As novas profissões de saúde no Brasil: análise dos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional**

The new health professions in Brazil:  
Analysis of bills pending before the  
National Congress

---

Marina de Neiva Borba<sup>1</sup>

Caroline de Araújo Rodas<sup>1</sup>

Nathalia Fernandes de Carvalho<sup>1</sup>

Talita Alves Shimodaira<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

## Introdução

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) reconhece o direito à liberdade de profissão no art. 5º, inciso XIII, que dispõe ser “livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”<sup>1</sup>. Nesse sentido, quando o interesse público demandar o estabelecimento de restrições ao exercício profissional, torna-se imperiosa a edição de uma lei regulamentadora, representando uma das etapas do procedimento de criação de novas profissões no Brasil.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), trabalhadores de saúde são “todas as pessoas envolvidas com ações cuja finalidade principal seja melhorar a saúde”<sup>2</sup>. Portanto, nesse amplo sentido, incluem-se na força de trabalho em saúde, por exemplo, “as mães que cuidam de seus filhos doentes e outros cuidadores não remunerados”<sup>3</sup>. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a ordenação da formação de trabalhadores da saúde, estabelecida como competência constitucional prevista no art. 200, inciso III da CF/88, possui um papel estratégico no alinhamento das necessidades sociais em saúde e das demandas do mercado de trabalho com a regulação de novas profissões nessa área.

Torna-se relevante, portanto, investigar as novas profissões de saúde que pretendem ser criadas no Brasil mediante a análise de projetos de lei regulamentadores em tramitação nas duas casas legislativas do Congresso Nacional, objetivo deste capítulo.

Para isso, realizou-se inicialmente uma pesquisa das proposições legislativas em tramitação nos *sites* da Câmara dos Deputados e Senado Federal (levantamento realizado no dia 09 de março de 2018). Elegeu-se como critério de inclusão a indicação direta de que a atividade regulamentada envolveria atos de promoção, prevenção e/ou recuperação da saúde ou indicasse a relação explícita entre o exercício profissional e a área da saúde. Os projetos de lei arquivados, bem como aqueles que criam novas profissões sem vinculação com a saúde foram, por conseguinte, excluídos dos resultados.

Após a aplicação dos critérios de inclusão acima elencados (projetos de lei ordinária em tramitação que regulem novas profissões de saúde), restaram 33 projetos de lei regulamentadores de 30 novas atividades profissionais ligadas à saúde.

---

<sup>1</sup> BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 15 ago. 2018.

<sup>2</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Health workers: a global profile. *World Health Report, 2006*. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2006/06\\_chap1\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf). Acesso em: 28 fev. 2018. p. 1.

<sup>3</sup>Id. *Ibid.*

A análise dos projetos de lei pautou-se em sete categorias analíticas estipuladas: tipos de força de trabalho, previsão de competências, previsão de registro e fiscalização, regularização dos praticantes, previsão de conselhos profissionais e tramitação nas comissões parlamentares.

A seguir, serão apresentados os resultados do mapeamento dos projetos de lei reguladores de novas profissões de saúde no Brasil, bem como as respectivas análises conforme as categorias acima estipuladas.

## I Novas profissões de saúde no Brasil e projetos de lei reguladores

Dos resultados alcançados, foram encontradas 30 atividades profissionais ligadas à saúde, regulamentadas em 33 projetos de lei em tramitação na Câmara de Deputados e no Senado Federal (Quadro 1).

**Quadro 1.** Novas profissões de saúde e projetos de lei para sua criação

<b>Profissão</b>	<b>Projeto de lei de criação</b>
Acupunturista	PL 1549/2003
Agente comunitário de saúde bucal	PL 1274/2003
Arteterapeuta	PL 3416/2015
Atendente pessoal de deficientes	PL 2587/2011
Auxiliar de farmácias e drogarias	PL 668/2011
Bioteecnologista	PL 3747/2015
Cuidador	PL 1385/2007
Cuidador de idoso	PLS 284/2011
Cuidador de pessoa	PL 2880/2008
Doula	PL 8363/2017
Gerontólogo	PLS 334/2013
Gestor de serviços de saúde	PL 7482/2014 e PLS 185/2014
Histotecnologista	PL 2090/1991
Instrumentador cirúrgico	PL 642/2007 e PL 3869/2015
Massoterapeuta	PL 4088/2015
Naturólogo	PL 3804/2012
Osteopata	PL 2778/2015
Perfusionista cardiocirculatório e respiratório	PL 1587/2007
Podólogo	PL 6042/2005
Protesista/ Ortesista	PL 5635/2005
Psicomotricista	PL 795/2003
Quiropraxista	PL 114/2015
Registradores de câncer	PL 9210/2017

Continuação: **Quadro I.** Novas profissões de saúde e projetos de lei para sua criação

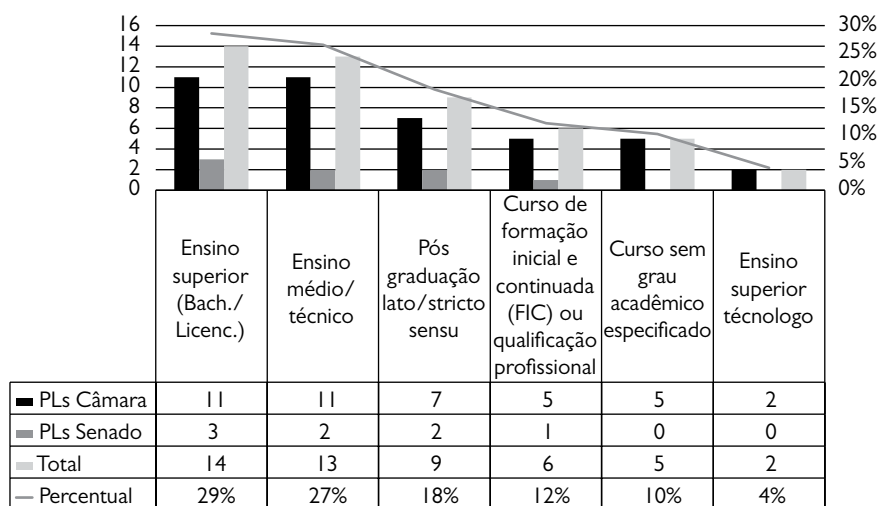
Profissão	Projeto de lei de criação
Sanitarista	PL 6311/2016
Técnico em nutrição e dietética	PL 5056/2013
Técnico em prótese dentária	PLS 620/2007
Técnico em reabilitação de dependentes químicos	PL 2340/2015
Tecnólogos do eixo da saúde (gestão hospitalar, radiologia, sistemas biomédicos e oftálmica)	PL 2245/2007
Terapeuta naturalista	PL 6959/2010 e PLS 174/2017
Terapeuta naturista	PL 4087/2015

A partir dessa lista, serão expostas adiante as análises conjuntas de tais projetos de lei segundo os tipos de força de trabalho, a previsão de competências, a previsão de registro e fiscalização, a regularização dos praticantes, a previsão de conselhos profissionais e a tramitação nas comissões parlamentares.

## II Tipos de força de trabalho em saúde previstos nos projetos de lei

Inicialmente, foram coletadas informações relativas às exigências de formação acadêmica previstas nesses projetos de lei. Esses dados estão compilados no Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Previsão de exigências de formação para o exercício profissional



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Verifica-se, no Gráfico 1, quanto à formação profissional, a exigência de (a) ensino superior bacharelado ou licenciatura em 29% dos projetos de lei; (b) ensino médio ou técnico em 27%; (c) pós-graduação *lato* ou *scripto sensu* em 18%; (d) curso de formação inicial ou continuada (FIC) ou qualificação profissional em 12%; (e) curso sem grau acadêmico especificado em 10%; e (f) ensino superior tecnólogo em 4%.

Dessa forma, apenas 33% (16 do total de 33) dos projetos de lei reguladores de novas profissões de saúde exigem a formação de ensino superior (bacharelado, licenciatura ou tecnólogo) para o desempenho de seus deveres e tarefas, tendo potencial para se tornarem, de fato, uma nova profissão de saúde.

Essa vinculação do termo profissional de saúde à exigência de formação de ensino superior foi expressamente veiculada pela OMS nos seguintes termos:

Profissionais de saúde estudam, promovem ou fornecem serviços de saúde preventivos, curativos, de reabilitação e com base em um extenso corpo de conhecimento teórico e empírico para diagnóstico e tratamento de doenças e outros problemas de saúde. Eles podem realizar pesquisas sobre doenças humanas e maneiras de tratá-los e, supervisionar outros trabalhadores. O conhecimento e as habilidades necessárias são normalmente obtidos como resultado de **estudos em instituição de ensino superior** em área de conhecimento relacionada com a saúde por um **período de 3-6 anos** que visa a obtenção de um primeiro diploma ou qualificação superior<sup>4</sup>. (Destaques nossos).

Assim, para fins de análise dos resultados neste capítulo, foi considerado profissão de saúde aquela ocupação profissional relacionada à promoção, prevenção e recuperação da saúde, cujas competências para o exercício profissional foram adquiridas em uma instituição de ensino superior.

A força de trabalho em saúde que não exigir tal formação educacional de nível superior foi, então, considerada ocupação profissional ou simplesmente trabalho se, respectivamente, a atividade profissional possuir ou não um código específico na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

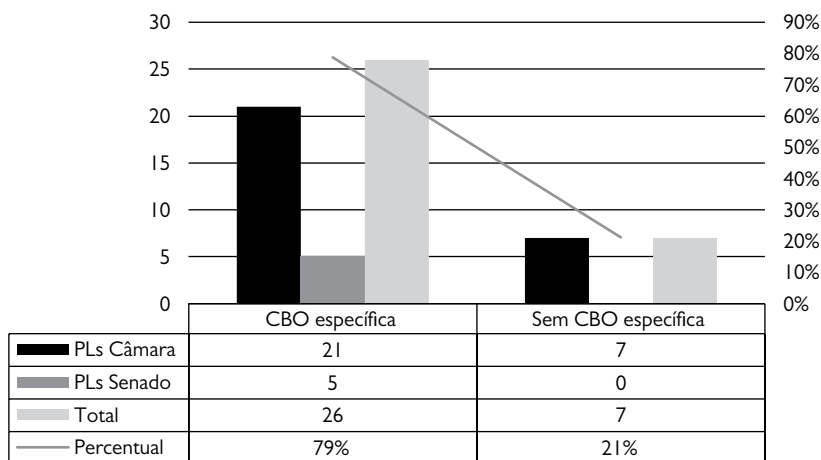
---

<sup>4</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Classification of health workforce statistics: Mapping occupations to the international standard classification*, s.d., Genebra. Disponível em: [http://www.who.int/hrh/statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf). Acesso em: 28 fev. 2018.

A partir disso, relativamente aos tipos de força de trabalho, constatou-se que 97% dos projetos de lei regulamentadores das profissões de saúde preocuparam-se em contemplar exigências mínimas de formação, sendo que 33% vincularam o exercício profissional ao ensino superior (licenciatura, bacharelado ou tecnólogo) e 27%, ao ensino médio, revelando uma hierarquização da força de trabalho ao nível de educação formal.

Em seguida, levantou-se no *site* do Ministério do Trabalho e do Emprego (MTE) a previsão de um código específico na CBO para as forças de trabalho previstas nesses projetos de lei (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Existência de CBO para as profissões de saúde reguladas pelos PL



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

O Gráfico 2 revela que 79% (26 do total de 33) dos projetos de lei reguladores de novas profissões de saúde possuem CBO específica enquanto 21% ainda não são reconhecidas formalmente como ocupações profissionais pelo MTE.

A partir do cruzamento desses dados com a exigência de ensino superior, buscou-se identificar as categorias de força de trabalho previstas nos projetos de lei: ocupação profissional de saúde, profissão de saúde ou trabalho de saúde.

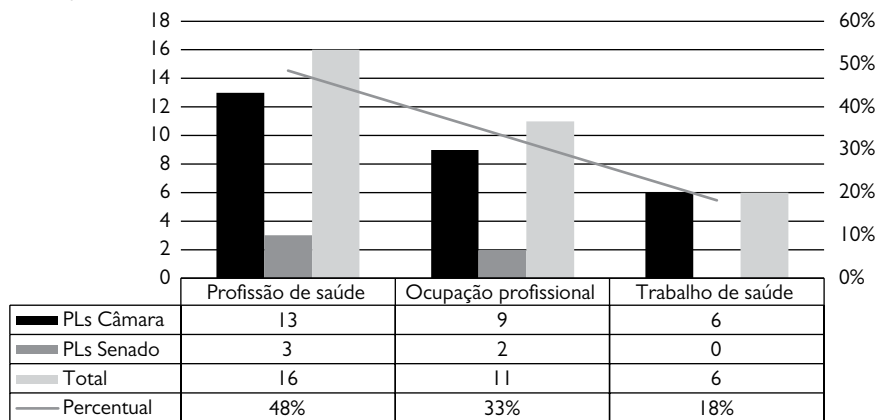
Considerou-se ocupação profissional de saúde a atividade ligada às ações e cuidados de saúde reconhecida formalmente como tal pelo MTE mediante a criação de um código específico na CBO. Como profissão de saúde, a ocupação



profissional que demanda formação educacional de nível superior para o desempenho de suas tarefas e deveres ligados aos cuidados de saúde (CBO + ensino superior). E, por fim, como trabalho de saúde, a atividade laborativa dedicada às ações e cuidados de saúde que não tenha uma CBO e que não exija curso superior (sem CBO + sem ensino superior).

Foram cruzados, portanto, os dados relativos às exigências de formação educacional previstas nos projetos de lei com a existência ou não de CBO (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Comparação dos PL quanto à formação acadêmica e existência de CBO: tipo de força de trabalho



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Segundo o Gráfico 3, os tipos de força de trabalho em saúde correspondem aos seguintes percentuais: 48% (16 do total de 33) dos projetos de lei regulamentam a categoria profissão de saúde; 33% (11 do total de 33) regulam ocupação profissional; e 18% (seis do total de 33) dos projetos de lei referem-se apenas ao trabalho de saúde.

Assim, apesar de terem sido selecionados 33 projetos de lei reguladores de novas profissões de saúde, de acordo com os critérios de inclusão acima, menos da metade regula, de fato, uma nova profissão de saúde, considerando a definição dada pela OMS.

De acordo com o parâmetro acima, as novas profissões de saúde e seus respectivos projetos de lei são: acupunturista: (PL 1549/2003); arteterapeuta (PL 3416/2015); biotecnologista (PL 3747/2015); gerontólogo (PLS 334/2013); ges-

tor de serviços de saúde (PLS 185/2014); massoterapeuta (PL 4088/2015); naturólogo (PL 3804/2012); osteopata (PL 2778/2015); podólogo (PL 6042/2005); psicomotricista (PL 795/2003); quiropraxista (PL 114/2015); sanitarista (PL 6311/2016); tecnólogos do eixo da saúde (gestão hospitalar, radiologia, sistemas biomédicos e oftálmica) (PL 2245/2007); terapeuta naturista (PL 4087/2015); e terapeuta naturalista (PL 6959/2010 e PLS 174/2017).

Já as ocupações de saúde e seus respectivos projetos de lei são: cuidador (PL 1385/2007); cuidador de idoso (PLS 284/2011); cuidador de pessoa (PL 2880/2008); doula (PL 8363/2017); gestor de serviços de saúde (PL 7482/2014); instrumentador cirúrgico (PL 642/2007 e PL 3869/2015); protesista/ ortesista (PL 5635/2005); registradores de câncer (PL 9210/2017); técnico em nutrição e dietética (PL 5056/2013); técnico em prótese dentária (PLS 620/2007);

Finalmente, os trabalhos de saúde e seus projetos reguladores são: agente comunitário de saúde bucal (PL 1274/2003); atendente pessoal de deficientes (PL 2587/2011); auxiliar de farmácias e drogarias (PL 668/2011); histotecnologista (PL 2090/1991); perfusionista cardiocirculatório e respiratório (PL 1587/2007); técnico em reabilitação de dependentes químicos (PL 2340/2015).

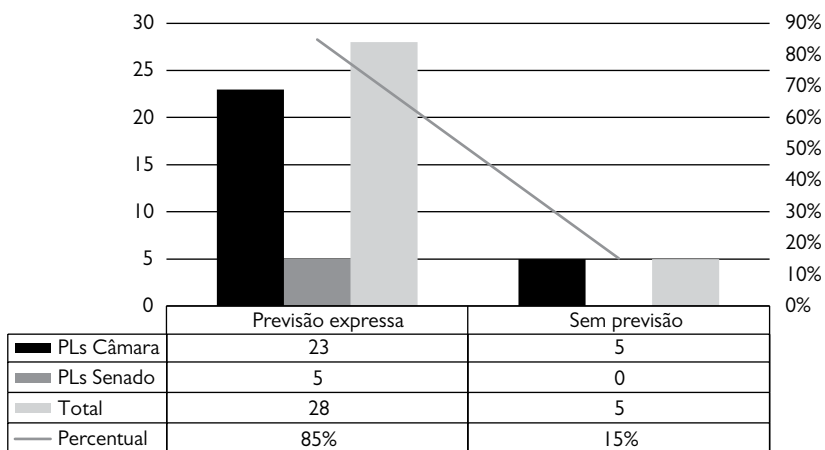
Oportuno reiterar que essas listas de profissão, ocupação e trabalho de saúde pautaram-se na previsão, no próprio projeto de lei, da exigência ou não de educação de nível superior para o desempenho das atividades profissionais e a existência ou não de um código específico na CBO.

Vale acrescentar, ainda, que o enquadramento como profissional da saúde pautou-se na previsão da exigência de formação de ensino superior veiculada no próprio projeto de lei. Por isso, as distorções com a realidade devem ser consideradas para utilização desses dados. Por exemplo, em alguns casos, não há oferta de curso superior reconhecido pelo Ministério da Educação embora tal formação específica seja exigida no projeto de lei. Outro exemplo é o caso do gestor de serviços de saúde listado como profissão (PLS 185/2014) e como ocupação (PL 7482/2014), em razão de um projeto de lei exigir nível superior e outro nada versar sobre a formação.

### **III Previsão de competências profissionais nos projetos de lei**

Embora se pressuponha que todo projeto de lei regulamentador de uma nova profissão regule minimamente a sua expertise, foram coletados dados relativos à previsão ou não das competências de atuação profissional (Gráfico 4).

**Gráfico 4.** Previsão expressa de competência para o exercício profissional nos PL



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

O Gráfico 4 revela que a regulamentação da competência para o exercício profissional foi expressamente prevista em 85% (23 do total de 28) projetos de lei em tramitação na Câmara dos Deputados e em todos os projetos de lei em tramitação no Senado Federal. Ainda que sejam percentuais altos de previsão, esperava-se que todos os projetos de lei reguladores de novas profissões tivessem explicitado suas competências.

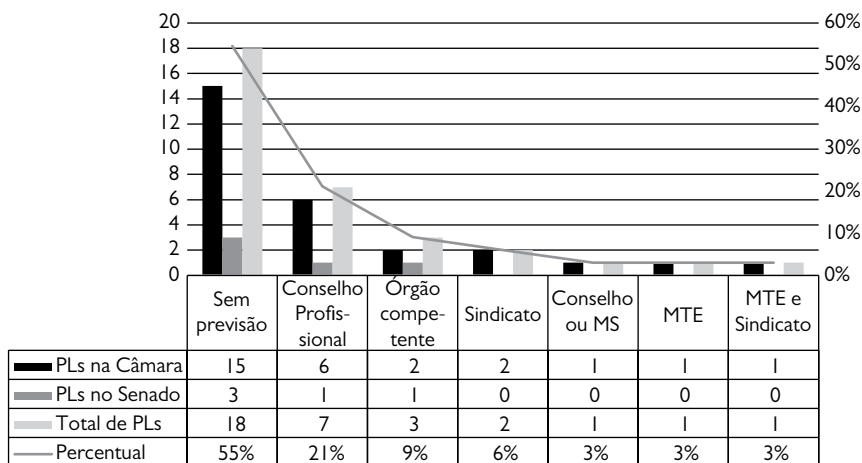
Não obstante tenha havido o deslocamento da qualificação profissional – adquirida pela obtenção do certificado de conclusão de curso auferido por meio do êxito nas provas – para a certificação de competências, que reivindica a aquisição de capacidades profissionais reais do trabalhador<sup>5</sup>, vale destacar que 15% dos projetos de lei em tramitação na Câmara dos Deputados não especificaram as competências para o exercício profissional regulado, demonstrando a ausência de justificativa teórica para sua aprovação.

#### IV Previsão de registro e fiscalização nos projetos de lei

Outros dados importantes levantados foram a previsão de registro e fiscalização do exercício profissional. O Gráfico 5 compila as informações coletadas acerca da previsão ou não de registro profissional e o respectivo órgão ou entidade competente para tal.

<sup>5</sup>RAMOS, Marise Nogueira. Certificação de competências. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. pp. 83-86.

**Gráfico 5. Previsão de registro profissional nos PL**



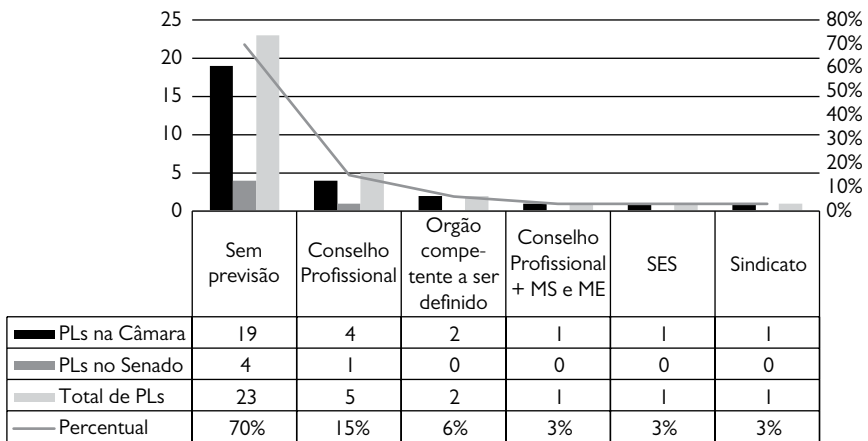
Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Quanto ao registro do profissional de saúde, verifica-se que 18 (55%) de um total de 33 projetos não fizeram qualquer previsão. Quando previsto, tal registro foi atribuído aos conselhos profissionais em sete (21%) projetos de lei; a órgão competente a ser definido em regulamento em três (9%) projetos de lei; aos sindicatos em dois (6%) projetos de lei; um projeto de lei foi atribuído ao MTE ou ao conselho profissional ou ao Ministério da Saúde; um projeto ficou a cargo apenas ao MTE; e, por fim, um projeto para o MTE e sindicato. Vê-se que a maioria dos projetos de lei, portanto, não se preocupou em regular o registro profissional.

Considerando que o exercício profissional deve ser limitado pelo poder de polícia, exercido por entidades estatais ou paraestatais e viabilizado pela fiscalização profissional, levantaram-se dados relativos à fiscalização consubstanciados no Gráfico 6.

Consoante o Gráfico 6, a fiscalização do exercício profissional não foi prevista em 70% dos projetos de lei. Quando prevista, essa fiscalização foi atribuída aos conselhos profissionais em cinco (15%) projetos de lei; a órgão competente a ser definido em regulamento em dois (6%); sindicato, secretaria estadual de saúde, conselho profissional mais Ministério da Saúde e da Educação em um (3%) projeto de lei cada.

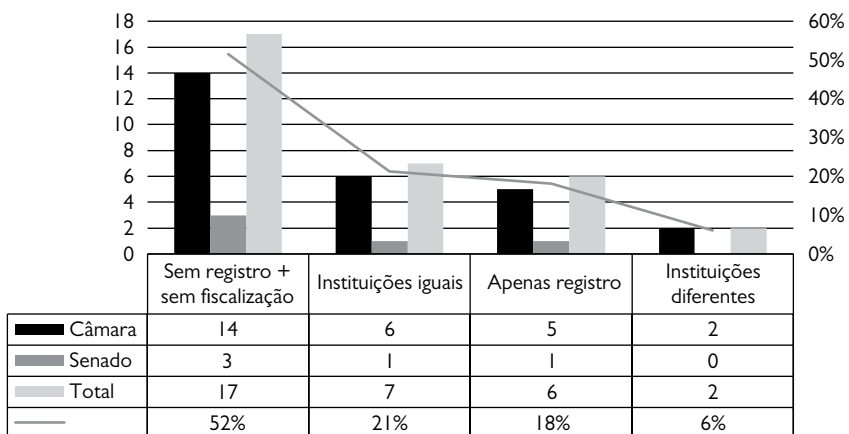
**Gráfico 6.** Previsão de fiscalização do exercício profissional nos PL



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

O cruzamento dos dados relativos ao registro e à fiscalização do exercício profissional foram compilados no Gráfico 7.

**Gráfico 7.** Comparação dos PL quanto à previsão de registro e de fiscalização



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Constata-se, no Gráfico 7 que em 17 (52%) projetos de lei não houve previsão nem do registro e nem da fiscalização do exercício profissional; em

sete (21%) houve a previsão simultânea para registro e fiscalização pelos conselhos profissionais; em seis (18%) foi previsto apenas o registro; em dois (6%) o registro e a fiscalização foram atribuídos a instituições distintas – um projeto com registro ao MTE e fiscalização ao conselho profissional e outro com registro atribuído ao sindicato e a fiscalização à secretaria estadual de saúde; e, por fim, um projeto de lei teve previsão apenas para fiscalização.

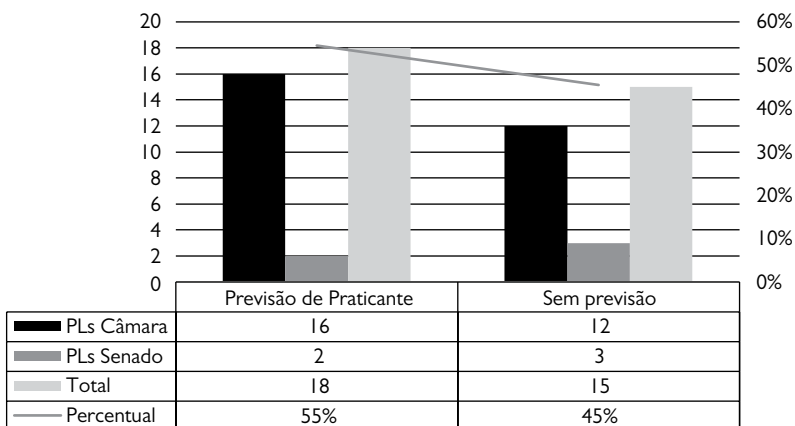
Assim, quanto à regulação do exercício profissional, verificou-se que 70% dos projetos de lei ora investigados não fizeram qualquer previsão quanto à fiscalização dos profissionais de saúde por nenhum órgão ou entidade e 55% deles não previram o seu registro profissional. Isso revela que uma das finalidades precipuas para regulamentação de uma profissão – o controle estatal dos riscos oferecidos – não foi minimamente abordada.

Dos projetos de lei que se dedicaram a regular o registro e a fiscalização do exercício profissional, 21% atribuíram tais incumbências aos conselhos profissionais, demonstrando a importância de limitação pelo poder de polícia exercido por essas entidades.

## V Regularização dos praticantes nos projetos de lei

Outros dados levantados nos projetos de lei foram os relativos ao reconhecimento e à regularização do exercício profissional dos praticantes, segundo Gráfico 8.

**Gráfico 8.** Previsão de Regularização de Praticantes para o exercício profissional nos PL

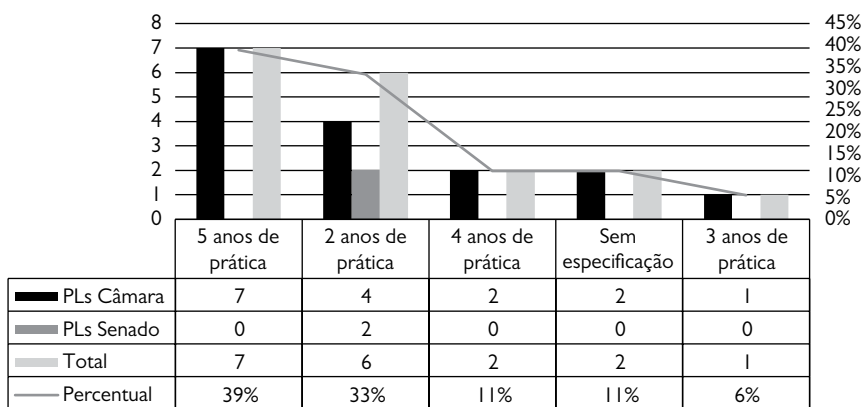


Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

O Gráfico 8 revela que os projetos de lei reguladores das novas profissões de saúde contemplaram, em 55% (18 do total de 33) dos casos, a regularização dos praticantes da respectiva atividade profissional.

Ademais, nesses projetos que reconhecem a situação dos praticantes, pesquisou-se a previsão dos anos de prática necessários para a sua regularização como profissionais (Gráfico 9).

**Gráfico 9.** Previsão dos anos de prática para regularização do exercício profissional nos PL



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Segundo o Gráfico 9, a comprovação de cinco anos de prática foi exigida, majoritariamente, em 39% (sete do total de 18) dos projetos de lei que regularizam o exercício profissional dos praticantes. Em seis deles (33%) exigiu-se dois anos de prática comprovada. Em dois projetos (11%) exigiu-se quatro anos de prática; em um projeto, três anos; e em outros dois não houve delimitação temporal para a prática.

Consoante *Franzoi*<sup>6</sup>, a regulamentação de uma profissão revela a capacidade de mobilização de seus praticantes para a constituição de uma associação profissional, “da persuasão de setores da sociedade de sua importância e da capacidade de *lobby* junto ao Congresso Nacional para apresentação e aprovação de um projeto de lei de regulamentação”. Nesse sentido, a regularização dos praticantes como profissionais por meio de lei decorre desse processo de afirmação histórica de uma profissão.

<sup>6</sup>FRANZOI, Naira Lisboa. Profissão. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. pp. 228-232.

Apesar disso, 11% dos projetos de lei que previram tal regularização não o fizeram de modo suficientemente adequado, tendo em vista que não se preocuparam em estipular requisitos mínimos para isso, tal como os anos de prática a serem comprovados.

## VI Previsão de conselhos profissionais nos projetos de lei

O Ministério da Saúde, no Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, adotou a seguinte definição para conselhos profissionais:

**Autarquias** a quem o Estado brasileiro, através da descentralização de atividades, incumbe da **fiscalização do exercício profissional**. Os Conselhos Profissionais são responsáveis por aplicar sanções e limitar direitos, quando verificada alguma irregularidade no exercício de uma profissão. Tais entidades **detêm poder de polícia**. Como autarquias, os Conselhos são criados por lei, têm personalidade jurídica própria e devem prestar contas ao Tribunal de Contas da União (TCU)<sup>7</sup>. (Destaque nossos).

47

Afirma-se, pois, que a fiscalização do exercício profissional é atribuição dos conselhos profissionais, consoante o Ministério da Saúde.

O fundamento que corrobora a natureza jurídica dos conselhos profissionais como autarquia decorre, certamente, da declaração de inconstitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal (STF) do art. 58, da Lei n. 9.649/1998, que disciplinava a organização da Presidência da República e dos ministérios nos termos seguintes:

Art. 58. Os serviços de fiscalização de profissões regulamentadas serão exercidos em **caráter privado**, por delegação do poder público, mediante autorização legislativa.

§ 2º. Os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas, dotados de **personalidade jurídica de direito privado**, não manterão com os órgãos da Administração Pública qualquer vínculo funcional ou hierárquico.

§ 4º. Os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas são autorizados a **fixar, cobrar e**

---

<sup>7</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. *Matriz mínima de registro de profissionais de saúde do Mercosul*: Manual de elaboração para profissionais de saúde. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/forum\\_permanente\\_mercosul\\_trabalho\\_saude.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/forum_permanente_mercosul_trabalho_saude.pdf). Acesso em: 13 de março de 2018.



**executar as contribuições anuais** devidas por pessoas físicas e jurídicas, bem como preços de serviços e multas, que constituirão receitas próprias, considerando-se título executivo extrajudicial a certidão relativa aos créditos decorrentes. (Destques nossos).

Com efeito, nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.717<sup>8</sup>, o STF reconheceu que as contribuições anuais a que se refere o §4º do art. 58 possuem natureza tributária e são de competência da União Federal, não podendo ser delegada a ente dotado de personalidade jurídica de direito privado a capacidade de fixar, cobrar e executar tal cobrança (art. 7º do Código Tributário Nacional – CTN), em face do art. 119 do Código Tributário Nacional (CTN), que prevê que o “sujeito ativo da obrigação [tributária] é a pessoa jurídica de direito público titular da competência para exigir o seu cumprimento”.

48

Assim, de acordo com o STF, os conselhos profissionais têm natureza jurídica de autarquia: uma entidade da Administração Pública indireta, dotada de personalidade jurídica de direito público (art. 4º, inciso II, *alínea* “a” e art. 5º, inciso I, do Decreto-Lei n. 200/1967) e que somente pode ser criada por meio de lei específica (art. 37, inciso XIX, da CF/88). Como explica *Marinela*, a regra constitucional que exige a criação de autarquia por “lei específica” estabelece que uma lei ordinária terá como finalidade exclusiva a criação de autarquia, não podendo cuidar de outros assuntos além da criação dessa pessoa jurídica<sup>9</sup>.

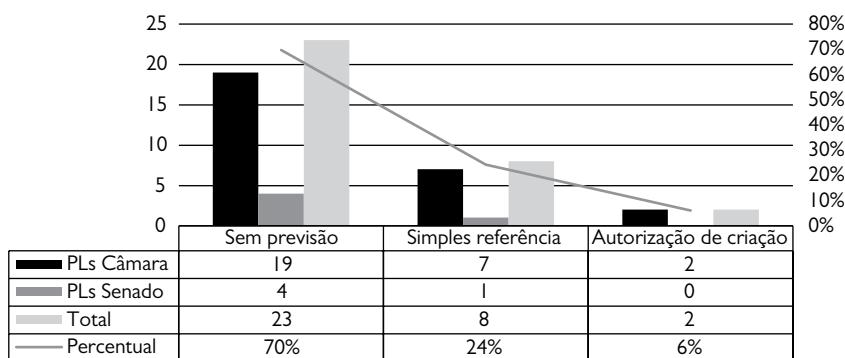
Ademais, consoante interpretação sistemática do art. 61, §1º, inciso II, *alínea* “e” (“São de iniciativa privativa do Presidente da República as leis que: [...] II – disponham sobre: [...] e) criação e extinção de Ministérios e órgãos da administração pública, observado o disposto no art. 84, VI) cumulado com o art. 84, inciso VI, *alínea* “a”, ambos da CF/88 (“Compete privativamente ao Presidente da República: [...] VI – dispor, mediante decreto, sobre: a) organização e funcionamento da administração federal, quando não implicar aumento de despesa nem criação ou extinção de órgãos públicos”), somente o presidente da República detém a competência privativa para iniciar projetos de lei que criem conselhos profissionais ou que atribuam tal incumbência a um órgão componente da Administração Pública Federal, sob pena de gerar inconstitucionalidade formal por vício de iniciativa.

Quanto à previsão de conselhos profissionais nos projetos de lei, foram coletados dois tipos de dados: a simples referência no projeto de lei ao conselho profissional e a autorização de sua criação pelo próprio projeto de lei (Gráfico 10).

<sup>8</sup>BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.717. Relator Min. Sydney Sanches. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=266741>. Acesso em: 10 mai. 2018.

<sup>9</sup>MARINELA, Fernanda. *Direito Administrativo*. 5. ed. Niterói: Impetus, 2011, p. 102-103.

**Gráfico 10. Previsão de conselhos profissionais nos PL**



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Conforme o Gráfico 10, em 70% (23 do total de 33) dos projetos de lei, não houve qualquer previsão ou referência aos conselhos profissionais; em 24% (8 do total de 33), houve a simples referência aos conselhos, atribuindo-lhes, por exemplo, às funções de registro e/ou fiscalização; e em 6% (2 do total de 33), os projetos de lei reguladores de novas profissões de saúde criaram os respectivos conselhos profissionais.

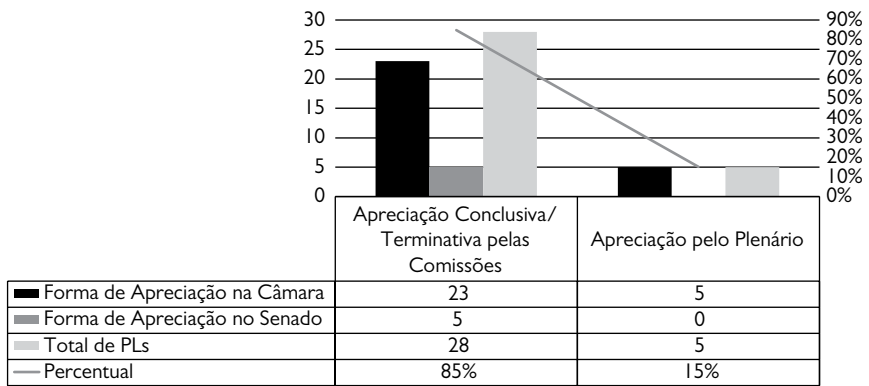
Logo, considerando tal exigência constitucional, verifica-se que 6% dos projetos de lei em exame apresentam vício de inconstitucionalidade formal por terem sido iniciados por deputados ou senadores, e não pelo presidente da República, conforme tal entendimento. Apesar disso, não foram encontrados pareceres das comissões parlamentares nesse sentido.

## VII Tramitação nas comissões parlamentares

O Gráfico 11 destaca a forma de apreciação dos projetos de lei na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, que pode ser pelo plenário da casa legislativa ou por decisão terminativa das respectivas comissões parlamentares.

O Gráfico 11 aponta que 85% (28 do total de 33) dos projetos de lei estão sujeitos a apreciações conclusivas ou terminativas, respectivamente, das comissões parlamentares da Câmara dos Deputados e as do Senado Federal; e que 15% (cinco do total de 33) serão (ou foram) submetidos à apreciação pelo plenário das casas legislativas (considerando a casa legislativa onde se iniciou a tramitação do projeto), verificando-se a preponderância da atuação das comissões parlamentares na apreciação conclusiva ou terminativa dos projetos de lei submetidos.

**Gráfico I I. Forma de apreciação dos PL na Câmara e no Senado**



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Tal possibilidade é conferida pelo art. 58, §6º, inciso I da CF/88:

Art. 58. O Congresso Nacional e suas Casas terão comissões permanentes e temporárias, constituídas na forma e com as atribuições previstas no respectivo regimento ou no ato de que resultar sua criação.

§ 2º Às comissões, em razão da matéria de sua competência, cabe:

I - discutir e votar projeto de lei que dispensar, na forma do regimento, a competência do Plenário, salvo se houver recurso de um décimo dos membros da Casa;

Nesse sentido, os regimentos internos do Senado Federal e da Câmara dos Deputados disciplinam a apreciação conclusiva ou terminativa pelas comissões parlamentares.

- Regimento Interno do Senado Federal:

Art. 91. Às comissões, no âmbito de suas atribuições, cabe, dispensada a competência do Plenário, nos termos do art. 58, § 2º, I, da Constituição, discutir e votar:

I - projetos de lei ordinária de autoria de Senador, ressalvado projeto de código;

§ 1º. O Presidente do Senado, ouvidas as lideranças, poderá conferir às comissões competência para apreciar, terminativamente, as seguintes matérias:

IV - projetos de lei da Câmara de iniciativa parlamentar que tiverem sido aprovados, em decisão terminativa, por comissão daquela Casa;

V - indicações e proposições diversas, exceto:

a) projeto de resolução que altere o Regimento Interno;

b) projetos de resolução a que se referem os arts. 52, V a IX, e 155, §§ 10, IV, e 2º., IV e V, da Constituição;

c) proposta de emenda à Constituição.

- Regimento Interno da Câmara dos Deputados:

Art. 24. Às Comissões Permanentes, em razão da matéria de sua competência, e às demais Comissões, no que lhes for aplicável, cabe:

II - discutir e votar projetos de lei, dispensada a competência do Plenário, salvo o disposto no § 2º. do art. 132 e excetuados os projetos:

a) de lei complementar;

b) de código;

c) de iniciativa popular;

d) de Comissão;

e) relativos a matéria que não possa ser objeto de delegação, consoante o § 1º. do art. 68 da Constituição Federal;

f) oriundos do Senado, ou por ele emendados, que tenham sido aprovados pelo Plenário de qualquer das Casas;

g) que tenham recebido pareceres divergentes;

h) em regime de urgência;

(Grifo nosso)

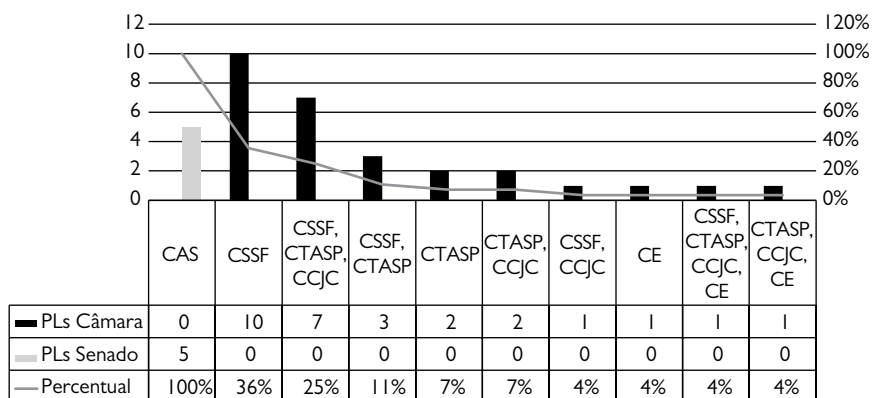
Conclui-se então que o tema da regulamentação das profissões de saúde fica, em regra, a cargo das decisões terminativas ou conclusivas das Comissões Parlamentares.

Quanto à tramitação nas casas legislativas, o Gráfico 12 revela em quais comissões parlamentares os projetos de lei tramitam.

De acordo com o Gráfico 12, constata-se que 80% (quatro de um total de cinco) dos projetos de lei no Senado Federal tramitam na Comissão de Assuntos Sociais (CAS). Já na Câmara dos Deputados, 36% (10 do total de 28) dos proje-

tos de lei tramitam na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF); 25% (seis do total de 28) dos projetos tramitam na CSSF, na Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público (CTASP) e na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC); e 11% (três do total de 28), na CSSF e na CTASP e assim por diante.

**Gráfico 12.** Tramitação dos PL nas comissões parlamentares da casa iniciadora



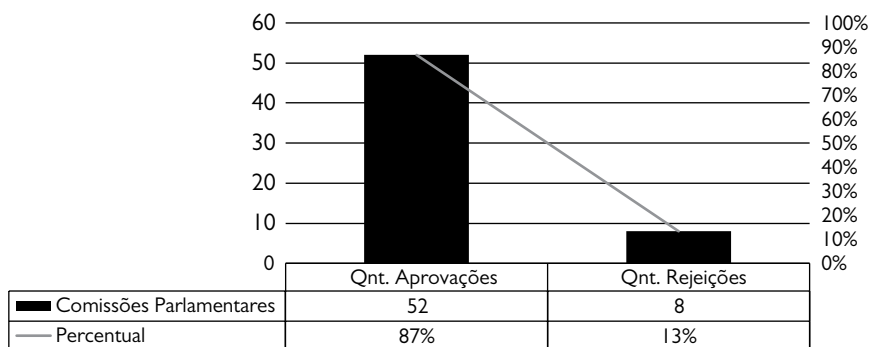
Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Dessa forma, os projetos de lei reguladores de novas profissões de saúde tramitam majoritariamente nas comissões parlamentares da Câmara dos Deputados e do Senado Federal relacionadas ao campo da seguridade social (CSSF da Câmara e Comissão de Assuntos Sociais – CAS – do Senado). Na Câmara dos Deputados, outra comissão parlamentar importante para apreciação dos projetos de lei nessa matéria é a CTASP, que historicamente, desde a Resolução n. 30/1972, reiterada pelo Regimento Interno da Câmara de 2004, é encarregada de opinar sobre a regulamentação do exercício profissional.

Isso ocorre porque a tramitação dos projetos de lei nas comissões parlamentares dependerá da matéria regulada, conforme dispõe o §2º do art. 58 da CF/88. Nessa esteira, em se tratando de regulamentação de profissões de saúde, os projetos de lei ora investigados tramitam primordialmente na CSSF e na CTASP, ambas da Câmara dos Deputados, e na CAS, do Senado Federal.

Por fim, o Gráfico 13 mostra a compilação dos resultados relativos às apreciações dos projetos de lei pelas comissões parlamentares nas duas casas legislativas.

**Gráfico 13.** Apreciações dos PLs pelas Comissões Parlamentares nas Duas Casas Legislativas\*



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Nota: \*Os dados coletados para elaboração do gráfico referem-se ao resultado da apreciação (aprovação ou rejeição) dos projetos de lei pelas comissões parlamentares na casa legislativa iniciadora e revisora até o dia 09 de março de 2018. Foram excluídos, portanto, dessa contabilização os resultados em que as comissões ainda não haviam emitido parecer.

De acordo com o Gráfico 13, portanto, considerando-se o resultado das apreciações das comissões parlamentares que opinaram pela aprovação ou rejeição dos projetos de lei ora investigados, 87% (52 do total de 60) dos pareceres foram pela aprovação e 13% dos pareceres pela rejeição.

Vale esclarecer, oportunamente, quanto às condições para o exercício profissional a serem estabelecidas em lei, que a referida CTASP, da Câmara dos Deputados, elaborou dois verbetes de súmula de jurisprudência, estabelecendo critérios cumulativos necessários para regulamentação de uma profissão:

- Verbetes n. 01/CTASP, de 26 de setembro de 2001:
  1. que a atividade exija conhecimentos teóricos e técnicos;
  2. que seja exercida por profissionais de curso reconhecido pelo Ministério da Educação e do Desporto, quando for o caso;
  3. que o exercício da profissão possa trazer riscos de dano social no tocante à saúde, ao bem-estar, à liberdade, à educação, ao patrimônio e à segurança da coletividade ou dos cidadãos individualmente;
  4. que não proponha a reserva de mercado para um segmento em detrimento de outras profissões com formação idêntica ou equivalente;

5. que haja a garantia de fiscalização do exercício profissional;
6. que se estabeleçam os deveres e as responsabilidades pelo exercício profissional e
7. que a regulamentação seja considerada de interesse social<sup>10</sup>.

• Verbetes n. 02/CTASP, de 28 de maio de 2008:

1. que não proponha a reserva de mercado para um segmento em detrimento de outras profissões com formação idêntica ou equivalente;
2. que haja a garantia de fiscalização do exercício profissional; e
3. que se estabeleçam os deveres e as responsabilidades pelo exercício profissional<sup>11</sup>.

54

Nota-se que esses critérios seguiram aqueles recomendados pelo representante do MTE para regulamentação de uma profissão: a existência prévia de reconhecimento da ocupação pela CBO, a justificativa de que o exercício profissional atende ao interesse público e a previsão de condições para fiscalização do exercício profissional<sup>12</sup>.

Tais verbetes, entretanto, já foram revogados pela própria CTASP<sup>13</sup>, não sendo possível detectar precisamente os atuais critérios norteadores para aprovação dos projetos de lei regulamentadores de novas profissões. Da análise dos pareceres da CTASP que rejeitaram projetos de lei de regulamentação de novas profissões, inclusive, verificou-se que a inobservância de um ou mais requisitos listados nos verbetes foram citados como fundamentação para a não aprovação.

Nos pareceres da CSSF que rejeitaram os projetos de lei em exame, constatou-se, ainda, outros critérios: a indicação da existência de regulação do tema em ou-

<sup>10</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público – CTASP. *Verbetes n. 01, de 26 de setembro de 2001*. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ctasp/documentos/sumula/copy\\_of\\_verbete.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ctasp/documentos/sumula/copy_of_verbete.pdf). Acesso em: 30 abr. 2018.

<sup>11</sup> BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público – CTASP. *Verbetes n. 02, de 28 de maio de 2008*. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ctasp/documentos/sumula/Verbetes%20no%2002-CTASP-%20de%2028-05-08.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

<sup>12</sup> SOUZA, Joicy Mirely de. *O processo de regulamentação de profissões*. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/7513a223-ce94-454a-902f-57a0e49b369d>. Acesso em: 14 de mai. 2018

<sup>13</sup> Após consulta inicial na página da CTASP constante no site da Câmara dos Deputados (<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ctasp>), tais informações foram retiradas. Para a confirmação da revogação foi feito contato com o "Fale Conosco" da Câmara.

tro projeto de lei já em andamento; a rejeição de curso técnico pelo Ministério da Educação contemplado pelo projeto de lei, etc.

No Senado Federal, a justificativa da CAS para rejeição do projeto de lei foi a não comprovação do interesse público para a regulamentação da profissão de saúde.

Por fim, embora este capítulo tenha indicado a existência de vícios formais de inconstitucionalidade em alguns projetos de lei, não houve qualquer referência a isso nos pareceres das Comissões Parlamentares analisados.

## **Considerações finais**

Da análise geral dos projetos de lei ordinária regulamentadores das novas profissões de saúde em tramitação no Congresso Nacional, observou-se que, em regra, a forma de apreciação dos projetos de lei é majoritariamente feita por decisão conclusiva ou terminativa das comissões parlamentares, em especial a CSSF e a CTASP na Câmara dos Deputados e a CAS no Senado Federal.

Como as justificativas e os resultados da apreciação (aprovação ou rejeição) de tais projetos de lei pelas comissões parlamentares foram diversificadas, tendo havido projeto de lei com pareceres diferentes (aprovado por uma comissão e rejeitado por outra), constata-se a ausência de padronização de requisitos para criação de lei regulamentadora do exercício profissional no Brasil.

Essa ausência de referencial regulatório que explicita os critérios necessários para que um projeto de lei proponha a regulamentação adequada de uma profissão ocasiona, portanto, a apresentação de proposições legislativas deficientes, por deixarem de regular requisitos imprescindíveis, e distorcidas da realidade, por veicularem, por exemplo, exigências de formação específica que não reconhecidas pelo Ministério da Educação.

Urge, portanto, a criação de um consenso interinstitucional entre as comissões parlamentares, que são encarregadas pela aprovação de tais projetos de lei, o Ministério da Educação, responsável da regulação e autorização da oferta de cursos de graduação em articulação com o Ministério da Saúde, o MTE, competente para o reconhecimento de uma nova ocupação profissional mediante a criação de um código específico na CBO, e o Ministério da Saúde, regulador das políticas de saúde que necessitam estrategicamente de força de trabalho especializada para atuação e execução.



## Referências

- BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público – CTASP. *Verbete n. 01, de 26 de setembro de 2001*. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ctasp/documentos/sumula/copy\\_of\\_verbete.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ctasp/documentos/sumula/copy_of_verbete.pdf). Acesso em: 30 abr. 2018.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público – CTASP. *Verbete n. 02, de 28 de maio de 2008*. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/ctasp/documentos/sumula/Verbete%20no%2002-CTASP-%20de%2028-05-08.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.
- \_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em 15 ago. 2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. *Matriz mínima de registro de profissionais de saúde do Mercosul: Manual de elaboração para profissionais de saúde*. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/forum\\_permanente\\_mercosul\\_trabalho\\_saude.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/forum_permanente_mercosul_trabalho_saude.pdf). Acesso em: 13 de março de 2018.
- \_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.717. Relator Min. Sydney Sanches. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=266741>. Acesso em: 10 mai. 2018.
- FRANZOI, Naira Lisboa. Profissão. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. pp. 228-232.
- MARINELA, Fernanda. *Direito Administrativo*. 5. ed. Niterói: Impetus, 2011, p. 102-103.
- RAMOS, Marise Nogueira. Certificação de competências. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. pp. 83-86.
- SOUZA, Joicy Mirelly de. *O processo de regulamentação de profissões*. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/7513a223-ce94-454a-902f-57a0e49b369d>. Acesso em: 14 de mai. 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Classification of health workforce statistics: Mapping occupations to the international standard classification, s.d.*, Genebra. Disponível em: [http://www.who.int/hrh/statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf). Acesso em: 28 fev. 2018.
- \_\_\_\_\_. Health workers: a global profile. *World Health Report, 2006*. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2006/06\\_chap1\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf). Acesso em: 28 fev. 2018. p. 1.

# **Panorama jurídico institucional das especialidades médicas no Brasil**

Institutional legal overview of medical specialties in Brazil

---

Janaina Vieira de Castro<sup>1</sup>  
Rachelle Amália Agostini Balbinot<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

## Introdução

As especialidades médicas apresentam algumas peculiaridades em relação às demais profissões de saúde, seja no que se refere à organização das Residências Médicas, seja no que se refere aos poderes delegados pelo Conselho Federal de Medicina para as Associações médicas de especialidades.

Por essa razão, busca-se com essa pesquisa compreender todos os aspectos que cercam a atual regulação das especialidades médicas no país.

## Metodologia

Utilizou-se o método de pesquisa bola de neve. Primeiro, foram identificadas as principais leis e normas que regulam o objeto da pesquisa. Depois, seguiu-se a cadeia de referências indicadas por essas normas, o que determinou os próximos desdobramentos da análise e possibilitou a ampliação do corpo de pesquisa, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos. O ponto de saturação foi atingido, quando as referências passaram a se repetir, tornando a referenciação circular, ou seja, independentemente, da sequência e do caminho adotados as mesmas normas eram revisitadas. Concluiu-se, portanto, que o conjunto regulatório global sobre o tema havia sido, satisfatoriamente, determinado. O mesmo caminho foi percorrido e discutido várias vezes pelos pesquisadores participantes, até que se estabeleceu com segurança que o conjunto regulatório que compõem o corpo de pesquisa é confiável.

Simultaneamente à identificação e construção do corpo de pesquisa, foram criadas fichas de leitura, com o objetivo de responder às perguntas norteadoras da pesquisa. As fichas de leitura foram sendo preenchidas, à medida que cada lei ou norma era analisada. O resultado da análise crítica e da problematização dos dados e informações obtidos e compilados nessa etapa serão apresentados a seguir

A lei de criação do Conselho de Medicina (Lei n. 3.268/1957) e o convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) por meio da Resolução CFM 1.634/2002, que dispõe sobre o reconhecimento de especialidades médicas serviram de base para o início da pesquisa. As perguntas norteadoras da pesquisa tiveram como objetivo elaborar um quadro normativo contemplando os diversos atores envolvidos no tema objeto do projeto, a especialização e as especialidades na área médica

Como fonte de pesquisa, foram utilizados os *sites* oficiais do Ministério da Educação (MEC), do CFM, da AMB e do Palácio do Planalto.

## Resultados

Os resultados serão apresentados tanto a partir da perspectiva da instituição reguladora da formação (MEC, AMB e CFM), como da reguladora do exercício da profissão e certificadora (CFM).

As respostas aos questionamentos formulados durante o projeto tiveram como fundamento legal o conjunto regulatório sobre o tema, em especial:

- Lei n. 6.932/1981, que disciplina a atividade do médico residente;
- Decreto n. 7.562/2011, que trata da CNRM e do exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica;
- Lei n. 12.871/2013, que institui o Programa Mais Médicos no Brasil;
- Decreto n. 8.516/2015, que trata do Cadastro Nacional de Especialidades; e
- Lei n. 3.268/1957, que dispõe sobre os conselhos de medicina, regulamentada pelo Decreto n. 44.045/1958.

Verifica-se a existência de um lapso temporal considerável desde a edição do Decreto Lei n. 7.955/1945, que instituiu os conselhos de medicina e que foi, posteriormente, revogado pela Lei n. 3.268, em 1957, até a publicação do Decreto n. 7.562/2011, que trata da CNRM.

Uma das hipóteses de pesquisa é que, ao longo desses anos, a regulação da profissão de medicina e das suas especialidades foi altamente influenciada por questões sociais, políticas e de mercado. Há indícios de que o processo político de organização da profissão e sua correspondente regulação não foi necessariamente estruturado, nem alinhado às políticas públicas voltadas para o setor. Há indicativos de que a regulação foi determinada por arranjos políticos e econômicos.

A criação do convênio que promoveu o reconhecimento de especialidades médicas, firmado entre o CFM, AMB e a CNRM, é uma evidência desse arranjo. É o que também revelam as tratativas em torno da criação da CNRM, as quais foram inicialmente formalizadas na Resolução CFM n. 1.634/2002 e serviram, posteriormente de base para o texto do Decreto n. 7.562/2011, que trata da criação da CNRM. Para referência, segue abaixo a transcrição do preâmbulo da Resolução CFM n. 1.634/2002.

CONSIDERANDO que os avanços científicos e tecnológicos têm aumentado progressivamente o campo de trabalho médico, com tendência a determinar o surgimento contínuo de especialidades;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, e a Comissão Nacional de Residência Médica, organismos voltados para o aperfeiçoamento técnico e desempenho ético dos que se dedicam à medicina no Brasil, decidiram adotar condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de especialidades médicas no país;

CONSIDERANDO que as entidades referidas, por visarem ao mesmo objetivo, vêm trabalhando em conjunto na forma de Comissão Mista de Especialidades para uniformizar a denominação e condensar o número das especialidades existentes no Brasil;

CONSIDERANDO que conhecimentos e práticas médicas dentro de determinadas especialidades representam segmentos a elas relacionados, constituindo áreas de atuação caracterizadas por conhecimentos verticais mais específicos;

CONSIDERANDO que as especialidades sujeitam-se aos processos dinâmicos da medicina, não podendo, por isso, ser permanentes nem imutáveis, podendo, dependendo das circunstâncias e necessidades, sofrer mudanças de nomes, fusões ou extinções;

CONSIDERANDO o que foi decidido pela Comissão Mista de Especialidades e aprovado em Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina, realizada em 11.04.2002; [...]

Acredita-se que a criação da CNRM é resultado da influência do mercado na regulação do setor. A doutrina registra o ajuste entabulado (adoção de condutas comuns), o que reforça a hipótese de que a origem da regulação é sociológica:

O reconhecimento de uma especialidade médica é hoje definido conjuntamente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela CNRM, que decidiram adotar, em 2002, condutas comuns relativas à criação e reconhecimento de especialidades médicas no país. O processo se dá por meio da Comissão Mista de Especialidades, instituída por convênio próprio, aprovado e regido pela Resolução n. 1.634/2002 do CFM, atualizada pela Resolução n. 2.116/2015, além de outras que a antecederam (CFM, 2002; 2015). Antes disso, este reconhecimento ficava a cargo da AMB mediante solicitação de entidade civil organizada

que reunisse pelo menos cem especialistas afins e existisse há pelo menos dois anos (AMB, 1994)<sup>1</sup>.

A Resolução CFM n. 1.970/2011 alterou a Resolução CFM n. 1.634/2002, especificamente no que se refere às competências de cada uma das instituições envolvidas na regulação da formação e do exercício da atividade profissional. Estabeleceu de um lado as competências do MEC e da CNRM e, de outro as do CFM e da AMB, nos seguintes termos:

RESOLUÇÃO CFM n. 1.970/2011 - Altera o artigo 3º e a cláusula primeira do objeto do Convênio AMB/CFM celebrado na Resolução CFM n. 1.634, de 11 de abril de 2002, publicada no D.O.U. de 29 de abril de 2002, seção I, p. 81, que 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).

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e a Lei n. 11.000, de 15 de dezembro de 2004, que altera Lei n. 3.268/57, e,

CONSIDERANDO que o objeto deste convênio visa disciplinar e uniformizar a nomenclatura de especialidades médicas e suas áreas de atuação;

CONSIDERANDO que são polos distintos a conferir os certificados, um deles decorrente da competência da Comissão Nacional de Residência Médica do MEC e outro da Associação Médica Brasileira e seus departamentos (sociedades) de especialidade;

CONSIDERANDO que tais competências não se confundem quer quanto às estratégias de formação quer quanto à forma de avaliação e outorga do certificado;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada em 8 de junho de 2011,

---

<sup>1</sup> ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 633-667, Junho 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000200633&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200633&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>.

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 3º da Resolução CFM n. 1.634, de 11 de abril de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 3º Fica vedada ao médico a divulgação de especialidade ou área de atuação que não for reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina”.

Art. 2º As alíneas “a”, “b” e “c” da Cláusula Primeira, do Objeto, do Convênio AMB/CFM celebrado na Resolução CFM n. 1.634, de 11 de abril de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

a. CNRM – Credenciar, autorizar, avaliar e fiscalizar o funcionamento dos programas de Residência Médica, conferindo seus certificados;

b. AMB – Orientar as suas sociedades de especialidade e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados emitidos pelas mesmas e em conformidade com este convênio;

c. CFM – Registrar os títulos e certificados emitidos na forma da lei e deste convênio.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

De acordo com o Decreto n. 8.516/2015, a competência para definir as especialidades médicas no país é da Comissão Mista de Especialidades (CME). A CME é vinculada ao CFM e é composta por membros da CNRM (Ministério da Saúde e MEC), do CFM e da AMB, os quais em consenso irão definir as especialidades médicas.

Art. 4º Fica estabelecida a Comissão Mista de Especialidades, vinculada ao CFM, a qual compete definir, por consenso, as especialidades médicas no País.

§1º A Comissão Mista de Especialidades será composta por:

I - dois representantes da CNRM, sendo um do Ministério da Saúde e um do Ministério da Educação;

II - dois representantes do CFM; e

III - dois representantes da AMB.

Verifica-se que o Ministério da Saúde participa da regulação das especialidades como expectador e seu envolvimento não é direto, ou seja, é apenas lateral. A CME é composta por membros do Ministério da Saúde, do Ministério da

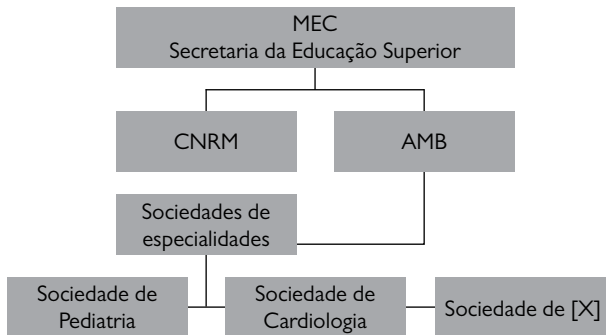
Educação, do CFM e da AMB. Nota-se que todas essas instituições têm assento na CME, cujas deliberações adotam o modelo consensual para definir as especialidades médicas no país.

O título de especialista será concedido (a) pelas sociedades de especialidades, por meio da AMB ou (b) pelos programas de residência médica credenciados pela CNRM (art. 2º, parágrafo único, Decreto n. 8.516/2015)

Para fins do disposto neste Decreto, o título de especialista de que tratam os §3º e §4º do art. 1º da Lei n. 6.932, de 1981, é aquele concedido pelas sociedades de especialidades, por meio da Associação Médica Brasileira - AMB, ou pelos programas de residência médica credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

## II Resultados na perspectiva da instituição reguladora da formação (MEC, AMB e CFM)

O termo especialização relaciona-se, diretamente, com a atividade acadêmica. No âmbito acadêmico, é possível realizar: (a) pós-graduação *latu sensu*, também conhecida como residência médica e (b) pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), regulados, portanto, pelo MEC (Figura 1).



**Figura I.** Organograma sob a perspectiva da instituição reguladora da formação de especialistas

### 1 Pós-Graduação *latu sensu* – residência médica

A definição de residência médica está diretamente atrelada ao ensino de pós-graduação, na modalidade de curso de especialização. O Decreto n. 80.281/1977 define residência médica nos seguintes termos:



Art. 1º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Alguns anos após a publicação do Decreto n. 80.281/1977, que regula a residência médica e cria a CNRM, a Lei n. 6.932/1981 impôs restrições ao oferecimento de programas de residência médica e até mesmo ao uso da expressão “residência médica”, nos seguintes termos:

Art. 1º A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§1º As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§2º É vedado o uso da expressão «residência médica» para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 2º Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil

Acredita-se que a especificidade da alteração promovida na regulação é indício da atuação de alguns atores em busca da restrição do mercado no setor.

A Resolução CFM n. 1634/2002 define especialidade como “Núcleo de organização do trabalho médico que aprofunda verticalmente a abordagem teórica e prática de seguimentos da dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade.”

Em contraposição ao conceito de especialização, tem-se o de “generalista”. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em medicina, este curso tem como meta a formação do médico “generalista, propositivo e resolutivo”.

A residência médica constitui uma modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil e como tal se submete às necessidades do SUS, conforme dispõe o art. 1º, §4º da Lei n. 6.932/1981: “As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).”

O conceito de especialidade é relevante na medida em que “a regulação das instituições e dos programas de residência médica deverá considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS” (art. 2, parágrafo único do Decreto n. 7.562/2011).

Ademais, a oferta de programas de residência médica depende do credenciamento prévio na CNRM. São conceitos, portanto, que se comunicam na medida em que a oferta de programas de residência médica está diretamente atrelada ao perfil socioepidemiológico da população. A necessidade da população e do SUS devem ser utilizadas como parâmetro para a CNRM regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência médica. De acordo com o art. 1º, §1º, da Lei n. 6.932/1981: “As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.”

A CNRM é uma instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo do Ministério da Educação, que tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência médica, conforme o art. 2º do Decreto n. 7.562/2011.

A CNRM tem competência para (art. 7º, Decreto 7.562/2011):

- I - credenciar e reconduzir instituições para a oferta de programas de residência médica;
- II - autorizar, reconhecer e renovar o reconhecimento de programas de residência médica;
- III - estabelecer as condições de funcionamento das instituições e dos programas de residência médica; e
- IV - promover a participação da sociedade no aprimoramento da residência médica no País.

O capítulo IV do Decreto n. 7.562/2011 trata da regulação e traz todo o regramento dos atos autorizativos para funcionamento de instituições (dentre eles credenciamento, autorização), para oferta de programas de residência médica e funcionamento de programas de residência médica.

Apesar de a Constituição Federal, em seu art. 200, ter delegado a competência para o Sistema Único de Saúde (SUS) de “[...] III - ordenar a formação de

recursos humanos na área de saúde”, tal prerrogativa não aparece na legislação sobre residências médicas até 2011. Tão somente com a edição do Decreto n. 7.562/2011, que altera a composição da CNRM e dispõe sobre sua função de regulação, supervisão e avaliação das instituições que ofertam residência médica e de seus respectivos programas, essa prerrogativa passa a constar expressamente da legislação sobre o tema.

Além disso, o decreto deixa claro que:

“A regulação das instituições e dos PRM (Programa 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 SUS.”

Para a admissão em qualquer curso de residência médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela CNRM (Lei n. 6.932/1981).

Art. 2º: “Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.”

Art. 5º: –“Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.”

Art. 5º, §2º: “Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% (dez por cento) e num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.

Art. 6º: “Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.”

Art. 8º: “A partir da publicação, as instituições de saúde que mantenham programas de Residência Médica terão um prazo máximo de 6 (seis) meses para submetê-los à aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica.”

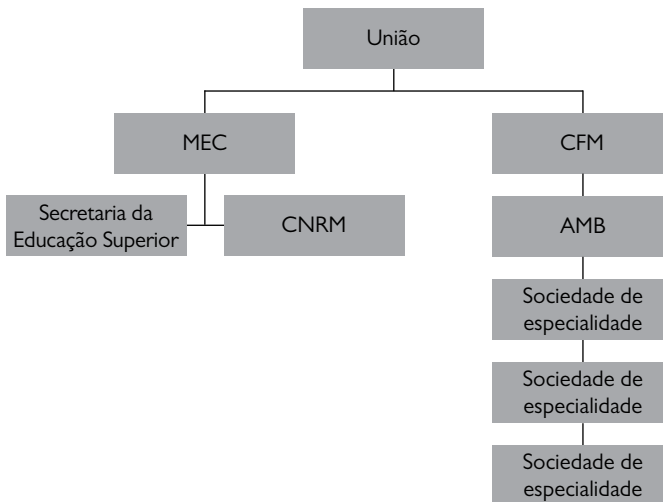
## 2 Pós-Graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado)

Da mesma forma que a pós-graduação *lato sensu*, a *strictu sensu* também está relacionada à atividade acadêmica. A diferença reside, no entanto, nas características da formação que é proporcionado ao aluno do público alvo. Enquanto a especialização, em linhas gerais, tem como objetivo formar o aluno para o mercado e para a atividade profissional; o mestrado e o doutorado têm características e pretensões voltadas à atividade acadêmica, para a formação de professores e autores de obras especializadas, por exemplo.

Art. 42. Os programas de residência médica vinculados a programas de mestrado profissional serão avaliados e certificados pela CNRM na forma deste Decreto e pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, no que diz respeito à organização como programas de pós-graduação *stricto sensu*, nos termos da legislação vigente.

## II Resultado na perspectiva da instituição reguladora do exercício da profissão e certificadora (CFM)

Como o termo especialidade está atrelado ao exercício profissional da medicina, a regulação da concessão do título de especialista é realizada pelo CFM, por intermédio das Associações Médicas, por exemplo, Associação Médica de Pediatria, Associação Médica de Dermatologia, e assim por diante (Figura 2).



**Figura 2.** Organograma sob a perspectiva da instituição reguladora do exercício da profissão e certificadora.

A Lei n. 3268/1957 prevê em seus artigos 5º e 15 as atribuições dos conselhos federal e regionais de medicina, respectivamente:

Art. 5º São atribuições do Conselho Federal:

- a) organizar o seu regimento interno;
- b) aprovar os regimentos internos organizados pelos Conselhos Regionais;
- c) eleger o presidente e o secretário geral do Conselho;
- d) votar e alterar o Código de Deontologia Médica, ouvidos os Conselhos Regionais;
- e) promover quaisquer diligências ou verificações, relativas ao funcionamento dos Conselhos de Medicina, nos Estados ou Territórios e Distrito Federal, e adotar, quando necessárias, providências convenientes a bem da sua eficiência e regularidade, inclusive a designação de diretoria provisória;
- f) propor ao Governo Federal a emenda ou alteração do Regulamento desta lei;
- g) expedir as instruções necessárias ao bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- h) tomar conhecimento de quaisquer dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e dirimi-las;
- i) em grau de recurso por provocação dos Conselhos Regionais, ou de qualquer interessado, deliberar sobre admissão de membros aos Conselhos Regionais e sobre penalidades impostas aos mesmos pelos referidos Conselhos.
- j) fixar e alterar o valor da anuidade única, cobrada aos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina; e
- l) normatizar a concessão de diárias, jetons e auxílio de representação, fixando o valor máximo para todos os Conselhos Regionais.

[...]

Art. 15. São atribuições dos Conselhos Regionais:

- a) deliberar sobre a inscrição e cancelamento no quadro do Conselho;
- b) manter um registro dos médicos, legalmente habilitados, com exercício na respectiva Região;

- c) fiscalizar o exercício da profissão de médico;
- d) conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem;
- e) elaborar a proposta do seu regimento interno, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal;
- f) expedir carteira profissional;
- g) velar pela conservação da honra e da independência do Conselho, livre exercício legal dos direitos dos médicos;
- h) promover, por todos os meios e o seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam;
- i) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- j) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos;
- k) representar ao Conselho Federal de Medicina Aérea sobre providências necessárias para a regularidade dos serviços e da fiscalização do exercício da profissão.

Da leitura dos artigos acima verifica-se que, a fiscalização do exercício da profissão de médico foi atribuída aos Conselhos Regionais. A competência para tal está expressa no art. 17 da Lei n. 3268/1957, o qual condiciona o exercício da medicina à inscrição do profissional no CRM:

Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos **ou especialidades**, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura **e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina**, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade. (Destaques nossos)

De acordo com a Resolução CFM n. 1634/2002, somente médicos com tempo mínimo de dois anos de formado e registro definitivo no CRM poderão submeter-se ao concurso para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela AMB. A emissão do certificado está condicionada ao atendimento dos critérios previstos no convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o CFM, a AMB e a CNRM.

CLÁUSULA OITAVA Os títulos de especialistas e os certificados de área de atuação obtidos através da AMB deverão subordinar-se aos seguintes critérios

a. Concurso realizado na Sociedade de Especialidade, desde que seja ela filiada à AMB e atenda aos requisitos aprovados pela Comissão Mista de Especialidades – CME;

b. O concurso referido deverá constar de, no mínimo, currículo e prova escrita e, se necessário, oral e/ou prática.

CLÁUSULA NONA Os critérios determinados pelas Sociedades de Especialidades para concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação deverão ser conhecidos e aprovados previamente pela Associação Médica Brasileira - AMB para que produzam os resultados deste convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA As Sociedades de Especialidades deverão promover concursos anuais para concessão de título de especialista e certificado de área de atuação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA Não será exigida do médico a condição de sócio da AMB, de Sociedade de Especialidade ou de qualquer outra, para a obtenção e registro de título de especialista ou certificado de área de atuação.”

A Resolução CFM n. 2.149/2016 homologa a Portaria CME n. 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas então aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades.

Existem, portanto, duas formas de se obter o título de especialista em uma das 53 especialidades e 56 áreas de atuação. Por meio da residência médica, concluindo um PRM em uma das especialidades ou mediante a realização de exames periódicos aplicados pelas sociedades de especialidades, após ter cursado uma especialização ou estágio credenciados por estas sociedades, que são entidades filiadas à AMB com poderes para oferecer títulos de especialistas, de acordo com a CME.

O artigo 12 abaixo transcrito do Decreto n. 8.516/2015 traz requisitos para a inclusão das modalidades de certificação de especialista concedidas pelos programas de residência médica e pelas associações no CNE.

Para fins de inclusão no Cadastro Nacional de Especialistas, as modalidades de certificação de

especialistas previstas nos § 3º e § 4º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981, deverão cumprir os pré-requisitos e as condições estabelecidos no art. 5º, art. 6º e art. 7º, § 2º e § 3º, da Lei nº 12.871, de 2013.

O art. 12 do Decreto n. 8.516/2015 menciona alguns requisitos trazidos pela Lei n. 12.871/2013, que institui o Programa Mais Médicos e traz diretrizes para os programas de residência médica ofertarem vaga nos programas de residência médica, a partir de 31 de dezembro de 2018, conforme abaixo.

Art. 5º - Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e

II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:

- a) Genética Médica;
- b) Medicina do Tráfego;
- c) Medicina do Trabalho;
- d) Medicina Esportiva;
- e) Medicina Física e Reabilitação;
- f) Medicina Legal;
- g) Medicina Nuclear;
- h) Patologia; e
- i) Radioterapia.

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.



§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

I - Medicina Interna (Clínica Médica);

II - Pediatria;

III - Ginecologia e Obstetrícia;

IV - Cirurgia Geral;

V - Psiquiatria;

VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

§ 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento. (Lei n. 12.871/2013)

Como dito, o CNRM, CFM e AMB firmaram convênio (Resolução CFM n. 1.634/2002), de acordo com o qual, cabe ao MEC, na figura da CNRM, credenciar autorizar e avaliar o funcionamento dos programas de residência. Enquanto cabe à AMB orientar e fiscalizar a concessão de títulos e certificados pelas sociedades especialistas. O Preâmbulo do convênio AMB/CFM assim dispõe:

a) CNRM – Credenciar, autorizar, avaliar e fiscalizar o funcionamento dos programas de Residência Médica, conferindo seus certificados;

b) AMB – Orientar as suas sociedades de especialidade e fiscalizar a forma de concessão de títulos e certificados emitidos pelas mesmas e em conformidade com este convênio;

c) CFM – Registrar os títulos e certificados emitidos na forma da lei e deste convênio. (Redação dada pela Resolução CFM n. 1970, de 15.7.2011).

Cabe à CME criar e reconhecer especialidades e áreas de atuação.

CLÁUSULA TERCEIRA A Comissão Mista de Especialidades- CME definirá os critérios para criação e reconhecimento de especialidades e áreas de atuação médica, estabelecendo requisitos técnicos e atendendo a demandas sociais.

CLÁUSULA QUARTA - As especialidades e áreas de atuação médica reconhecidas pelas entidades convenientes terão denominação uniforme e serão obtidas por órgãos formadores acreditados na forma deste Convênio

CLÁUSULA QUINTA São órgãos formadores acreditados:

- a. as residências médicas credenciadas e com funcionamento autorizado pela CNRM;
- b. as Sociedades de Especialidades filiadas à AMB, com programas de ensino por ela aprovados.

Entende-se, portanto, que tanto os programas de residências médicas (credenciados e com funcionamento autorizado pela CNRM), como as sociedades de especialidades filiadas à AMB podem acreditar as especialidades e áreas de atuação. Nesse sentido dispõe o convênio AMB/CFM (Resolução CFM n. 1.634/2002):

CLÁUSULA SÉTIMA A concessão de título de especialista ou certificado de área de atuação outorgado pela CNRM dar-se-á em observância ao art. 6º da Lei 6.932/81, que regulamentava a residência médica.

O CNE é uma base integrada de dados provenientes da CNRM, do CFM e da AMB e das sociedades de especialidades a ela vinculadas, da qual deve constar o número de médicos especialistas e cujo objetivo é orientar políticas públicas. É o que confirma as disposições legais abaixo:

Art. 1º, §5º da Lei n. 6.932/1981: As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública.”

Art. 3º do Decreto n. 8.516/2015: “O Cadastro Nacional de Especialistas constituirá a base de informação pública oficial na qual serão integradas as informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico constantes nas bases de dados da CNRM, do Conselho Federal de Medicina - CFM, da AMB e das sociedades de especialidades a ela vinculadas.”

O Decreto n. 8.516/2015 regulamenta a formação do CNE de que tratam os §§ 4º e 5º, do art. 1º, da Lei n. 6.932/1981, e o art. 35 da Lei n. 12.871/2013. A Lei n. 6.932/1981 regula a atividade do médico residente e a Lei n. 12.871/13 institui o programa mais médicos.

A criação do CNE tem como objetivo subsidiar o Ministério da Saúde e o MEC com informações sobre os profissionais médicos e orientá-los nas ações sobre saúde pública e formação em saúde.

Art. 2º - O Cadastro Nacional de Especialistas reunirá informações relacionadas aos profissionais médicos com o objetivo de subsidiar os Ministérios da Saúde e da Educação na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional. (Decreto n. 8.516/2015)

As informações contidas no CNE são orientadas para a criação de políticas públicas. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação adotarão o CNE para formulação de políticas públicas voltadas a formação dos médicos, tendo sempre como objetivo principal o acesso ao atendimento médico da população brasileira de acordo com as necessidades do SUS. Nesse sentido é o Decreto n. 8516/2015:

Art. 5º - O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação adotarão o Cadastro Nacional de Especialistas como fonte de informação para a formulação das políticas públicas de saúde destinadas a:

I - subsidiar o planejamento e a formação de recursos humanos da área médica no Sistema Único de Saúde - SUS e na saúde suplementar;

II - dimensionar o número de médicos, suas especializações, suas áreas de atuação e a distribuição deles no território nacional, de forma a garantir o acesso ao atendimento médico da população brasileira de acordo com as necessidades do SUS;

III - estabelecer as prioridades de abertura e de ampliação de vagas de formação de médicos e especialistas no País;

IV - conceder estímulos à formação de especialistas para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS;

V - garantir à população o direito à informação sobre a modalidade de especialização do conjunto de profissionais da área médica em exercício no País;

VI - subsidiar as Comissões Intergestores de que trata o art. 14-A da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, na pactuação, na organização e no desenvolvimento de ações e serviços de saúde integrados a redes de atenção à saúde;

VII - propor a reordenação de vagas para residência médica; e

VIII - orientar as pesquisas aplicadas ao SUS.

Além disso, os dados do CNE servirão de parâmetro para a CNRM e a AMB definirem a oferta de vagas nos programas de residência e de cursos de especialização para atendimento das necessidades do SUS, de acordo com os artigos 6º e 10 do Decreto n. 8.516/2016:

Art. 6º - Os dados do Cadastro Nacional de Especialistas constituirão parâmetros para a CNRM, para a AMB e para as sociedades de especialidades, por meio da AMB, definirem a oferta de vagas nos programas de residência e de cursos de especialização para atendimento das necessidades do SUS, nos termos do § 4º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981.

[...]

Art. 10. - Será criada, no Cadastro Nacional de Especialistas, consulta específica de acesso ao cidadão denominada Lista de Especialistas.

Parágrafo único. A Lista de que trata o caput conterá o rol de profissionais médicos por Estado, na qual serão divulgados aqueles devidamente registrados como especialistas no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

Do CNE constarão somente os médicos devidamente registrados no CRM. O Decreto n. 8.516/2015 é silente sobre menção dos médicos cujo título de especialista tenha sido obtido em decorrência de curso de pós-graduação. No espaço de perguntas e respostas do sitio eletrônico do CFM está claro que a pós-graduação *lato sensu* não permite que o médico se identifique ou se anuncie como especialista na área respectiva. De acordo com as informações lá contidas

Para anunciar-se como profissional de determinada área de atuação faz-se necessário ter título adquirido por meio do programa de residência médica ou por

avaliação de sociedade de especialidade reconhecida pelo CFM. Adicionalmente, este título deve ser registrado no CRM local.

Da leitura do material disponível, no *site*, verifica-se que a motivação de tal proibição é a preocupação com a clareza do paciente sobre a formação do médico. Todavia, não há previsão legal de punição ou sanção para o médico.

Não há previsão de punição específica para o profissional sem título de especialista que atuar dentro da especialidade. O art. 3º tão somente trata sobre a proibição de o médico divulgar especialidade ou área de atuação que não for reconhecida pelo CFM. Não é prevista qualquer sanção ou punição para o descumprimento do preceito, o que retira da norma o seu potencial de coercibilidade.

Ao passo que, “o funcionamento de instituições ou a oferta de programas sem o devido ato autorizativo configura irregularidade administrativa, sem prejuízo dos efeitos da legislação civil e penal vigente, nos termos do art. 16 do Decreto n. 7562/2011.

## Discussão

Os resultados da pesquisa confirmam a hipótese inicial. De fato, o processo político de organização da profissão e sua correspondente regulação não foi, necessariamente, estruturado, nem alinhado às políticas públicas voltadas para o setor. A regulação foi determinada por arranjos políticos e econômicos. Ao longo desses anos, a regulação da profissão de medicina e das suas especialidades foi altamente influenciada por questões sociais, políticas e de mercado. A criação do convênio que promoveu o reconhecimento de especialidades médicas, firmado entre o CFM, AMB e a CNRM, é uma evidência desse arranjo.

O principal achado da pesquisa foi o protagonismo do CFM na definição e concessão do título de especialista em contraposição à participação lateral do Ministério da Saúde na regulação das especialidades. O Ministério da Saúde atua muito mais como expectador, do que um participante ativo. Ainda que o seu envolvimento se dê, indiretamente, por meio da CNRM, a sua atuação é periférica.

Outro ponto que chama a atenção é a delegação de competência do CFM para a AMB no que se refere à competência para a formação. A competência para definir as especialidades médicas no país é da Comissão Mista de Especialidades. A CME é vinculada ao CFM e composta por membros da CNRM (Ministério da Saúde e MEC), do CFM e da AMB, os quais em consenso irão definir as especialidades médicas.

Apesar de a Constituição Federal, em seu art. 200, definir que cabe ao SUS a prerrogativa de “III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, tal prerrogativa não aparece na legislação referente às residências médicas até 2011,

quando foi lançado o Decreto n. 7.562/2011, que altera a composição da CNRM e dispõe sobre sua função de regulação, supervisão e avaliação das instituições que ofertam residência médica e de seus respectivos programas.

O modelo de regulação da formação atrelado ao modelo de certificação resultou na possibilidade de o título de especialista ser concedido por duas entidades, as sociedades de especialidades, por meio da AMB, e pelos programas de residência médica credenciados pela CNRM, o que é *sui generis*.

## Considerações finais

Recomenda-se o envolvimento do Ministério da Saúde tanto na formação quanto na certificação das profissões de saúde. Especialmente na formação, considerando que o profissional da área de saúde está sendo formado para atuar em setor de atenção prioritária da saúde, o SUS. Sem a interlocução entre os ministérios da Educação e o da Saúde, a formação desses profissionais ficará certamente prejudicada. A importância dos conselhos federais e regionais de medicina é evidente. Não obstante, é secundário em relação ao papel que o Ministério da Saúde deveria estar ocupando. Cabe aos dois ministérios o protagonismo na regulação das profissões de saúde em especial da Medicina, objeto deste texto.

As políticas públicas voltadas à formação dos médicos, formuladas pelos dois ministérios devem ter sempre como objetivo principal o acesso ao atendimento médico da população brasileira de acordo com as necessidades do SUS (art. 5º, Decreto n. 8.516/2015). Inclusive foi esse o objetivo da criação do Cadastro Nacional de Especialidades. Daí a incoerência da influência dos arranjos do mercado na determinação da regulação da formação na área da saúde.

Se a regulação das instituições e dos programas de residência médica deve ser norteada pela necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS (art. 2º, parágrafo único, Decreto n. 7562/2011) não é razoável admitir tamanha interferência do mercado na regulação. A própria oferta dos programas de residência médica deve ser norteada por esses mesmos interesses. Ora certamente não são esses os mesmos princípios e interesses que norteiam o mercado.

Ademais, a delegação de competência do CFM para a AMB e desta para cada uma das associações de especialidades, torna muito fluido o modelo regulatório, o que pode resultar no desvirtuamento dos objetivos primeiros do legislador. A transferência de atribuições, competência e responsabilidades, sem a devida fiscalização, pode ser temerária e ter implicações indesejadas no setor. A certificação deveria ser objeto de disputa entre os envolvidos na regulação da formação.

Deve-se questionar, portanto, se o ajuste entre as partes envolvidas, formalizado pelo Convênio (Resolução CFM n. 1634/2002), de fato, atende aos interesses do primordiais do setor saúde, especialmente do SUS.

São por essas razões que se entende recomendável a revisão do desenho institucional da regulação da formação, em especial no que se refere à da ingerência dos conselhos regionais e federais na regulação do setor e do espaço ocupado. Aqui, o principal ator deveria ser o Ministério da Saúde, que a contrário senso, atualmente, tem atuação quando muito, secundária.

## Referências legislativas

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 8.516, de 10 de setembro de 2015*. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 80.281, de 05 de setembro de 1977*. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/D80281.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957*. 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: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 6.932, de 07 de julho de 1981*. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6932.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM 1.634, de 29 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. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634\\_2002.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634_2002.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

---

\_\_\_\_\_. *Resolução CFM n. 1.970, de 15 de julho de 2011.* Altera o artigo 3º e a cláusula primeira do objeto do Convênio AMB/CFM celebrado na Resolução CFM nº 1.634, de 11 de abril de 2002, publicada no D.O.U. de 29 de abril de 2002, seção I, p. 81, que 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). Disponível em: <[www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2011/1970\\_2011.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2011/1970_2011.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

---

\_\_\_\_\_. *Resolução CFM n. 2.116, de 04 de fevereiro de 2015.* Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.068/2013, que celebra o 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). Disponível em: <[www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2116\\_2015.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2015/2116_2015.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

---

\_\_\_\_\_. *Resolução CFM n. 2.149, de 03 de agosto de 2016.* Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149\\_2016.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2019.



# **Judicialização dos conflitos de regulação de profissões de saúde no Brasil**

Judicialization of the conflicts of health  
workforce regulation in Brazil

---

André Bastos Ferreira<sup>1</sup>

Fernanda Mascarenhas de Souza<sup>1</sup>

Ana Luisa Pereira Agudo Romão<sup>1</sup>

Rafael Batistel Cicchi<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

## Introdução

Para compreender em profundidade a complexa dinâmica da regulação de profissões de saúde no Brasil, é indispensável examinar o fenômeno de sua intensa judicialização. A cada ano incontáveis demandas disputando o exercício de escopos de prática na saúde são apresentadas em juízo, com particularidades, argumentos e consequências diversas para as atividades desenvolvidas pelos profissionais do setor.

Permeadas por tecnicidades, normas legais e regulamentares e fundamentos jurídico-materiais, processuais, políticos comerciais e sanitários, as demandas exigem dos magistrados conhecimento e comprometimento para a prolação de decisões que podem impactar classes inteiras de profissionais da saúde. Nesse contexto, o Judiciário procura solucionar, na medida de suas possibilidades, os intrincados conflitos regulatórios para estabelecer o real limite de atuação das profissões de saúde no país.

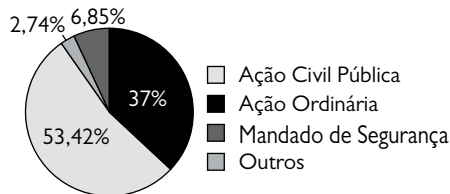
O Poder Judiciário desempenha papel fundamental na pacificação de conflitos interindividuais nos estados de direito, mas, de modo surpreendente, a atual superabundância de litígios pelo exercício de aptidões profissionais da saúde sinaliza relevantes incertezas e insegurança jurídica quanto aos efeitos esperados da litigância travada.

A fim de elucidar alguns elementos destes conflitos, o enfoque deste capítulo será a abordagem das disputas judiciais na temática da regulação de profissões em saúde, sobretudo os que têm impacto coletivo, de modo a evidenciar suas principais características e efetividade para alcançar os fins sociais pretendidos pela regulação e a tutela jurisdicional pleiteada pelas partes envolvidas.

## I Instrumentos processuais

Inicialmente, é oportuno abordar estas disputas judiciais na perspectiva dos instrumentos processuais eleitos para se instalar as relações jurídico-processuais no judiciário. Assim, o Gráfico 1 ilustra a distribuição de ações envolvendo conflitos de regulação de profissões de saúde no Brasil, segundo os tipos de instrumento processual empregados.

**Gráfico 1.** Instrumentos processuais propostos



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Dentre os instrumentos processuais analisados, verifica-se que alguns tipos apresentaram maior frequência nas cortes nacionais. Nesse sentido, destacam-se significativamente as ações civis públicas (ACP) (53,42%), que visam a tutela de interesses difusos e coletivos, com rol taxativo de entes legitimados à sua propositura.

Os legalmente habilitados a ingressar com ACP são: ministério público, defensoria pública, União, estados, municípios, autarquias (onde se encaixam os conselhos profissionais), empresas públicas, fundações, sociedades de economia mista e associações interessadas, desde que constituídas há mais de um ano (art. 5º, Lei n. 7.347/1985<sup>1</sup>). O Ministério Público Federal, nesse sentido, é autor de aproximadamente um terço das ACP propostas, sendo quase outro terço delas movidas por conselhos federal (14,1%) e regionais (15,4%) de medicina.

Também em evidência, aproximadamente 37% das demandas são ações ordinárias e 6,85% são mandados de segurança, voltados ao resguardo de direitos líquidos e certos violados por autoridades públicas ou agentes no exercício do poder público (art. 5º, inciso LXIX, CF/88<sup>2</sup>).

O restante das ações (2,74%) são ações civis originárias, arguições de descumprimento de preceito fundamental, reclamações e suspensões de liminares, de competência originária do Superior Tribunal de Justiça (STJ) ou do Supremo Tribunal Federal (STF).

## II Combatividade de conselhos profissionais

Relevante atentar-se, ademais, para a frequência com que cada conselho profissional vinculado a profissões de saúde toma parte nas disputas por escopos de prática, tendo em vista que estes são detentores legais da competência para regular o exercício de atribuições técnicas por seus representados<sup>3</sup>. É oportuno, para compreender o panorama brasileiro, destacar a proporção de ações em que conselhos federais sejam requerentes e/ou requeridos, a fim de identificar, entre estes, quais seriam mais combativos.

---

<sup>1</sup>BRASIL. Lei n. 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7347Compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7347Compilada.htm)>. Acesso em: 29 ago. 2019.

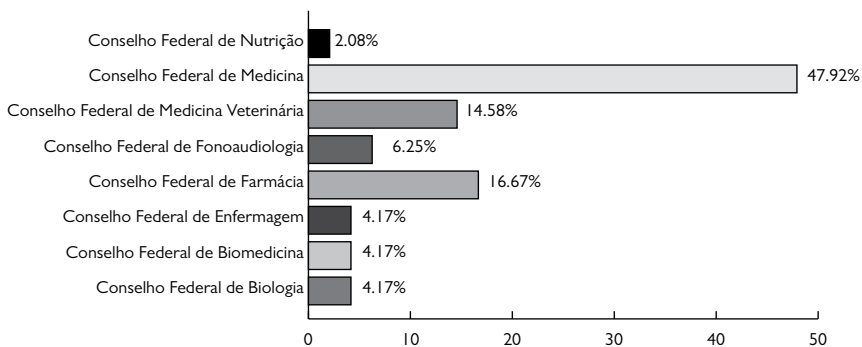
<sup>2</sup>BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 29 ago. 2019.

<sup>3</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287, de 08 de outubro de 1998. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287\\_08\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html)>. Acesso em: 29 ago. 2019.

Dentre os cenários possíveis, é possível identificar processos em que conselhos federais são requerentes, requeridos ou até ambos. Em relação aos requerentes, anota-se atuação destacada de três autarquias: Conselho Federal de Medicina (com 47,92% das ações propostas), Conselho Federal de Farmácia (com 16,67%) e Conselho Federal de Medicina Veterinária (com 14,58%), concentrando quase 80% das autorias processuais, com quase 30% de defasagem entre o primeiro e segundo conselho mais conflitivo.

Outras autarquias apresentam pouca ou nenhuma iniciativa nos conflitos, de modo que os conselhos federais de fisioterapia e terapia ocupacional, serviço social, psicologia e educação física, por exemplo, não propõem praticamente demanda alguma, como se observa no Gráfico 2.

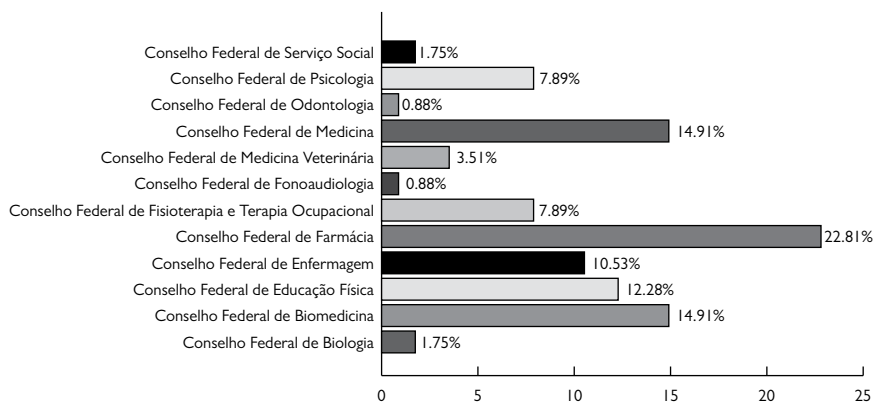
**Gráfico 2.** Processos judiciais envolvendo escopos de prática na saúde em que conselhos profissionais federais de profissões de saúde são requerentes



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Quanto aos requeridos, por sua vez, há uma distribuição mais homogênea relativamente às partes provocadas em juízo. Os conselhos federais de medicina e farmácia, maiores requerentes, foram também muito requeridos, sendo alvo de 14,91% e 22,81% das ações propostas. Ainda assim, outros conselhos figuram no polo passivo de ações com certa frequência, como é o caso dos conselhos federais de biomedicina (14,91%), educação física (12,28%) e enfermagem (10,55%). Outros conselhos, como o federal de nutrição, não figuram como requerido em quase nenhuma demanda.

**Gráfico 3.** Processos judiciais envolvendo escopos de prática na saúde em que conselhos profissionais federais de profissões de saúde são requeridos (total de 114 processos)



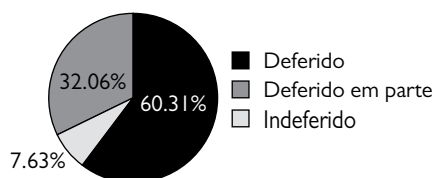
Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

### III Decisões nos processos judiciais

Quanto à efetividade da obtenção da tutela estatal pleiteada, objetivo primordial daqueles que buscam a via judicial como meio para resolução de conflitos, cabe uma análise sobre os resultados da atuação do Poder Judiciário como pacificador destes conflitos regulatórios, manifestados por meio de suas decisões.

A partir de dados coletados nesta pesquisa, avaliou-se o conteúdo das principais decisões do Poder Judiciário nos processos, totalizando-se 146 decisões analisadas. Assim, verificou-se que 89,7% das ações apresentavam pedidos de antecipação de tutela jurisdicional, sendo que 60,31% deles foram indeferidos (Gráfico 4).

**Gráfico 4.** Decisões sobre pedidos de tutela antecipatória em processos judiciais envolvendo escopos de prática na saúde



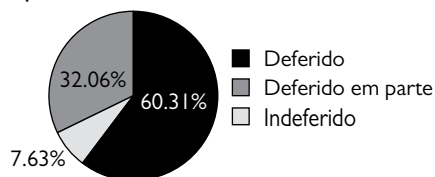
Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

A concessão de tutela antecipada exige demonstração, de plano, da probabilidade do direito e do perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo, em conformidade com o vigente Código de Processo Civil (art. 300, Lei n. 13.105/2015<sup>4</sup>). Por impactar diretamente a saúde coletiva e o mercado profissional, o perigo de dano irreversível com a morosidade de eventual medida judicial pode ser trivialmente comprovado, se existente, de modo que o requisito que apresentou maiores entraves ao deferimento das liminares foi justamente a comprovação de verossimilhança das alegações e certeza do direito pretendido.

Interessante destacar que 80,6% das decisões rejeitando pleitos por tutela antecipatória foram mantidas em sede de sentença de primeiro grau de jurisdição, ocorrendo o mesmo em 72,5% dos casos de liminares concedidas, total ou parcialmente. Esse fato aponta uma tendência de manutenção da perspectiva inicial do judiciário sobre as demandas apresentadas, com baixo grau de reforma das decisões concedidas em cognição sumária.

Os rumos das sentenças de primeiro grau elucidaram um cenário ainda mais interessante: dos processos julgados, 27,27% foram extintos sem resolução de mérito, ou seja, sequer lograram êxito na apreciação do objeto da demanda pelo Poder Judiciário. Motivos para a extinção estavam predominantemente associados à litispendência, coisa julgada ou inadequação da via processual eleita. Além disso, 36,36% das ações sentenciadas foram julgadas improcedentes, de modo que a maioria dos processos (63,63%), portanto, não alcançou os objetivos pretendidos em suas proposituras.

**Gráfico 5.** Decisões de sentenças de primeiro grau de jurisdição em processos judiciais envolvendo escopos de prática na saúde

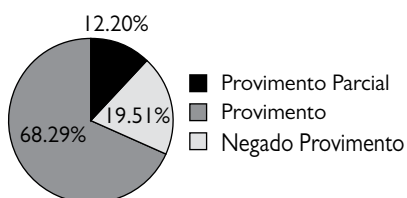


Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

<sup>4</sup>BRASIL. Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13105.htm)>. Acesso em: 29ago. 2019.

Os números seguiram tendências semelhantes nos acórdãos de segundo grau, proferidos pelos tribunais regionais federais. 79,33% dos processos julgados em primeira instância foram objeto de apelação, sendo que 68,29% dos recursos decididos tiveram provimento negado, reafirmando a predominância de estabilidade das decisões, desde as liminares até o desfecho final.

**Gráfico 6.** Decisões de acórdãos de segundo grau de jurisdição em processos judiciais envolvendo escopos de prática na saúde



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

No tocante às instâncias superiores, 12,33% dos processos examinados foram objeto de recurso especial ao STJ, enquanto que em 5,28% deles houve interposição de recurso extraordinário ao STF. Curiosamente, observou-se, de modo praticamente absoluto, que esses recursos a tribunais superiores versavam apenas sobre preliminares ou formalidades processuais, raramente apreciando o mérito em si das demandas.

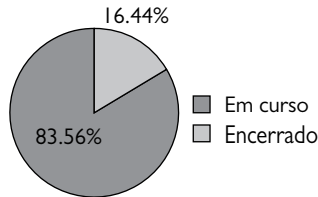
#### IV Duração dos processos judiciais

Outro fator relevante a ser observado é a duração razoável dos processos, garantia constitucional e importante indício para se aferir a efetividade da propositura de demandas como método de resolução dos conflitos em pauta.

O que se percebe por meio do Gráfico 7 é a alarmante ineficiência do judiciário para lidar com a questão, sendo que apenas 16,44% das ações analisadas chegaram a termo até janeiro de 2018.

Entre as ações encerradas, o tempo médio de trâmite foi de aproximadamente 52 meses. Deve-se ressaltar que isso não implica, necessariamente, na efetiva resolução dos conflitos, uma vez que muitas ações podem extinguir-se por vícios processuais, sem a análise do mérito debatido entre as partes, o que reduz ainda mais a efetividade geral observada.

**Gráfico 7.** Situação de processos propostos entre 2008 e 2018 envolvendo escopos de prática na saúde



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Diversas ações correram por períodos ainda superiores à média, impulsionadas pela interposição de recursos, que importam novas manifestações das partes e a reavaliação da causa, aumentando a morosidade na obtenção de uma resposta definitiva. Considerando que a maioria desses recursos não teve provimento, observa-se um prolongamento de tempo que pouco acrescenta ao debate em questão, consumindo recursos e esforços públicos sem importar uma elevação na qualidade da análise dos interesses ou da decisão. Nesse sentido, a lentidão do processo por conta da interposição de recursos se dá além de qualquer razoabilidade, prejudicando seu resultado útil, qual seja, o interesse público na pacificação de conflitos.

## V Escopos de prática profissional em disputa no Judiciário

Quanto às matérias discutidas nos processos judiciais, é possível identificar determinados elementos que, quando presentes, são indicativos de maior ou menor grau de evidência quanto ao cabimento do direito pleiteado pelas partes.

Por exemplo, há processos em que o exercício de escopos de prática é questionado em juízo, ainda que expressamente previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos que capacitam os respectivos profissionais. Ora, a habilitação técnica, supõe-se, é argumento expressivo para se defender a possibilidade de prática de determinados atos, sobretudo quando expressamente reconhecida em normas que regulamentam a formação profissional.

Na pesquisa, destacaram-se 45 processos envolvendo a disputa por escopos de prática profissional com expressa menção de DCN como argumentos apresentados na lide. Destes 45 processos, observou-se a litigância sobre 22 escopos de prática diferentes. O Quadro 1 resume a análise feita sobre esses escopos de prática.



**Quadro I.** Judicialização dos conflitos de regulação das profissões de saúde no Brasil entre 2008 e 2018

Requerentes		Requeridos	Instrumento normativo controverso	Escopo de prática	DCN de referência	Escopo expressamente previsto na DCN
Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia	CFBM	Resolução CFBM 78/2002; Instrução Normativa 01/2012; Resolução CFBM 201/2011; Resolução CFBM 202/2011	Exercício e execução de técnicas radiológicas	Resolução CNE/CES n. 2, de 18 de fevereiro de 2003 (Biomedicina)	Não	
Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia	CFBM	Resolução CFBM 234/2013	Execução de técnicas radiológica, radioterápica, radioisotópica e industrial	Resolução CNE/CES n. 2, de 18 de fevereiro de 2003 (Biomedicina)	Não	
CFM	União Federal; COFEN	Portaria Ministério da Saúde 2.488/2011	Requisição de exames	Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001 (Enfermagem)	Não	
CFF	CFBM	Resolução CFBM 78/2002; Resolução CFBM 83/2002; Resolução CFBM 135/2007	Atuar na área de alimentos (bromatologia) e de fármacos (farmacologia)	Resolução CNE/CES n. 2, de 18 de fevereiro de 2003 (Biomedicina)	Não	
CFF	CFBM	Resolução CFBM 234/2013	Atividades de radiofarmácia	Resolução CNE/CES n. 2, de 18 de fevereiro de 2003 (Biomedicina)	Não	
Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará	CFF	Resolução CFF 585/2013	Atribuições clínicas	Resolução CNE/CES n.2, de 19 de fevereiro de 2002; Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017 (Farmácia)	Sim, no art. 3º; art. 5º, XXIX e XXX (DCN 2002); art. 3º; art. 5º, §2º (DCN 2017)	

Continua

**Continuação: Quadro 1. Judicialização dos conflitos de regulação das profissões de saúde no Brasil entre 2008 e 2018**

Requerentes	Requeridos	Instrumento normativo controverso	Escopo de prática	DCN de referência	Escopo expressamente previsto na DCN
CFF	Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais	Parecer CRM/MG 3795/2009	Realização de exames citopatológicos e a assinatura de laudos	Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002; Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017 (Farmácia)	Sim, no art. 5º, XI (DCN 2002); art. 5º, §2º, II e XIV (DCN 2017)
CFMV	CFBio	Resolução CFBIO 301/2012	Ministrar anestesia/analgésia em animais	Parecer n. CNE/CES 1.301/2001 (Ciências Biológicas)	Não
CFMV	CFBio	Resolução CFBM 154/2008	Realização de exames laboratoriais e diagnósticos em animais de pequeno e grande porte, bem como emissão de laudos	Resolução CNE/CES n. 2, de 18 de fevereiro de 2003 (Biomedicina)	Não
CFM	COFFITO	Resolução COFFITO 394/2011	Avaliação cinesiofuncional; solicitar, realizar e interpretar exames complementares; realizar diagnósticos e prognósticos de doenças; prescrever, confeccionar e gerenciar próteses/órteses e de realizarem procedimentos médicos de caráter experimental (vg. carboxiterapia).	Resolução CNE/CES n. 4, de 19 de fevereiro de 2002 (Fisioterapia); Resolução CNE/CES n. 6, de 19 de fevereiro de 2002 (Terapia Ocupacional)	Sim, no art. 5º, X e XXVIII (DCN T.O.); no art. 3º e art. 5º, VI e VII (DCN FISIO)
CFM	COFFITO	Resolução COFFITO 381/2010	Emitir parecer, atestado ou laudo pericial, indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional de seus pacientes	Resolução CNE/CES n. 4, de 19 de fevereiro de 2002 (Fisioterapia); Resolução CNE/CES n. 6, de 19 de fevereiro de 2002 (Terapia Ocupacional)	Sim, no art. 3º e art. 5º, X (DCN FISIO)

Continua

**Continuação: Quadro 1. Judicialização dos conflitos de regulação das profissões de saúde no Brasil entre 2008 e 2018**

Requerentes	Requeridos	Instrumento normativo controverso	Escopo de prática	DCN de referência	Escopo expressamente previsto na DCN
CFM	CFF	Resolução CFF 573/2013	Realizar procedimentos invasivos (medicina estética), executar procedimentos dermatológicos e cirúrgicos e realizar diagnóstico e fazer anamnese farmacêutica	Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002; Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017 (Farmácia)	Sim, no art. 5º, §2º, VI, XIV (DCN 2017)
CFM	CFBM	Resolução CFBIO 241/2014	Realização de diagnóstico nosológico, indicação e realização de tratamento estético	Resolução CNE/CES n. 2, de 18 de fevereiro de 2003 (Biomedicina)	Não
CFM	COFFITO	Resolução COFFITO 434/2013	Técnicas fisioterapêuticas de estimulação transcraniana	Resolução CNE/CES n. 4, de 19 de fevereiro de 2002 (Fisioterapia); Resolução CNE/CES n. 6, de 19 de fevereiro de 2002 (Terapia Ocupacional)	Não
CFM	CFFA	Resolução CFFA 400/2010	Realização de diagnósticos e a prescrição de medicamentos e tratamentos	Resolução CNE/CES n. 5, de 19 de fevereiro de 2002 (Fonoaudiologia)	Sim, no art. 4º, II, e art. 5º, I e IV
CFFA	CFM	Parecer CFM 12/2010	Realização de exames audiométricos	Resolução CNE/CES n. 5, de 19 de fevereiro de 2002 (Fonoaudiologia)	Não
CFF	CFM	Resolução CFM 1823/2017	Elaboração de laudos e requisição de exames de análises clínicas	Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002; Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017 (Farmácia)	Sim, no art. 5º, XI (DCN 2002); art. 5º, §2º, III e XIV (DCN 2017)

Continua

**Continuação: Quadro 1.** Judicialização dos conflitos de regulação das profissões de saúde no Brasil entre 2008 e 2018

Requerentes	Requeridos	Instrumento normativo controverso	Escopo de prática	DCN de referência	Escopo expressamente previsto na DCN
CBOO	CFM; CBO	Decreto 20.931/1932; Decreto 24.492/193	Instalar consultórios, proceder à avaliação da acuidade visual de seus pacientes, indicando meios ópticos adequados à correção de erros refrativos e efetuar a adaptação de lentes de contato	Naõ se aplica	Naõ se aplica
CFFA	COFEN	Parecer Relatora COFEN 170/2012	Realização do exame de emissões otoacústicas	Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001 (Enfermagem)	Naõ
CFMV	CFF	Resolução CFF 530/2010	Atribuições e responsabilidades técnicas em estabelecimentos das indústrias de alimentos	Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002; Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017 (Farmácia)	Sim, no art. 3º e art. 5º, X e XXV (DCN 2002); art. 3º (DCN 2017)
CFBM	CFM	Resolução CFM 2.074/2014	Subscrever laudos citopatológicos	Resolução CNE/CES n. 2, de 18 de fevereiro de 2003 (Biomedicina)	Sim, no art. 5º, IX
Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina	CFF	Resolução CFF 585/2013; Resolução CFF 586/2013	Prescrição de medicamentos, realização de anamnese, diagnóstico nosológico	Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002; Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017 (Farmácia)	Naõ

Legenda: CBO – Conselho Brasileiro de Oftalmologia; CBOO – Conselho Brasileiro de Óptica e Optometria; CFBio – Conselho Federal de Biologia; CFBM – Conselho Federal de Biomédicina; CONFEF – Conselho Federal de Educação Física; COFEN – Conselho Federal de Enfermagem; CFF – Conselho Federal de Farmácia; COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; CFFA – Conselho Federal de Fonoaudiologia; CFM – Conselho Federal de Medicina; CFMV – Conselho Federal de Medicina Veterinária.

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Dentre os 22 processos que discutiram diferentes práticas profissionais, em apenas um deles essa comparação não foi possível, pela ausência de Diretriz Curricular Nacional para a atividade do optometrista. Observou-se que dos 21 processos em que foi possível a comparação, em 12 processos não houve correspondência do escopo de prática com as DCN das profissões atingidas, totalizando 57,14% dos casos. Em nove processos, as palavras-chave (em negrito) do escopo de prática foram efetivamente identificadas nas DCN (42,86%).

A partir desses resultados, observou-se que os conselhos regionais e federal de medicina foram responsáveis pela propositura de 24 dos 45 processos localizados, correspondendo a mais da metade (53,33%) dos conflitos judiciais. O segundo maior demandante foi o Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia, com sete processos de disputa por escopos de prática (15,55%). Em seguida, destacam-se o Conselho Federal de Medicina Veterinária e o Conselho Federal de Farmácia, cada qual com quatro processos (8,88%).

O Conselho Federal de Farmácia foi o principal demandado, aparecendo em 18 dos 45 processos (40%). Em segundo lugar, aparece o Conselho Federal de Biomedicina, demandado em 12 processos (26,66%). Os conselhos regionais e federal de medicina apareceram no polo passivo em cinco processos (11,11%).

Nos 18 processos em que o Conselho Federal de Farmácia foi demandado, os requerentes foram os conselhos regionais ou federal de medicina. Nesses processos, foram discutidas as Resoluções CFF n. 585/2013 e n. 586/2013, relativas à prescrição de medicamentos, anamnese clínica e diagnóstico nosológico; a Resolução CFF n. 573/2013, que discutiu a habilitação técnica dos farmacêuticos para realizar procedimentos invasivos (medicina estética), dermatológicos e cirúrgicos, e realizar diagnóstico e anamnese farmacêutica; e a Resolução CFF n. 530/2010, relativa às atribuições e responsabilidade técnica em estabelecimentos das indústrias de alimentos.

A disputa judicial por escopos de prática mais frequente nos resultados da pesquisa foi a prescrição de medicamentos, realização da anamnese e diagnóstico nosológico por farmacêuticos. Em 10 processos, os conselhos regionais e federal de medicina demandaram o Conselho Federal de Farmácia para questionar o exercício dessa prática profissional. Nas Diretrizes Curriculares da Farmácia, Resoluções CNE/CES n. 2/2002 e n. 6/2017, apenas os escopos de prática relativos à prescrição de medicamentos, anamnese clínica e diagnóstico nosológico não foram expressamente identificados.

Embora técnicos de radiologia não sejam profissionais de saúde reconhecidos pela Resolução CNS n. 287/1998, o Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia propôs um significativo número de processos judiciais para garantir a exclusividade no exercício de técnicas radiológicas.

Em todos os sete processos distribuídos pelo Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia o demandado foi o Conselho Federal de Biomedicina, sendo este o segundo litígio de maior frequência identificado na pesquisa. Os processos discutiam a Resolução CFBM n. 78/2002; a Instrução Normativa n. 01/2012; a Resolução CFBM n. 201/2011; e a Resolução CFBM n. 202/2011, com o objetivo de afastar dos biomédicos o exercício e execução de técnicas radiológicas, radioterápicas, radioisotópicas e industriais. Esses escopos de prática não foram identificados na Diretriz Curricular Nacional do curso de Biomedicina (Resolução CNE/CES n. 2/2003).

Nos processos em que o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional foi requerido (quatro), os conselhos regionais ou federal de medicina foram responsáveis pela propositura das ações. Os processos discutiram as Resoluções COFFITO ns. 394/2011, 381/2010 e 434/2013, que versam sobre o exercício de variados escopos de práticas previstos nas normas, como: solicitar, realizar ou interpretar exames complementares; realizar diagnósticos e prognósticos de doenças; prescrever, confeccionar e gerenciar próteses e órteses; realizar procedimentos médicos de caráter experimental; emitir parecer, atestado ou laudo pericial, indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional de seus pacientes; e o emprego de técnicas fisioterapêuticas de estimulação transcraniana.

Na Resolução CNE/CES n. 4/2002, DCN do curso de fisioterapia, e na Resolução CNE/CES n. 6/2002, DCN do curso de terapia ocupacional, apenas não foram identificados como escopos de prática desses profissionais a utilização de técnicas fisioterapêuticas de estimulação transcraniana.

Os conflitos envolvendo os conselhos de medicina prevalecem sobre o total de processos analisados. Os escopos de prática em disputa parecem estar relacionados às atribuições privativas dos médicos e aos vetos presidenciais ao art. 4º, incisos I, VIII, IX, da Lei n. 12.842/2013<sup>5</sup>, que dispõe sobre o exercício da medicina.

Os referidos dispositivos legais atribuíam exclusivamente aos médicos a “formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica”, a “indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário” e a “prescrição de órteses e próteses oftalmológicas”.

Esses vetos à lei do ato médico aparentemente possibilitaram a inclusão dessas práticas no rol de atribuições de outros profissionais, como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, levando a discussão da regulação dessas profissões de saúde ao Judiciário.

---

<sup>5</sup>BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013.

Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

## Considerações finais

A regulação das profissões de saúde é um tema importante para a política pública de saúde, mas ainda pouco explorado no meio acadêmico. Os dados discutidos sugerem que o Judiciário tem adquirido enorme relevância como foro de discussão de aspectos regulatórios importantes para os profissionais de saúde, sobretudo, pela multiplicidade de processos envolvendo os conselhos profissionais de saúde.

O Judiciário é instado a dirimir conflitos profissionais complexos que perpassam questões administrativas, como a quantidade mínima de enfermeiros em hospitais; sociais, como a atuação de psicólogos no atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência; regulatórias, como a inclusão de exames no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a prescrição de órteses e próteses por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

A multiplicidade de processos sobre o mesmo tema, a morosidade do Judiciário e a baixa resolutividade de conflitos suscitam dúvidas quanto à efetividade da atuação desse órgão no preenchimento de lacunas legais e pacificação de conflitos entre conselhos profissionais por escopos de práticas.

## Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 29 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 7.347, de 24 de julho de 1985*. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7347Compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7347Compilada.htm)>. Acesso em: 29 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015*. Código de Processo Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm)>. Acesso em: 29 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 287, de 08 de outubro de 1998*. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/reso287\\_08\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/reso287_08_10_1998.html)>. Acesso em: 29 ago. 2019.

# **Formação e exercício profissional das práticas integrativas complementares nas profissões de saúde**

Training and professional practice of  
complementary integrative practices in  
health professionals

---

Marina de Neiva Borba<sup>1</sup>  
Talita Alves Shimodaira<sup>1</sup>  
Caroline de Araújo Rodas<sup>1</sup>  
Nathalia Fernandes de Carvalho<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.



## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro constitui uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde organizada de acordo com as diretrizes e competências constitucionais e legais. Dentre as competências atribuídas ao SUS, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde foi discriminada expressamente pelo art. 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988 (CF/88)<sup>1</sup> e pelo art. 6º, inciso III, da Lei n. 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde<sup>2</sup>.

Esse papel de ordenador da qualificação dos trabalhadores da saúde decorre da necessidade de conformação das competências profissionais às necessidades sociais de saúde e demandas do mercado de trabalho<sup>3</sup>.

Assim, o estabelecimento de desenhos pedagógicos para a formação de profissionais compatíveis com a proposta nacional de organização da atenção primária<sup>4</sup> figura-se imprescindível para a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Por essa razão, a Lei Orgânica da Saúde disciplinou a formalização e execução de uma política de recursos humanos na área da saúde em consonância com dois objetivos: a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, incluindo a elaboração de programas de aperfeiçoamento profissional permanentes, e a valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS (art. 27, incisos I e IV, da Lei Orgânica da Saúde ).

Nesse contexto, torna-se imperioso investigar o alinhamento da regulação da formação e do exercício das 14 profissões de saúde – biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, definidas pela Resolução n. 287/1997<sup>5</sup> do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – às políticas de saúde do SUS, especificamente à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Assim, o objetivo deste

<sup>1</sup>BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

<sup>2</sup>BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

<sup>3</sup>BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Nota técnica n. 006/2014*. Recomendações do conselho nacional de saúde à proposta de novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cirh/doc/Nota\\_Tecnica\\_006\\_Recomenda\\_MEC.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cirh/doc/Nota_Tecnica_006_Recomenda_MEC.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

<sup>4</sup>BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 324, de 03 de julho de 2003*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso324.doc>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

<sup>5</sup>BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 287, de 08 de outubro de 1998*. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287\\_08\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html)>. Acesso em: 20 mai. 2018.

capítulo é verificar a necessidade de adequação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e da regulação das profissões de saúde à PNPIC.

Para execução desse objetivo, foram, primeiramente, levantadas as práticas integrativas e complementares (PICs) instituídas pelas portarias do Ministério da Saúde ns. 971/2006<sup>6</sup>, 849/2017<sup>7</sup> e 702/2018<sup>8</sup> que as regulamentaram no âmbito do SUS. A partir do mapeamento de todas as práticas, relacionaram-se as profissões e ocupações profissionais que podem exercer cada PIC no SUS com base na Portaria do Ministério da Saúde n. 633/2017<sup>9</sup> que indica o código do serviço para fins de gerenciamento e controle de informações pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Com isso, buscou-se a previsão de tais práticas integrativas e complementares nas DCN das 14 profissões de saúde pesquisadas no *site* do Ministério da Educação e nas resoluções levantadas nos *sites* dos respectivos conselhos profissionais, utilizando-se, para tal levantamento, o nome de cada prática como palavras-chave. A pesquisa foi realizada no dia 18 de junho de 2018.

Mapeou-se, então, a regulação de tais práticas acerca da formação e do exercício profissional de cada uma das 14 profissões de saúde a partir dos dados obtidos acima.

Trata-se, portanto, de pesquisa exploratória que apresentará a seguir as práticas integrativas e complementares instituídas no âmbito do SUS e a formação e exercício das 14 profissões de saúde em práticas integrativas e complementares.

## I PICs no âmbito do SUS

As PICs integram o rol de programas e estratégias preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que as denomina de Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA).

---

<sup>6</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>7</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 849, de 27 de março de 2017*. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à PNPIC. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt\\_849\\_27\\_3\\_2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>8</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 702, de 21 de março de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação n° 2/GM/MS, e 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>9</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 633, de 28 de março de 2017*. Atualiza o serviço especializado 134 práticas integrativas e complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt\\_633\\_28\\_3\\_2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_633_28_3_2017.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

Segundo a OMS, a medicina tradicional pode ser definida como o conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, sejam ou não comprovadas, usadas para a manutenção da saúde, assim como para a prevenção, diagnóstico, cura e tratamento de enfermidades físicas ou mentais. Já a medicina complementar/ alternativa é composta por um conjunto amplo de práticas de atenção à saúde realizadas em alguns países que não fazem parte das suas tradições e não estão integradas ao rol principal de práticas disponibilizadas nos diferentes sistemas sanitários<sup>10</sup>.

Nesse sentido, o campo das práticas integrativas e complementares, ao contemplar sistemas e recursos terapêuticos complexos, busca estimular

os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade<sup>11</sup>.

Dessa forma, tais práticas abrangem uma visão ampliada do processo saúde-doença e aplicam uma concepção de promoção global do cuidado humano<sup>12</sup>.

Seu surgimento remonta à Declaração de Alma-Ata<sup>13</sup>, de 1978, que definiu um conjunto de princípios para proteger e promover a saúde da população, entre os quais a atenção primária à saúde foi eleita como a matriz orientadora de um sistema de saúde integral capaz de promover a saúde e bem-estar das pessoas<sup>14</sup>. Desde a Declaração de Alma Ata, a OMS tem, portanto, estimulado a utilização da MT/MCA nos sistemas de saúde, visando integrar essas práticas às técnicas da medicina ocidental moderna.

Também no final da década de 1970, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área e demonstrando o seu compromisso para o desenvolvimento de estudos científicos com a finalidade de legitimar a utilização da medicina tradicional nos sistemas nacionais de saúde dos estados-membros que a compõe.

---

<sup>10</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. *Medicina Tradicional: definiciones*. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/es/](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>11</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006*, cit.

<sup>12</sup> Id. *Ibid*.

<sup>13</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata*. URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

<sup>14</sup> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *Diretora da OPAS traça panorama da medicina tradicional nas Américas em evento no Rio de Janeiro*. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5608:diretora-da-opas-traca-panorama-da-medicina-tradicional-nas-americas-em-evento-no-rio-de-janeiro&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5608:diretora-da-opas-traca-panorama-da-medicina-tradicional-nas-americas-em-evento-no-rio-de-janeiro&Itemid=820)>. Acesso em: 19 jun. 2018.

Posteriormente, ao proceder uma revisão global do uso dessa prática, a OMS elaborou o documento intitulado *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*<sup>15</sup>, considerado um marco para o desenvolvimento dessas políticas ao elucidar os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acessibilidade dos serviços pelo público-alvo.

Atualmente em vigor, a OMS reforçou a utilização da medicina tradicional pelos sistemas de saúde, formulando a *Estratégia da Organização Mundial da Saúde sobre Medicina Tradicional 2014-2023*<sup>16</sup>, em conformidade às demandas e necessidades identificadas pelas autoridades sanitárias, com base em dois principais objetivos: a prestação de apoio aos estados-membros para que aproveitem a contribuição da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) à saúde, bem-estar e atenção centrada nas pessoas e a promoção da utilização segura e eficaz da MTC mediante a regulamentação de produtos, práticas e profissionais.

No Brasil, em consonância com a estratégia da OMS, o Ministério da Saúde elaborou a *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)*<sup>17</sup>.

A partir disso, a trajetória de legitimação e institucionalização das práticas integrativas e complementares ocorreu com a edição da Portaria n. 971/2006 do Ministério da Saúde, que criou e incorporou a PNPIC ao SUS.

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implementação das PICs e orienta que os estados, Distrito Federal e municípios instituam suas próprias normativas, ofertando no SUS práticas que atendam as necessidades regionais (Portaria n. 849/2017).

Conforme a Portaria n. 971/2006, as primeiras práticas instituídas no SUS foram a acupuntura (medicina tradicional chinesa), homeopatia, fitoterapia e o termalismo social/ crenoterapia.

Ademais, firmaram-se como objetivos da PNPIC:

A. Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação

<sup>15</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=document&slug=estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&layout=default&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&category\\_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&slug=estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&layout=default&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965). Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>16</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Disponível em: [http://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/WHO-strategy/es/](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/WHO-strategy/es/). Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>17</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares PMNC*. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;

B. Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;

C. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades;

D. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Quase dez anos após a criação da PNPIC, em 2017, houve a aprovação da Portaria MS n. 849/2017, que incluiu a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à PNPIC, considerando o Decreto n. 7.508/2011<sup>18</sup> que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; a Portaria GM/MS n. 2.488/2011<sup>19</sup>, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); a Portaria GM/MS n. 2.446/2014<sup>20</sup>, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que tem como um dos Objetivos específicos: valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares; e a Portaria GM/MS n. 2.761/2013<sup>21</sup>, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS).

<sup>18</sup> BRASIL. Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>19</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>20</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.446 de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

<sup>21</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.761 de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

Em 2018, houve a aprovação da Portaria n. 702/2018, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS n. 2/2017, para incluir novas práticas na PNPIC. De acordo com o art. 1º desta Portaria, a aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/ antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/ crenoterapia foram acrescentadas ao rol de práticas disponíveis na PNPIC.

Assim, de 2006 a 2018, o Ministério da Saúde contemplou a oferta de 30 práticas integrativas e complementares no âmbito do SUS (Quadro 1).

**Quadro 1.** Práticas integrativas e complementares incorporadas ao Sistema Único de Saúde entre 2006 e 2018

Portaria n.	Prática
971/2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Homeopatia</li> <li>• Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que inclui práticas corporais (<i>lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan</i>); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde</li> <li>• Meditação*</li> <li>• Plantas medicinais e fitoterapia</li> <li>• Termalismo social ou crenoterapia**</li> </ul>
849/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arteterapia</li> <li>• Ayurveda</li> <li>• Biodança</li> <li>• Dança Circular</li> <li>• Meditação*</li> <li>• Musicoterapia</li> <li>• Naturopatia</li> <li>• Osteopatia</li> <li>• Quiropraxia</li> <li>• Reflexoterapia</li> <li>• Reiki</li> <li>• Shantala</li> <li>• Terapia Comunitária Integrativa (TCI)</li> <li>• Yoga</li> </ul>
702/2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apiterapia</li> <li>• Aromaterapia</li> <li>• Bioenergética</li> <li>• Constelação familiar</li> <li>• Cromoterapia</li> <li>• Geoterapia</li> <li>• Hipnoterapia</li> <li>• Imposição de mãos</li> <li>• Medicina antroposófica ou antroposofia aplicada à saúde</li> <li>• Ozonioterapia</li> <li>• Terapia de florais</li> <li>• Termalismo social ou crenoterapia**</li> </ul>

Nota: \*Regulada pelas portarias ns. 971/2006 e 849/2017; \*\*Regulada pelas portarias ns. 971/2006 e 702/2018.

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Para fins de contabilização e gerenciamento das práticas ofertadas pelo SUS no CNES, a Portaria n. 633/2017 do Ministério da Saúde atualizou a codificação do “Serviço Especializado 134 - Práticas Integrativas e Complementares”, descrevendo e codificando cada prática e a respectiva profissão ou ocupação de saúde apta a exercê-la, utilizando com base a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Assim, como todos os serviços prestados no SUS recebem um código específico para fins de gerenciamento e controle de informações e/ou pagamento, tal Portaria listou as profissões e/ou ocupações profissionais que podem exercer cada PIC das redes de saúde, explicitando inclusive a respectiva CBO. Dessa forma, cada prática integrativa e complementar exercida no SUS por um profissional da saúde ou pessoa que detenha um código específico de ocupação profissional na CBO será cadastrado nesse sistema de informação oficial do Ministério da Saúde.

A partir do cruzamento das práticas integrativas e complementares com as profissões ou ocupações de saúde previstas para exercê-las no âmbito do SUS, elaborou-se o Quadro 2.

**Quadro 2.** Previsão das práticas integrativas complementares nas políticas do Ministério da Saúde e respectivas ocupações profissionais

PICs NO SUS	Ato normativo instituidor (Portaria GM/MS n.)	Profissões CBO
Acupuntura	971/2006	Biomédico Cirurgião dentista - clínico geral Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família Enfermeiros e afins Farmacêutico Farmacêutico práticas integrativas e complementares Fisioterapeutas Fonoaudiólogo Médicos clínicos ou médicos em medicina diagnóstica e terapêutica Naturólogo Profissional de educação física na saúde Psicólogos e psicanalistas Terapeuta ocupacional
Apiterapia	702/2018	Sem previsão
Aromaterapia	702/2018	Sem previsão

Continua

Continuação: **Quadro 2.** Previsão das práticas integrativas complementares nas políticas do Ministério da Saúde e respectivas ocupações profissionais

PICs NO SUS	Ato normativo instituidor (Portaria GM/MS n.)	Profissões CBO
Arteterapia	849/2017	Assistente social Biomédico Cirurgião dentista - clínico geral Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família Enfermeiros e afins Farmacêutico Farmacêutico práticas integrativas e complementares Fisioterapeuta acupunturista Fisioterapeuta do trabalho Fisioterapeuta geral Fonoaudiólogo Médicos clínicos ou médicos em medicina diagnóstica e terapêutica Naturólogo Nutricionista Profissional de educação física na saúde Psicólogo acupunturista Psicólogo clínico Psicólogo do trabalho Terapeuta ocupacional
Ayurveda	849/2017	Médicos clínicos* ou médicos em medicina diagnóstica e terapêutica Enfermeiros e afins Fisioterapeutas Cirurgião dentista - clínico geral Cirurgião dentista da estratégia de saúde da família Farmacêutico Farmacêutico práticas integrativas e complementares Nutricionista Fonoaudiólogo Terapeuta ocupacional Profissional de educação física na saúde Naturólogo Psicólogo clínico Psicólogo do trabalho Psicólogo acupunturista Assistente Social



Continuação: **Quadro 2.** Previsão das práticas integrativas complementares nas políticas do Ministério da Saúde e respectivas ocupações profissionais

<b>PICs NO SUS</b>	<b>Ato normativo instituidor (Portaria GM/MS n.)</b>	<b>Profissões CBO</b>
Biodança	849/2017	Sem previsão
Bioenergética	702/2018	Sem previsão
Constelação Familiar	702/2018	Sem previsão
Cromoterapia	702/2018	Sem previsão
Dança Circular	849/2017	Sem previsão
Geoterapia	702/2018	Sem previsão
Hipnoterapia	702/2018	Sem previsão
Homeopatia	971/2006	Cirurgião dentista - clínico geral Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família Enfermeiros e afins Farmacêutico Farmacêutico práticas integrativas e complementares Médicos clínicos ou médicos em medicina diagnóstica e terapêutica
Imposição de mãos	702/2018	Sem previsão
Medicina antroposófica/ antroposofia aplicada à saúde	702/2018	Agente comunitário de saúde Assistente social Biomédico Cirurgião dentista - clínico geral Cirurgião dentista da estratégia de saúde da família Enfermeiros e afins Farmacêutico Farmacêutico práticas integrativas e complementares Fisioterapeutas Fonoaudiólogo Médicos clínicos ou médicos em medicina diagnóstica e terapêutica Musicoterapeuta Naturólogo Nutricionista Profissional de educação física na saúde Psicólogo acupunturista Psicólogo clínico Psicólogo do trabalho Técnico de enfermagem Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família Terapeuta ocupacional

Continuação: **Quadro 2.** Previsão das práticas integrativas complementares nas políticas do Ministério da Saúde e respectivas ocupações profissionais

<b>PICs NO SUS</b>	<b>Ato normativo instituidor (Portaria GM/MS n.)</b>	<b>Profissões CBO</b>
Medicina Tradicional Chinesa (MTC)	971/2006	Qualquer ocupação da área da saúde
Meditação (prática mental, consoante Portaria GM/MS n. 971/2006)	849/2017	Qualquer ocupação da área da saúde
Musicoterapia	849/2017	Sem previsão
Naturopatia	849/2017	Assistente social Cirurgião dentista - clínico geral Cirurgião dentista da estratégia de saúde da família Enfermeiros e afins Farmacêutico Farmacêutico práticas integrativas e complementares Fisioterapeutas Fonoaudiólogo Médicos clínicos ou médicos em medicina diagnóstica e terapêutica Naturólogo Nutricionista Profissional de educação física na saúde Psicólogo acupunturista Psicólogo clínico Psicólogo do trabalho Terapeuta ocupacional
Osteopatia	849/2017	Sem previsão
Ozonioterapia	702/2018	Sem previsão
Plantas medicinais e fitoterapia	971/2006	Sem previsão
Quiropraxia	849/2017	Sem previsão
Reflexoterapia	849/2017	Sem previsão
Reiki	849/2017	Sem previsão
Shantala	849/2017	Sem previsão
Terapia Comunitária Integrativa (TCI)	849/2017	Sem previsão
Terapia de florais	702/2018	Sem previsão

Continuação: **Quadro 2.** Previsão das práticas integrativas complementares nas políticas do Ministério da Saúde e respectivas ocupações profissionais

<b>PICs NO SUS</b>	<b>Ato normativo instituidor (Portaria GM/MS n.)</b>	<b>Profissões CBO</b>
Termalismo social / crenoterapia	971/2006 702/2018	Assistente social Biomédico Cirurgião dentista - clínico geral Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família Enfermeiros e afins Farmacêutico Farmacêutico práticas integrativas e complementares Fisioterapeutas Fonoaudiólogo Médicos clínicos ou médicos em medicina diagnóstica e terapêutica Naturólogo Nutricionista Profissional de educação física na saúde Psicólogo acupunturista Psicólogo clínico Psicólogo do trabalho Terapeuta ocupacional
Yoga	849/2017	Sem previsão

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Da leitura do Quadro 2, depreende-se que a medicina veterinária é a única das 14 profissões de saúde em que não há nenhuma PIC expressamente relacionada. Logo, para cada uma das 13 outras profissões de saúde, o Ministério da Saúde atribuiu o exercício de ao menos uma prática integrativa e complementar.

Vale esclarecer que, além dessas 13 profissões, o Ministério da Saúde designou o exercício de algumas práticas integrativas e complementares a quatro ocupações profissionais: a medicina antroposófica pode ser exercida pelo agente comunitário de saúde, musicoterapeuta, naturólogo ou técnico em saúde bucal; e ao naturólogo foram previstas ainda as práticas da acupuntura, arteterapia, ayurveda, naturopatia e termalismo social (ou crenoterapia).

Com isso, verifica-se que, em 23% (sete do total de 30) das práticas integrativas e complementares instituídas no SUS, o Ministério da Saúde atribuiu explicitamente o seu exercício à 13 profissões de saúde e mais quatro ocupações profissionais.

Importar acrescentar ainda que o Ministério da Saúde atribuiu para qualquer ocupação da área da saúde o exercício de duas práticas integrativas e complementares – a meditação e a medicina tradicional chinesa (que inclui práticas corporais, mentais, orientação alimentar e uso de plantas medicinais). Vale destacar ainda que a Portaria n. 633/2017, ao atualizar o serviço especializado 134 PICs na tabela de serviços do sistema de CNES, atribuiu para qualquer ocupação profissional de saúde o exercício das práticas mentais, corporais e específicas. No entanto, essa portaria não explicitou quais PICs se enquadrariam nessas três práticas; isso merece uma especificação mais exata até para o cadastramento correto do serviço específico pelo gestor ou funcionário responsável por isso. Logo, em 7% (duas do total de 30) das PICs, foi previsto o exercício no âmbito do SUS por qualquer profissão ou ocupação da saúde.

Observa-se, ainda, que 70% (21 do total de 30) das práticas integrativas e complementares não foram atreladas ao exercício de qualquer profissão ou ocupação de saúde. Isso significa que essas PICs – apiterapia, aromaterapia, biodança, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, dança circular, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, musicoterapia, osteopatia, ozonioterapia, plantas medicinais e fitoterapia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, terapia de florais e yoga – podem estar deixando de ser cadastradas no CNES por ausência de campo específico para o serviço especializado dessa prática e/ou do profissional a exercê-la.

Isso, provavelmente, se deve ao fato de que a Portaria n. 633/2017 é contemporânea da Portaria n. 849/2017, que incluiu 14 práticas integrativas e complementares à PNPIC, bem como é anterior à Portaria n. 702/2018, que incluiu outras 11.

Torna-se, portanto, necessário que todas as 30 práticas identificadas na PNPIC recebam uma codificação clara e específica para que seja possível a correta contabilização e gerenciamento das práticas ofertadas pelo SUS e dos respectivos profissionais que a exerceram, mediante uma atualização da Portaria n. 633/2017.

## **II Regulação da formação e exercício das 14 profissões de saúde nas PICs**

A partir da relação entre as práticas integrativas e complementares e as ocupações profissionais que podem exercê-las no âmbito do SUS, buscou-se a regulação dessas 30 práticas instituídas na rede pública de saúde nas DCNs e nas resoluções dos conselhos profissionais das 14 profissões de saúde, assim definidas, como já explicitado, pelo CNS por meio da Resolução CNS n. 218/1997. O levantamento desses dados foi compilado no Quadro 3:

**Quadro 3.** Práticas integrativas e complementares nas Diretrizes Curriculares Nacionais e normas dos conselhos profissionais

Força trabalho em saúde	Prática integrativa	Previsão na DCN	Conselho - Ato normativo instituidor
Assistente social	Arteterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Medicina antroposófica	Sem previsão	Sem previsão
	Naturopatia	Sem previsão	Sem previsão
	Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	Sem previsão
Biologia	Bioenergética	Sem previsão	CFBio - Resolução n. 10/2003
Biomedicina	Acupuntura	Sem previsão	CFBM - Resolução n. 02/1995
		Sem previsão	CFBM - Resolução n. 78/2002
		Sem previsão	CFBM - Normativa n. 1/2016
	Arteterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Cromoterapia	Sem previsão	CFBM - Normativa n. 1/2016
	Fitoterapia	Sem previsão	CFBM - Normativa n. 1/2016
	Medicina antroposófica	Sem previsão	Sem previsão
	Musicoterapia	Sem previsão	CFBM - Normativa n. 1/2016
Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	CFBM - Normativa n. 1/2016	
Educação física	Acupuntura	Sem previsão	CONFEEF - Resolução n. 69/2003
	Arteterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Medicina antroposófica	Sem previsão	Sem previsão
	Naturopatia	Sem previsão	Sem previsão
	Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Yoga	Sem previsão	CONFEEF - Resolução n. 46/2002
Enfermagem	Acupuntura	Sem previsão	COFEN - Resolução n. 326/2008
	Arteterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Homeopatia	Sem previsão	Sem previsão
	Medicina antroposófica	Sem previsão	Sem previsão
	Naturopatia	Sem previsão	Sem previsão
	Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	Sem previsão
Farmácia	Acupuntura	Sem previsão	CFF – Resolução n. 353/2000
			CFF – Resolução n. 516/2009
	Arteterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Fitoterapia	Previsto	CFF – Resolução n. 477/2008
	Homeopatia	Previsto	CFF – Resolução n. 635/2016
	Medicina antroposófica	Sem previsão	CFF – Resolução n. 465/2007
	Naturopatia	Previsto	Sem previsão
Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	Sem previsão	

Continua

Continuação: **Quadro 3.** Práticas integrativas e complementares nas Diretrizes Curriculares Nacionais e normas dos conselhos profissionais

<b>Força trabalho em saúde</b>	<b>Prática integrativa</b>	<b>Previsão na DCN</b>	<b>Conselho - Ato normativo instituidor</b>
Fisioterapia	Acupuntura	Sem previsão	COFFITO – Resolução n. 60/1985
			COFFITO – Resolução n. 393/2011
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Fitoterapia	Sem previsão	COFFITO – Resolução n. 380/2010
	Medicina antroposófica	Sem previsão	COFFITO – Resolução n. 380/2010
	Meditação	Sem previsão	COFFITO – Resolução n. 380/2010
	Naturopatia	Sem previsão	Sem previsão
	Osteopatia	Sem previsão	COFFITO – Resolução n. 398/2011
	Quiropraxia	Sem previsão	COFFITO – Resolução n. 398/2011
	Terapia de Florais	Sem previsão	COFFITO – Resolução n. 380/2010
Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	COFFITO – Resolução n. 380/2010	
Fonoaudiologia	Acupuntura	Sem previsão	Sem previsão
	Arteterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Medicina antroposófica	Sem previsão	Sem previsão
	Naturopatia	Sem previsão	-
	Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	-
Medicina	Acupuntura	Sem previsão	CFM – Resolução n. 2.149/2016
	Arteterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Homeopatia	Sem previsão	CFM – Resolução n. 2.149/2016
	Medicina antroposófica	Sem previsão	Sem previsão
	Naturopatia	Sem previsão	Sem previsão
	Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	Sem previsão
Medicina veterinária	Sem previsão	-	-
Nutrição	Arteterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Fitoterapia	Sem previsão	CFN – Resolução n. 556/2015
	Medicina antroposófica	Sem previsão	Sem previsão
	Naturopatia	Sem previsão	Sem previsão
	Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	Sem previsão

Continuação: **Quadro 3.** Práticas integrativas e complementares nas Diretrizes Curriculares Nacionais e normas dos conselhos profissionais

Força trabalho em saúde	Prática integrativa	Previsão na DCN	Conselho - Ato normativo instituidor
Odontologia	Acupuntura	Sem previsão	CFO – Resolução n. 160/2015 CFO – Resolução n. 82/2008
	Arteterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Fitoterapia	Sem previsão	CFO – Resolução n. 82/2008
	Hipnose	Sem previsão	CFO – Resolução n. 82/2008
	Homeopatia	Sem previsão	CFO – Resolução n. 160/2015
	Medicina antroposófica	Sem previsão	CFO – Resolução n. 165/2015
	Naturopatia	Sem previsão	Sem previsão
	Terapia de Florais	Sem previsão	CFO – Resolução n. 82/2008
	Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	Sem previsão
Psicologia	Acupuntura	Sem previsão	CFP – Resolução n. 5/2002
	Arteterapia	Sem previsão	Sem previsão
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Hipnose	Sem previsão	CFP – Resolução n. 13/2000
	Medicina antroposófica	Sem previsão	Sem previsão
	Naturopatia	Sem previsão	Sem previsão
	Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	Sem previsão
Terapia ocupacional	Acupuntura	Sem previsão	COFFITO – Resolução n. 221/2001
	Arteterapia	Sem previsão	COFFITO – Resolução n. 350/2008
	Ayurveda	Sem previsão	Sem previsão
	Medicina antroposófica	Sem previsão	Sem previsão
	Naturopatia	Sem previsão	Sem previsão
	Termalismo social/ crenoterapia	Sem previsão	Sem previsão

Legenda: CFBio – Conselho Federal de Biologia; CFBM – Conselho Federal de Biomedicina; CONFEF – Conselho Federal de Educação Física; COFEN – Conselho Federal de Enfermagem; CFF – Conselho Federal de Farmácia; COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; CFN – Conselho Federal de Nutricionistas; CFO – Conselho Federal de Odontologia; CFP – Conselho Federal de Psicologia.

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

A leitura do Quadro 3 revela que apenas uma das 13 (8% do total) profissões de saúde listadas na PNPIC regula as práticas integrativas e complementares nas DCN.

A explicação possível para esse resultado reside no fato de que, das 13 profissões de saúde listadas na PNPIC, somente as DCN dos cursos de farmácia (estabelecidas pela Resolução CNE/CES n. 6/2017<sup>22</sup>), de medicina (Resolução CNE/

<sup>22</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Conselho de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 6, de 19 de outubro de 2017. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category\\_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 01 ago. 2018.

CES n. 3/ 2014<sup>23</sup>) e psicologia (Resolução CNE/CES n. 5/2011<sup>24</sup>) tiveram novas DCN publicadas após a Portaria n. 971/2006 que instituiu a PNPIC.

Em relação a estes três casos, vale destacar que: (a) a DCN do curso de farmácia foi a única a prever o desenvolvimento de competências ligadas às PICs e a explicitar a necessidade de formação em fitoterapia, homeopatia e naturopatia; (b) a DCN do curso de medicina nada mencionou acerca das PICs; e (c) a DCN do curso de psicologia, embora tenha exigido o desenvolvimento de práticas integrativas das competências, habilidades e competências profissionais, também não fez referência às PICs ou a qualquer outra política do Ministério da Saúde.

No caso do curso de medicina, importa citar ainda que, em 13 de março de 2018, o Conselho Federal de Medicina expediu um comunicado para a população e médicos, posicionando-se contrariamente à incorporação das PICs ao SUS, pelos seguintes motivos:

- 1) Tais práticas alternativas não apresentam resultados e eficácia comprovados cientificamente;
- 2) A decisão de incorporação dessas práticas na rede pública ignora prioridades na alocação de recursos no SUS;
- 3) A prescrição e o uso de procedimentos e terapêuticas alternativos, sem reconhecimento científico, são proibidos aos médicos brasileiros, conforme previsto no Código de Ética Médica e em diferentes normas aprovadas pelo Plenário desta autarquia<sup>25</sup>.

Embora a regulação da formação profissional seja incumbência do Ministério da Educação, esse manifesto contrário à PNPIC revela a falta de interesse da classe de formar médicos nessas práticas, influenciando, provavelmente, a ausência de vontade política do órgão responsável pela regulação do tema.

Quanto às outras 10 profissões de saúde, não houve, de fato, oportunidade para que as suas DCN contemplassem quaisquer práticas previstas na PNPIC por serem anteriores à sua criação. Nada impede, entretanto, que sejam atualizadas e adequadas à política do Ministério da Saúde.

<sup>23</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Conselho de Educação Superior. *Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014*. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 01 ago. 2018.

<sup>24</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Conselho de Educação Superior. *Resolução CNE/CES n. 5, de 15 de março de 2011*. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category\\_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 01 ago. 2018.

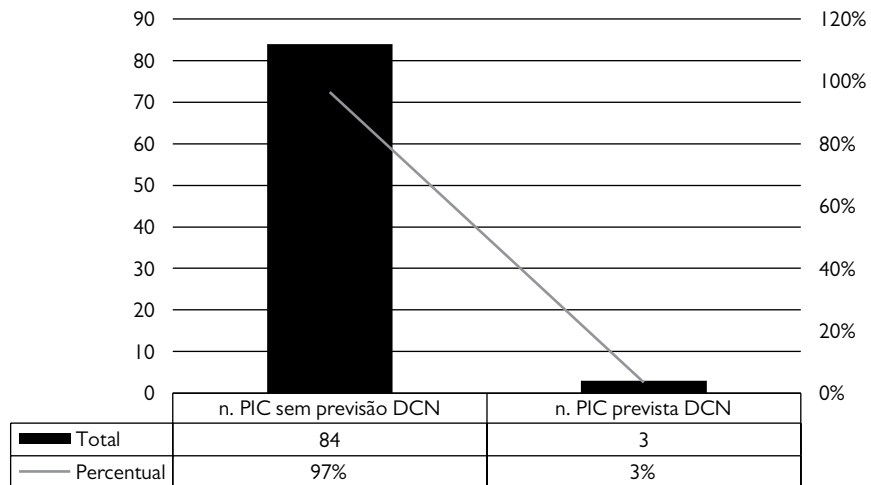
<sup>25</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Nota à população e aos médicos*. Tema: incorporação de práticas alternativas pelo SUS. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/images/PDF/praticas\\_integrativas.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/praticas_integrativas.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018.



Assim, quanto à previsão das PIC nas DCN, foram contabilizadas o total de 87 práticas integrativas e complementares, somando-se o número de práticas em cada uma das 13 profissões de saúde (como o profissional de medicina veterinária não foi expressamente atrelado ao exercício de nenhuma PIC pelo Ministério da Saúde, fez-se referência a 13 profissões de saúde), previstas na política nacional do Ministério da Saúde, nas DCN e/ou nas resoluções desses conselhos federais.

Desse total, o Gráfico 1 indica quantas PICS foram previstas pelas DCN.

**Gráfico 1.** Previsão de PIC nas DCN das 14 profissões de saúde



Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

O Gráfico 1 mostra que, do total de 87 práticas integrativas e complementares distribuídas entre as 13 profissões de saúde, apenas 3% (três) foram previstas nas DCN. Vale esclarecer que essas três práticas – fitoterapia, homeopatia e naturopatia – foram explicitadas somente na DCN do curso de farmácia.

Logo, 97% (84 do total de 87) das PICS não foram previstas nas DCN das 13 profissões de saúde, demonstrando a necessidade de adequação da formação à essa política nacional do Ministério da Saúde.

Em relação à regulação do exercício profissional, o Quadro 3 mostra ainda que 85% (11 do total de 13) dos conselhos federais das 14 profissões de saúde previstas na PNPIC regulam o exercício profissional de ao menos uma prática integrativa e complementar.

Vale destacar que o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), um dos dois conselhos que não regulamentam o exercício de quaisquer PICs, editou a Resolução CFESS n. 569/2010, dispondo sobre a vedação da realização de terapias pelos assistentes sociais:

Art. 1º. A realização de terapias não constitui atribuição e competência do assistente social.

Art. 2º. Para fins dessa Resolução consideram-se como terapias individuais, grupais e/ou comunitárias:

a. Intervenção profissional que visa a tratar problemas somáticos, psíquicos ou psicossomáticos, suas causas e seus sintomas;

b. Atividades profissionais e/ou clínicas com fins medicinais, curativos, psicológicos e/ou psicanalíticos que atuem sobre a psique.

Art. 3º. Fica vedado ao Assistente Social vincular ou associar ao título de assistente social e/ou ao exercício profissional as atividades definidas no artigo 2º. desta Resolução<sup>26</sup>; [...]

De acordo com essa resolução, portanto, foi vedado aos assistentes sociais o exercício de várias práticas integrativas e complementares, o que justificaria a ausência de regulação do tema pelo respectivo conselho federal.

Nesse sentido, o documento do CFESS intitulado Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde esclarece que:

Não cabe ao profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. É importante ressaltar essa questão, pois alguns segmentos profissionais vêm se dedicando à terapia familiar e individual, reivindicando o reconhecimento do campo psíquico enquanto ampliação do espaço ocupacional do assistente social, qualificando-o de Serviço Social Clínico, conforme já referido. Essa abordagem é anunciada como uma resignificação do Serviço Social de Casos, apoiada numa visão “holística do ser humano”. Ressalta-se que essas ações fogem ao

---

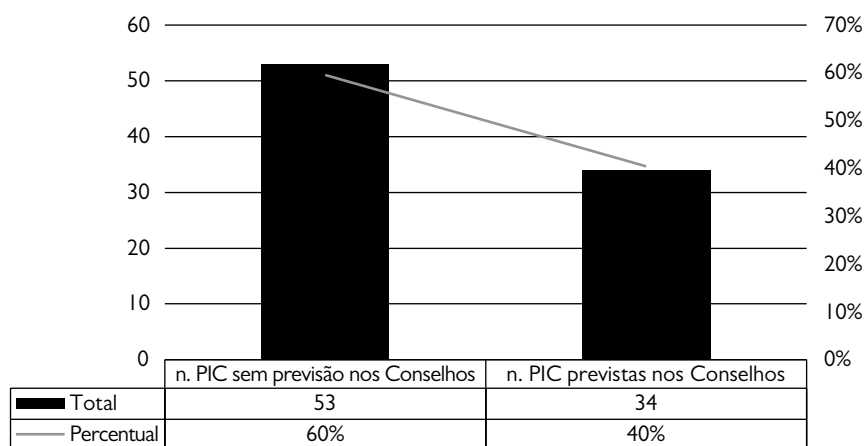
<sup>26</sup>BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. *Resolução n. 569/2010*. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS\\_569-2010.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018.

âmbito da competência do assistente social, pois não estão previstas na legislação profissional, seja referente ao ensino da graduação, expressa nas diretrizes curriculares aprovadas pelo MEC, seja na lei de regulamentação da profissão<sup>27</sup>.

Assim, embora a regulação do exercício profissional das PICs pelos conselhos federais das 13 profissões de saúde listadas pela PNPIC exista em 85% dos casos (11 do total de 13), a maioria desses conselhos regula pouco, isto é, um percentual igual ou abaixo de 33% das práticas, merecendo, portanto, adequação à PNPIC.

Outros resultados mostrados no Quadro 3 acerca da regulação do exercício das PICs pelos conselhos profissionais, foram compiladas no Gráfico 2.

**Gráfico 2.** Regulação do exercício profissional de PICs pelos conselhos profissionais



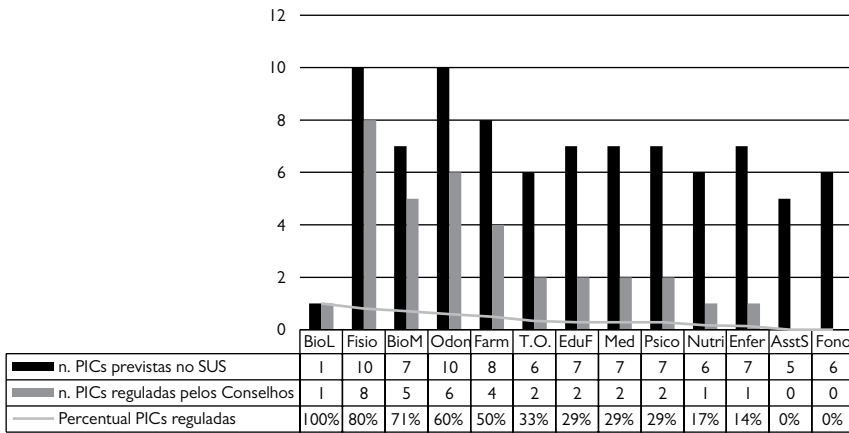
Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

O Gráfico 2 demonstra que, das práticas integrativas e complementares levantadas, 60% (53 do total de 87) têm seu exercício regulado pelo respectivo conselho profissional e 40% (34 do total de 87) não possuem previsão regulatória.

Ao confrontar o número (n.) de práticas integrativas e complementares previstas no SUS para cada uma das 13 profissões de saúde com o número de PICs reguladas por cada conselho, elaborou-se o Gráfico 3.

<sup>27</sup> BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 2010. p. 44. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuaao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuaao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018.

**Gráfico 3.** Número de PICs previstas e reguladas pelos conselhos profissionais



Legenda: BioL – Conselho Federal de Biologia; Fisio – Conselho Federal de Fisioterapia; BioM – Conselho Federal de Biomedicina; Odon – Conselho Federal de Odontologia; Farm – Conselho Federal de Farmácia; T.O. – Conselho Federal de Terapia Ocupacional; EduF – Conselho Federal de Educação Física; Med – Conselho Federal de Medicina; Psico – Conselho Federal de Psicologia; Nutri – Conselho Federal de Nutrição; Enfer – Conselho Federal de Enfermagem; AsstS – Conselho Federal de Assistência Social; Fono – Conselho Federal de Fonoaudiologia.

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

O Gráfico 3 releva que os conselhos federais de biologia, fisioterapia, biomedicina, odontologia e farmácia regulam o exercício profissional de 50% ou mais das práticas integrativas e complementares instituídas pelo Ministério da Saúde no SUS, correspondendo, respectivamente, a 100% (1 do total de 1), a 80% (8 do total de 10), a 71% (5 do total de 7), a 60% (6 do total de 10) e a 50% (4 do total de 8) de regulação.

Os demais conselhos, diferentemente, possuem um baixo índice regulatório: o Conselho Federal de Terapia Ocupacional regulou o exercício profissional de apenas 33% (duas de um total de seis) das PICs previstas pelo SUS; os conselhos de educação física, medicina e psicologia regularam o exercício de 29% (duas de um total de sete); o conselho de nutrição, 17% (uma de um total de 6); o conselho de enfermagem, 14% (uma de um total de sete); e, por fim, os conselhos federais de assistência social e de fonoaudiologia não regularam nenhuma das PICs previstas a essas categorias pelo SUS.

Logo, das 13 profissões de saúde explicitadas na PNPIC, em apenas 15% (duas de um total de 13) das profissões não houve qualquer regulação do exercício dessas práticas. Já em 85% (11 do total de 13), os conselhos profissionais pesquisados regulamentaram o exercício profissional de ao menos uma PIC.

Pelo exposto, constata-se que há necessidade de adequação das DCN para a formação acadêmica em práticas integrativas e complementares, pois, em 92% (12 do total de 13) das diretrizes das profissões de saúde expressamente previstas na PNPIC, nada se falou a respeito delas.

Diferentemente, há regulação do exercício profissional das práticas integrativas e complementares pelos respectivos conselhos federais em 85% (11 do total de 13) das profissões de saúde previstas na PNPIC. Apesar disso, na maioria dos conselhos profissionais, a regulamentação das PICS é pequena, correspondendo ao percentual igual ou abaixo de 33% de práticas reguladas por conselho.

Apesar de todo esse embasamento histórico-documental, os resultados desta pesquisa revelaram que a regulação da formação e do exercício profissional da PNPIC, iniciada em 2006, ainda é incipiente.

## Considerações finais

Em consonância com o plano estratégico da OMS de estimular o uso da medicina complementar e alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas, o Ministério da Saúde implementou, em 2006, a PNPIC, por meio da edição das Portarias ns. 971/2006, 849/2017 e 702/2018, que instituíram as PICS, a serem realizadas no âmbito da rede de saúde pública do SUS.

Apesar disso, verificou-se que a implementação da PNPIC encontra diversos entraves.

Primeiramente, a própria Portaria n. 633/2017 – que sistematiza informações relativas às PICS ofertadas pelo SUS no CNES e, por conseguinte, oferece suporte para o gerenciamento dessa política – parece estar desatualizada, por não contemplar códigos específicos para todas as 30 práticas incluídas na PNPIC.

A solução ampla de atribuir códigos para práticas corporais, mentais e expressivas não proporciona segurança no cadastramento de tais informações, uma vez que pode gerar dúvidas ou equívocos de preenchimento no momento de enquadrar, em uma dessas três opções, quaisquer das 21 práticas não expressamente descritas nessa Portaria.

Ademais, quanto à regulação da formação das práticas integrativas e complementares, constatou-se a necessidade de adequação das DCN de 12 (do total de 13) profissões de saúde contempladas na Portaria n. 633/2017.

Urge, igualmente, a necessidade de regulação do exercício profissional das práticas integrativas e complementares pelos conselhos federais, pois, embora 85% (11 do total de 13) tenham disciplinado o seu exercício, a maioria (oito) regulou muito pouco: somente o percentual igual ou menor a 33% das PICS previstas pela PNPIC.

Conclui-se, portanto, pela necessidade de adequação das DCN e das resoluções dos conselhos profissionais à PNPIC, mediante articulação interinstitucional entre os ministérios da Saúde e da Educação e os conselhos profissionais.

Nesse sentido, inclusive, importa mencionar o posicionamento contrário do CFM à implementação das PICs no âmbito do SUS, bem como a vedação imposta pelo CFSS ao exercício de terapias, incluindo as disciplinadas pela PNPIC, pelos assistentes sociais.

## Referências

- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Nota à população e aos médicos*. Tema: incorporação de práticas alternativas pelo SUS. Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/images/PDF/praticas\\_integrativas.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/praticas_integrativas.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 2010. p. 44. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *RESOLUÇÃO N. 569/2010*. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS\\_569-2010.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Conselho de Educação Superior. *Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014*. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 01 ago. 2018.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Conselho de Educação Superior. *Resolução CNE/CES n. 5, de 15 de março de 2011*. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category\\_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 01 ago. 2018.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Conselho de Educação Superior. *Resolução CNE/CES n. 6, de 19 de outubro de 2017*. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category\\_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 01 ago. 2018.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução n. 287, de 08 de outubro de 1998*. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/reso287\\_08\\_10\\_1998.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/reso287_08_10_1998.html)>. Acesso em: 20 mai. 2018.
- \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução n. 324, de 03 de julho de 2003*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso324.doc>>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Nota técnica n. 006/2014*. Recomendações do conselho nacional de saúde à proposta de novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov>>.

br/web\_comissoes/cirh/doc/Nota\_Tecnica\_006\_Recomenda\_MEC.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 633, de 28 de março de 2017*. Atualiza o serviço especializado 134 práticas integrativas e complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt\\_633\\_28\\_3\\_2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_633_28_3_2017.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Portaria n. 702 de 21 de março de 2018*. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, e 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prto702\\_22\\_03\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prto702_22_03_2018.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Portaria n. 849, de 27 de março de 2017*. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à PNPIC. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt\\_849\\_27\\_3\\_2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971_03_05_2006.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Portaria n. 2.446 de 11 de novembro de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Portaria n. 2.761 de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares PMNC*. Brasília. 2005. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata*. URSS. 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declar%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=document&slug=estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&layout=default&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&category\\_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&slug=estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&layout=default&alias=796-estrategia-oms-sobre-medicina-tradicional-2002-2005-6&category_slug=vigilancia-sanitaria-959&Itemid=965)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/WHO-strategy/es/](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/WHO-strategy/es/)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. *Medicina Tradicional: definiciones*. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/es/](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *Diretora da OPAS traça panorama da medicina tradicional nas Américas em evento no Rio de Janeiro*. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5608:diretora-da-opas-traca-panorama-da-medicina-tradicional-nas-americas-em-evento-no-rio-de-janeiro&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5608:diretora-da-opas-traca-panorama-da-medicina-tradicional-nas-americas-em-evento-no-rio-de-janeiro&Itemid=820)>. Acesso em: 19 jun. 2018.



# **Estudos de caso das profissões de obstetrícia e de saúde pública**

Case studies: The midwifery and public  
health professions

---

Marina de Neiva Borba<sup>1</sup>

Nathalia Fernandes de Carvalho<sup>1</sup>

Caroline de Araújo Rodas<sup>1</sup>

Talita Alves Shimodaira<sup>1</sup>

## Introdução

Dentro do contexto de criação de novas profissões de saúde e de análise dos projetos de lei reguladores dessas novas atividades, explicitados nos capítulos anteriores desta publicação, mostra-se relevante e oportuno proceder estudo de casos para consolidação da temática. Os casos eleitos para serem apreciados foram os de obstetrícia e de saúde pública. Logo, constituem objetivos desse capítulo identificar e analisar as normas jurídico-administrativas vigentes relacionadas a essas profissões, bem como os respectivos projetos de lei em tramitação.

Para execução desses objetivos, buscou-se inicialmente mapear as normas jurídicas e proposições legislativas relacionados a tais atividades. Tal mapeamento foi feito nos *sites* do Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e do Emprego e Ministério da Saúde, utilizando-se os descritores “obstetriz, obstetrícia, parteira” e “saúde pública” e/ou “saúde coletiva” como critérios para levantamento das normas, que compreendem portarias, pareceres e resoluções de órgãos componentes do Ministério da Educação<sup>1</sup>, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e do Emprego<sup>2</sup>, políticas de saúde do Ministério da Saúde<sup>3</sup> e projetos de lei da Câmara dos Deputados e Senado Federal.

Em seguida, a partir desse *corpus* documental, extraíram-se dados relativos às competências específicas da obstetrícia e saúde pública.

Por derradeiro, foram eleitas como categorias de análise a evolução histórica da formação e exercício profissional dessas profissões e as suas competências específicas.

### I Estudo de caso: obstetrícia

As profissões de parteira, obstetriz e enfermeira obstétrica distinguem-se em sua origem, evolução histórica e modalidades de formação. Originalmente, parteira foi o título mais antigo dessa profissão. Em seguida, sobreveio o termo obstetriz que foi substituído paulatinamente pela denominação enfermeira

<sup>1</sup> BRASIL: Ministério da Educação. *Orientações gerais*. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12986](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12986). Acesso em: 20 mai. 2018.

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério do Trabalho. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>. Acesso em: 20 mai. 2018.

<sup>3</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. *Políticas nacionais*. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/component/content/article/114-politicas-sistemas-e-diretrizes-do-sistema-unico-de-saude/311-politicas-nacionais>. Acesso em: 20 mai. 2018.

obstétrica, que é mais recente e representa a portadora do diploma de graduação em enfermagem com especialização em obstetrícia<sup>4</sup>.

Tais nuances, além de traduzirem modificações na legislação de ensino, diversificaram as modalidades de formação dessa profissão<sup>5</sup>.

## 1 Evolução histórica da regulamentação da formação da obstetrícia

O primeiro ato normativo que regulamentou a formação das obstetizas ou parteiras profissionais foi a Lei Imperial (sem número) de 3 de outubro de 1832, que deu “nova organização as actuais Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia” (*sic*)<sup>6</sup>.

Tal documento legal permitiu que as faculdades de medicina brasileiras concedessem o **título de parteira** (art. 11) às mulheres que fizessem um curso específico com o professor de parto (art. 19), tivessem a idade mínima de 16 anos, soubessem ler e escrever corretamente e apresentassem atestado de bons costumes (exigências para realização da matrícula constantes no art. 22)<sup>7</sup>.

Em 1854, o Decreto n. 1.387 reformulou os estatutos das escolas de medicina, criando formalmente o curso obstetrício, ainda incorporado às faculdades de medicina (art. 7º), com duração de dois anos, contemplando tanto a dimensão teórica como prática (art. 23), pois era obrigatório cursar a cadeira médica de “Partos, moléstias de mulheres pejadas e de recém-nascidos” (art. 5º) e frequentar a respectiva clínica da santa casa de misericórdia ou casa de maternidade criadas pelo governo (art. 8º)<sup>8</sup>.

Para matrícula no curso obstetrício, exigia-se que as mulheres tivessem ao menos 21 anos de idade, apresentassem a licença dos pais se solteiras ou consentimento dos maridos se casadas, além da habilitação nos exames de leitura e escrita, das quatro operações de aritmética e da língua francesa (art. 82). A aprovação plena nos exames do curso obstetrício, consoante o art. 114 deste mesmo decreto, daria “direito às pessoas assim habilitadas para obterem hum

<sup>4</sup> RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetizas e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, p. 449, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2002000200014/8850>. Acesso em: 1 jul. 2018.

<sup>5</sup> RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. op. cit.

<sup>6</sup> BRASIL. Lei de 3 de outubro de 1832. Dá nova organização as actuais Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/publicacoes/doimperio/colecao3.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>7</sup> Id. *Ibid*.

<sup>8</sup> BRASIL. Decreto n. 1.387, de 28 de abril de 1854. Dá novos Estatutos às Escolas de Medicina. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1387-28-abril-1854-590272-publicacaooriginal-115439-pe.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

Título da Faculdade, com o qual, depois de registrado na Junta de Hygiene Pública, poderiam exercer a sua arte” (*sic*).

O Decreto n. 7.247/1879, que reformou o ensino superior em todo o Império, também regulamentou o curso de obstetrícia ou curso obstétrico, ainda anexo às faculdades de medicina, estabelecendo a matérias de cunho obrigatório (art. 24, §6º) e os requisitos para inscrição no curso: “1º. Idade maior de 18 anos, sendo homem, e de menos de 30 e mais de 18, sendo mulher; 2º. Ser vacinado dentro do prazo não maior de 4 anos; 3º. Aprovação nas materias seguintes: portuguez, francez, arithmetica, algebra e geometria” (*sic*) (art. 24, §18). Aquele que fosse aprovado nos exames desse curso receberia o titulo de parteiro ou de mestre em obstetrícia (art. 24, §21)<sup>9</sup>.

Apesar do ensino da enfermagem ter sido oficialmente instituído no Brasil pelo Decreto n. 791/1890, não houve indicação de formação em obstetrícia<sup>10</sup>. Dessa forma, a educação formal das parteiras esteve vinculada às escolas de medicina de 1832 até 1949 e, por conseguinte, durante esse período, toda a legislação de ensino de parteiras esteve contida na legislação do ensino da medicina<sup>11</sup>.

Em 1949, a Lei n. 775, que dispôs sobre o ensino enfermagem no País, facultou a adaptação desses cursos de obstetrícia, anteriormente ligados às escolas de medicina, às exigências dos cursos de enfermagem e auxiliares de enfermagem para “formação de enfermeiras e auxiliares de enfermeiras especializadas para a assistência obstétrica” (art. 22)<sup>12</sup>.

Como os dois tipos de formação (em obstetrícia e em enfermagem) continuaram a ser oferecidos de maneira independente, uma grande polêmica surgiu entre obstetrizes e enfermeiras:

De um lado, as enfermeiras não aceitavam que as parteiras formadas pelos médicos nos cursos anexos às clínicas obstétricas das faculdades de medicina recebessem o titulo de enfermeira obstétrica e lutavam por consolidar o curso como uma

<sup>9</sup> BRASIL. Decreto n. 7.247, de 5 de abril de 1879. Reforma o ensino primario e secundario no municipio da Côrte e o superior em todo o Imperio. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>10</sup> BRASIL. Decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890. Crêa no Hospicio Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>11</sup> RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. op. cit.

<sup>12</sup> BRASIL. Lei n. 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre ensino de enfermagem no País e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1940-1949/lei-775-6-agosto-1949-363891-normaatualizada-pl.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

especialidade da enfermagem. Para elas, os cursos de parteira, denominados de enfermagem obstétrica, eram um exemplo de especialização sem base, uma vez que a formação anterior em enfermagem não era exigida das candidatas. Por outro lado, as parteiras argumentavam que no mundo inteiro o ensino da obstetrícia era responsabilidade de médicos, professores da clínica obstétrica, e que a enfermagem e a obstetrícia eram profissões afins, porém distintas, não sendo possível conferir às enfermeiras com um ano de especialização as mesmas competências e prerrogativas asseguradas àquelas que faziam o curso de obstetrícia<sup>13</sup>.

Ao buscar uma solução conciliatória<sup>14</sup>, o Conselho Federal de Educação (CFE) editou o Parecer n. 271, de 4 de dezembro de 1962, que fixou, aos cursos de enfermagem, um currículo mínimo de três anos letivos em enfermagem geral e estabeleceu a possibilidade de um quarto ano optativo em obstetrícia ou em saúde pública. No ano seguinte, entretanto, o Parecer CFE n. 303/ possibilitou a mútua complementação dos dois programas: “a enfermeira com mais um ano de estudos específicos na área de enfermagem obstétrica poderia receber o diploma enfermeira obstétrica ou obstetritz; a obstetritz, com um ano de complementação na área da enfermagem, poderia receber o diploma de enfermeira”<sup>15</sup>.

Todavia, com a reforma universitária introduzida pela Lei n. 5.540/1968<sup>16</sup>, os cursos de obstetrícia existentes na época foram integrados aos cursos de enfermagem em razão da vedação da “duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes” introduzida por esta lei (art. 11, *alínea “c”*) face a evidente similaridade entre os currículos dos dois cursos<sup>17,18</sup>.

Assim, a Resolução CFE n. 04, de 25 de fevereiro de 1972, unificou os cursos de enfermagem e obstetrícia, estabelecendo um currículo mínimo em três fases sucessivas:

---

<sup>13</sup> RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. op. cit.

<sup>14</sup> Id. *Ibid.*

<sup>15</sup> OGUISSO, Taka. A legislação do ensino de graduação em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 10, n. 2, p. 202-218, 1976. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/135446>. Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>16</sup> BRASIL. *Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968*. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5540-28-novembro-1968-359201-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>17</sup> RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. op. cit.

<sup>18</sup> BRASIL. *Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968*, cit.

a) pré-profissional; b) tronco profissional comum, levando à graduação do Enfermeiro e habilitando o acesso à parte seguinte; c) de habilitações, conduzindo pela seleção de matérias adequadas, à formação do enfermeiro médico-cirúrgico, da enfermeira obstétrica ou obstetritz e do enfermeiro de saúde pública, respectivamente, a partir do Enfermeiro<sup>19</sup>. (art. 1º, alíneas “a” a “c”).

A obstetrícia tornou-se, pois, uma das três possibilidades de habilitação do enfermeiro para o exercício profissional.

A partir daí, coube exclusivamente às escolas de enfermagem a formação profissional da obstetritz ou enfermeira obstétrica, sendo a única via para a capacitação formal de não-médicos para assistência ao nascimento e ao parto normal<sup>20</sup>.

Não obstante tivesse a denominação legal de “Curso de Enfermagem e Obstetrícia” devido à fusão dos currículos e à incorporação dos cursos, as Escolas de enfermagem deixaram, gradativamente, de oferecer tal habilitação, reduzindo o contingente de profissionais no mercado de trabalho<sup>21</sup>.

Em 1994, o Parecer n. 314/1994 do CFE e a Portaria n. 1.724<sup>22</sup> do Ministério da Educação modificaram novamente o currículo mínimo da enfermagem, extinguindo as habilitações profissionais até então formalmente vigentes. A obstetrícia tornou-se apenas um conteúdo (teórico e prático) componente de uma das áreas temáticas, a assistência de enfermagem (art. 3º, §3º).

A partir dessa data, o único curso previsto para formação específica de profissionais não médicos na área obstétrica foi o de pós-graduação *lato sensu*, ou seja, por meio de uma especialização, após a obtenção do diploma de enfermagem. Tais cursos, no entanto, foram duramente criticados, pois, além de despenderem muito tempo na formação do profissional, possuíam carga horária insuficiente para abranger todos os aspectos da assistência à saúde materna e da mulher e não atendiam à necessidade quantitativa de enfermeiras obstétricas prontas para atuar, especialmente no pré-natal, no parto e no pós-parto<sup>23</sup>.

<sup>19</sup> BRASIL. Conselho Federal de Educação. Resolução CFE n. 04, de 25 de fevereiro de 1972. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671973000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671973000300017). Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>20</sup>RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. op. cit.

<sup>21</sup> Id. Ibid. p. 452.

<sup>22</sup> BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 1.724, de 15 de dezembro de 1994. Disponível em: [http://www.lex.com.br/doc\\_11078549\\_portaria\\_n\\_1721\\_de\\_15\\_de\\_dezembro\\_de\\_19](http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_19). Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>23</sup> RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. op. cit., p. 452.

Diante desse cenário, em 2005, a Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) passou a oferecer um curso de graduação em obstetrícia com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos na área da saúde, especialmente as dos cursos de graduação em enfermagem, conforme Resolução CNE/CSE n. 3/2001, que definem perfil, competências e habilidades, conteúdos curriculares, estágios e atividades complementares, organização, acompanhamento e avaliação de cursos de enfermagem, itens com os quais o curso de obstetrícia tem equivalência no sentido de formar profissionais capazes de atuar em equipes de saúde e de enfermagem<sup>24</sup>.

## 2 Evolução histórica da regulamentação do exercício profissional da obstetrícia

A Lei n. 2.604/1955 regulou o exercício da enfermagem profissional, distinguindo a obstetriz, representada pelos possuidores de diploma expedido por escolas de obstetrizes, nacionais ou estrangeiras, reconhecidas pelo Governo Federal (art. 2º, inciso II, §§1º e 2º)<sup>25</sup>, das demais categorias da enfermagem – enfermeiro, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático e parteira prática<sup>26</sup>.

O art. 4º dessa lei estabeleceu, inclusive, como atribuições das obstetrizes, além do exercício da enfermagem obstétrica:

§1º. Direção dos serviços de enfermagem obstétrica nos estabelecimentos hospitalares e de Saúde Pública especializados para a assistência obstétrica; §2º. Participação no ensino em escolas de enfermagem obstétrica ou em escolas de parteiras;

§3º. Direção de escolas de parteiras;

§4º. Participação nas bancas examinadoras de parteiras práticas.

Ademais, o art. 7º condicionou o exercício da profissão ao registro ou inscrição no Departamento Nacional de Saúde ou na repartição sanitária correspondente nos Estados e Territórios.

---

<sup>24</sup>UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH-USP. *Projeto político pedagógico curso de graduação em obstetrícia*. Jul. 2016. Disponível em: <http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/PPP-Obstetr%C3%ADcia-2017.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>25</sup>BRASIL. *Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955*. Regula o exercício da enfermagem profissional. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-2604-de-17091955\\_4169.html](http://www.cofen.gov.br/lei-2604-de-17091955_4169.html). Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>26</sup>RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. op. cit.

Em 1973, a Lei n. 5.905 dispôs sobre a criação dos conselhos federal e regionais de enfermagem como “órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem” (art. 2º)<sup>27</sup>. Logo, enquanto categoria profissional da enfermagem, a obstetrícia estaria subordinada a esses conselhos profissionais.

Após a edição dessa lei, aos conselhos regionais, coube o registro dos profissionais atuantes na respectiva jurisdição (art. 15, inciso IV), a fiscalização do seu exercício profissional (art. 15, inciso II), dentre outras atribuições.

Em seguida, a Lei n. 7.498/1986, que também regulamentou o exercício dessa profissão, considerou como categoria profissional da enfermagem o titular do diploma ou certificado de obstetriz conferido nos termos da lei (art. 6º, inciso II)<sup>28</sup>, consoante estabelecido na Lei n. 2.604/1955.

Do exposto, verifica-se, pois, que o(a) obstetriz que possuir o diploma do curso de obstetrícia nos termos da lei poderá solicitar registro no conselho regional de enfermagem da jurisdição respectiva. Nesse sentido, cita-se acórdão do Tribunal Regional Federal da 3ª Região que, nos autos da Apelação de Mandado de Segurança n. 2009.61.00.004062-2, decidiu em 2014 que:

CONSTITUCIONAL. MANDADO DE SEGURANÇA. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. CURSO DE OBSTETRÍCIA. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). REGRAS PARA CRIAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE CURSOS. COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS DE EDUCAÇÃO. REGISTRO PROFISSIONAL NA QUALIDADE DE OBSTETRIZ. POSSIBILIDADE. [...]

3. Em relação aos enfermeiros, a regulamentação e a definição de direitos e deveres da categoria deram-se por meio da Lei n.º 7.498/86, cujo art. 6º, II afirma que é enfermeiro o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei e pelo Decreto n.º 94.406/87, que considera enfermeiros aqueles profissionais identificados como titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferidos nos termos da lei.

<sup>27</sup> BRASIL. *Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973*. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973\\_4162.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html). Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>28</sup> BRASIL. *Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/Leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L7498.htm). Acesso em: 01 jul. 2018.



4. Da análise da documentação apresentada na exordial, mormente do Certificado emitido pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP), é possível notar que a impetrante, ora apelada, concluiu o Bacharelado em Obstetrícia naquela instituição, curso este devidamente reconhecido pela Portaria CEE-GP n. 157/2011.

5. Por sua vez, os conselhos profissionais exercem a fiscalização do exercício das diversas profissões, não estando em suas atribuições o estabelecimento de regras para criação e funcionamento dos cursos em geral, atividade esta imputada aos órgãos de educação.

6. Portanto, possuindo a apelada legítimo certificado de conclusão de curso em Obstetrícia reconhecido pelo Conselho Estadual de Educação e observadas as demais normas que regem a matéria, andou bem o Juízo de origem ao garantir o registro da bacharel nos quadros do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN/SP) na qualidade de obstetriz.

7. Apelação e remessa oficial improvidas<sup>29</sup>.

Tal decisão foi ratificada em sentença proferida em 2015 nos autos da Ação Civil Pública n. 0021244-76.2012.403.6100<sup>30</sup> processada no Tribunal Regional Federal da 3ª Região que determinou a expedição dos atos normativos necessários para regulamentar a inscrição profissional dos titulares do diploma de obstetriz pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Em cumprimento a tal decisão, o COFEN expediu a Resolução n. 516/2016 que normatiza a **atuação** e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e **obstetriz** na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios

<sup>29</sup>BRASIL. Tribunal Regional Federal da 3ª Região. Apelação/Reexame Necessário n. 0004062-82.2009.4.03.6100/SP. Rel. Des. Federal Consuelo Yoshida. Julgado em: 14 fev. 2014. Disponível em: <http://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoGedpro/3276673>. Acesso em: 01 jul. 2018.

<sup>30</sup>BRASIL. Justiça Federal da 3ª Região. Ação Civil Pública n. 0021244-76.2012.403.6100. Juiz Federal Bruno Cesar Lorencini. Julgado em: 24 set. 2015. Disponível em: <http://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUCS/decisoes/2015/2015-10-14-obstetrizcoren.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2018.

para **registro** de títulos de enfermeiro obstetra e obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências<sup>31</sup> (Destaques nossos).

Assim, verifica-se que tanto a atuação como o registro e fiscalização do profissional de obstetrícia encontram-se devidamente regulamentados.

## 2.1 Competências específicas da obstetrícia

Como explicitado, a Lei n. 7.498/1986 regulamentou o exercício da profissional da enfermagem e da obstetrícia.

As competências específicas do profissional da obstetrícia (obstetrix ou enfermeira obstétrica) foram expressamente indicadas nessa lei que determina: “a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária” (art. 11, parágrafo único, *alíneas “a” a “c”*).

No exercício da sua competência normativa, a Resolução COFEN n. 516/2016 também prevê as seguintes competências específicas da obstetrix e do enfermeiro obstetra:

Art. 3º Ao Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix, atuando em Serviço de Obstetrícia, Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto ou outro local onde ocorra a assistência compete:

- I – Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;
- II – Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;
- III – Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem;
- IV – Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;

---

<sup>31</sup> BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 516/2016, de 24 de junho de 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html). Acesso em: 01 jul. 2018.

V – Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;

VI – Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher;

VII – Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distúcia) e ao recém-nascido;

VIII – Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;

IX – Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;

X – Registrar no prontuário da mulher e do recém-nascido as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa;

XI – Emitir a Declaração de Nascido Vivo e DNV, conforme a Lei n. 12.662, de 5 de junho de 2012, que regula a expedição e a validade nacional da Declaração de Nascido Vivo.

XII – Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias ao acompanhamento e avaliação do processo de cuidado;

XIII – Promover educação em saúde, baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;

XIV – Participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de Enfermagem vigente;

XV – Promover, participar e ou supervisionar o processo de educação permanente e qualificação da

equipe de enfermagem, considerando as evidências científicas e o modelo assistencial do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, centrado na mulher e na família;

XVI – Participar de Comissões atinentes ao trabalho e a filosofia do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, como: comissão de controle de infecção hospitalar, de investigação de óbito materno e neonatal, de ética, entre outras;

XVII – Participar de ações interdisciplinares e Inter setoriais, entre outras, que promovam a saúde materna e infantil;

XVIII – Notificar todos os óbitos maternos e neonatais aos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil/ Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, em atendimento ao imperativo da Portaria GM/MS n. 1.119, de 05 de junho de 2008, ou outra que a substitua;

No mesmo artigo da Resolução COFEN n. 516/2016, dispõe ainda como competência específica:

Parágrafo único. Aos Enfermeiros Obstetras e Obstetizes além das atividades dispostas nesse artigo compete ainda:

a) Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS;

b) Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;

c) Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;

d) Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta.

Por fim, em consonância com tais competências específicas, o projeto político-pedagógico do curso de graduação em obstetrícia oferecido pela Escola de

Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP)<sup>32</sup> estabelece que os formados deverão possuir conhecimentos e habilidades referentes a cada uma das sete competências essenciais para a atenção à maternidade definidas pela Confederação Internacional de Obstetizas (ICM) e preconizadas no Brasil pela Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiras Obstetizas (ABENFO), que estão baseadas em valores, visão, estratégias e ações usadas por aqueles que assistem às necessidades de saúde das mulheres e famílias:

Competência 1: Obstetizas devem possuir conhecimentos e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética, que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascidos e famílias, no período reprodutivo.

Competência 2: Obstetizas devem fornecer educação para saúde de alta qualidade e culturalmente sensível, e proporcionar serviços para toda a comunidade para promover uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva.

Competência 3: Obstetizas devem proporcionar um cuidado pré-natal de alta qualidade, otimizando a saúde da mulher durante a gravidez, o que inclui detecção precoce, tratamento ou encaminhamento de complicações.

Competência 4: Obstetizas devem proporcionar durante o parto um cuidado de alta qualidade, culturalmente sensível; conduzir um parto seguro e manejar situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

Competência 5: Obstetizas devem proporcionar à mulher cuidado integral, de alta qualidade, culturalmente sensível, durante o pós-parto.

Competência 6: Obstetizas devem proporcionar cuidado integral de alta qualidade para o recém-nascido e o lactente saudável.

Competência 7: A(o)s obstetizas prestam uma série de serviços de atenção individualizados, com empatia

---

<sup>32</sup> UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH-USP. Projeto político pedagógico curso de graduação em obstetrícia, cit.

cultural, relacionados com o abortamento a mulheres que solicitam pôr fim a sua gestação ou que se apresentam em situação de abortamento, conforme o direito e as regulamentações correspondentes e seguindo protocolos nacionais.

Verifica-se, pois, que o profissional da obstetrícia, além de possuir regulação para a sua formação e para o seu exercício profissional, detém competências específicas para sua atuação.

### **3 Estudo de caso: saúde pública**

A origem do profissional da saúde pública ou saúde coletiva remonta ao final da década de 1980, quando as necessidades advindas dos avanços na organização do sistema de saúde brasileiro demandaram qualificação de recursos humanos para a gestão de serviços, redes e sistemas de saúde.

Diferentemente do estudo de caso da obstetrícia, a profissão de saúde pública encontra-se pouco regulamentada.

A seguir, apresentar-se-á a evolução histórica da formação e do exercício profissional, bem como as competências específicas dessa profissão baseadas nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de saúde coletiva.

#### **3.1 Evolução histórica da formação e exercício profissional em saúde pública**

Encarregada da Direção Geral do Serviço de Saúde Pública do Estado de São Paulo, Paula Souza promoveu a Reforma do Código Sanitário estadual mediante a expedição do Decreto n. 3.876/1925<sup>33</sup>, aprovado e submetido a modificações pela Lei estadual n. 121/1925<sup>34</sup>. A reforma estabeleceu como inovações a criação da “Inspetoria de Educação Sanitária e de Centros de Saúde” e a inclusão do “Curso de Educação Sanitária” no então Instituto de Hygiene de São Paulo, atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Em 1928, foi aprovado o “Regulamento para o Curso de Especialização em Hygiene e Saúde Pública para Médicos” ministrado no Instituto de Hygiene de São Paulo com duração de um ano, no qual formava médicos sanitaristas<sup>35</sup>.

---

<sup>33</sup> SÃO PAULO. *Decreto estadual n. 3.876, de 11 de julho de 1925*. Reorganiza o serviço sanitário e repartições dependentes. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/133352>. Acesso em: 10 ago. 2018.

<sup>34</sup> SÃO PAULO. *Lei Estadual n. 2.121, de 30 de dezembro de 1925*. Aprova o Decreto n. 3.876, de 11 julho de 1925, que reorganizou o serviço sanitário e repartições dependentes. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/66380>. Acesso em: 10 ago. 2018.

<sup>35</sup> CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. *Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-1918-1945*. *Revista de Saúde Pública*, v. 18, p. 2-60, 1984.

A partir da década de 1970, surgiram os primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva, na FSP/USP; em 1971, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; em 1973, na Faculdade de Medicina da USP e na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. A área da saúde coletiva surgiu com a proposta de um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população.

Em 1974, teve início o mestrado em medicina social no Rio de Janeiro, posteriormente substituído pela terminologia mestrado em saúde coletiva, em 1986, junto ao Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a fim de formar médicos com conhecimento em epidemiologia, planejamento e ciências sociais<sup>36</sup>.

Em 1979, durante a realização da I Reunião sobre a Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na área de Saúde Coletiva, promovida pelos Ministros da Saúde e Previdência e Assistência Social e pela OPAS, em Brasília, fundou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) com o desafio de formar profissionais em nível de pós-graduação atentos a novas ideias para solucionar os problemas de saúde e propor mudanças nos campos político e social<sup>37</sup>.

A rede de pós-graduação nessa área se consolidou e se expandiu ao longo dos anos, especialmente com o apoio da ABRASCO que fomentou o processo de institucionalização da saúde coletiva no Brasil.

Com a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980, surgiu uma demanda específica por profissionais sanitaristas, ou seja, por profissionais graduados ou pós-graduados em saúde pública ou saúde coletiva, a fim de suprir importante lacuna na oferta de profissionais da área da saúde com conhecimentos e habilidades para a gestão do SUS, além de representar uma importante estratégia para a mudança do modelo de atenção à saúde e para a criação de um novo ator em defesa do SUS.

O primeiro curso de bacharelado em saúde coletiva do Brasil, anteriormente denominado de Administração de Sistemas de Saúde, foi criado em 2001, no Rio Grande do Sul, a partir da articulação entre a Escola de Saúde Pública do

---

<sup>36</sup> NUNES, Everardo Duarte. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. *Educación Médica y Salud*, v. 28, n. 4 (1994).

<sup>37</sup> LIMA, Nísia Trindade; PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. 2006.

Rio Grande do Sul (ESP/RS) e a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS)<sup>38</sup>.

Em razão do I Seminário e Oficina de Trabalho “Graduação em Saúde Coletiva: pertinências e possibilidades”, realizado em 2002, reconheceu-se a necessidade e relevância de instituição de cursos em saúde coletiva a nível de graduação<sup>39</sup>.

O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), instituído pelo Decreto n. 6.096/2007<sup>40</sup>, criado com o objetivo de “criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais”, afigurou-se como uma oportunidade aos entusiastas consolidarem a criação do curso de graduação em saúde pública/saúde coletiva.

Esse curso passou então a ser institucionalizado no Brasil desde 2008. Atualmente, existem 15 cursos de graduação em saúde pública/saúde coletiva no país, sendo 14 deles ofertados em universidades públicas e 1 em universidade particular.

A partir da sua consolidação, o Conselho Nacional de Educação (CNE) por meio da sua Câmara de Educação Superior (CES), órgãos integrantes do Ministério da Educação, emitiu Parecer CNE/CES n. 242, em 6 de junho de 2017, aprovando as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva<sup>41</sup>.

O reconhecimento oficial da atividade profissional do sanitarista como ocupação profissional ocorreu, em 17 de março de 2017, pelo Ministério do Trabalho e Emprego mediante a criação de um código específico na CBO 1312-25.

Apesar de já existir uma regulação básica para a formação pelo Ministério da Educação e o seu reconhecimento como ocupação profissional pelo Ministério

<sup>38</sup> UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ. Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas. *Projeto pedagógico do curso de bacharelado em saúde coletiva*. Mai/2014. Disponível em: <https://iesb.unifesspa.edu.br/images/Projetos/PPCSaudeColetiva/FINALPPCSAUDECOLETIVA.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.

<sup>39</sup> BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2029-2038, 2010.

<sup>40</sup> BRASIL. Decreto n. 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm). Acesso em: 10 ago. 2018.

<sup>41</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES n. 242/2017, em 6 de junho de 2017, aprovando as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=72431-pces242-17-pdf&category\\_slug=setembro-2017-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=72431-pces242-17-pdf&category_slug=setembro-2017-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 20 mai. 2018.



do Trabalho, o profissional de saúde pública/Coletiva ainda não possui uma profissão regulamentada.

Porém, existe um projeto de lei em tramitação na Câmara dos Deputados, o projeto de Lei n. 6.311/2016<sup>42</sup>, que regulamenta a profissão de sanitarista e técnico sanitarista. Esse projeto de lei considerada sanitarista (art. 2º):

I – os diplomados em cursos superiores da área da saúde e engenharia, ministrados por estabelecimentos de ensino superior, oficiais ou reconhecidos pelo Ministério da Educação;

II – os diplomados em cursos superiores da área da saúde e engenharia, ministrados por escolas estrangeiras reconhecidas pelas leis do país de origem, cujos títulos tenham sido revalidados no Brasil, na forma da legislação em vigor;

III – os diplomados em mestrado ou doutorado na área de concentração em saúde pública, engenharia sanitária e sanitarismo realizados em estabelecimentos de ensino devidamente reconhecidos pelo Ministério da Educação;

IV – os diplomados em outros cursos de nível superior que, na data da publicação desta lei, contem com, pelo menos, cinco anos consecutivos, ou dez anos intercalados, no exercício de atividades vinculadas à área de saúde pública, engenharia sanitária e sanitarismo;

V – dos que, na data de publicação desta lei, tenham concluído cursos de especialização em saúde pública, engenharia sanitária e sanitarismo, reconhecidos pelo Ministério da Educação, e que contem com, pelo menos, três anos consecutivos de atividades nestas áreas profissionais específicas.

Ademais, para o exercício da profissão de Sanitarista e de técnico sanitarista, respectivamente, o projeto de lei prevê o registro do diploma ou certificado no Conselho Profissional ou no Ministério da Saúde, consoante termos a serem definidos em regulamento.

---

<sup>42</sup>BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei n. 6311, de 2016*. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de sanitarista e técnico sanitarista. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1502774.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018.

Vale esclarecer, entretanto, que a profissão não possui, até o momento, Conselho Profissional e ainda não há projeto de lei estabelecendo a sua criação. Talvez por essa razão esse projeto de lei nem sequer tenha mencionado que a atividade profissional seria fiscalizada e qual órgão ou entidade teria essa incumbência.

### 3.2 Competências específicas dos profissionais de saúde coletiva

A partir da Diretriz Curricular Nacional (DCN) dos cursos em saúde coletiva<sup>43</sup>, levantaram-se as competências da profissão sanitarista. Vale mencionar que o Conselho Nacional de Saúde encaminhou suas sugestões sobre essa DCN à Câmara de Educação Superior do CNE, conforme dispõe a Resolução CNS n. 544/2017.

Consoante tal normativa, o profissional da saúde coletiva deve ter sua formação humanista, científica, ética, crítica, reflexiva e generalista, pautada em princípios éticos e científicos.

Esses conhecimentos e habilidades devem capacitar o profissional a trabalhar nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, por meio de ações de prevenção de doenças, de promoção e proteção da saúde, bem como na pesquisa e no desenvolvimento de serviços para a saúde.

A atuação do sanitarista ocorrerá nas áreas da atenção à saúde, educação em saúde e gestão em saúde, pressupondo o desenvolvimento das seguintes competências:

Art. 6º A área de **Atenção à Saúde** deverá proporcionar o desenvolvimento de competências para a atuação em ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais na produção e proteção da qualidade de vida e da integralidade em saúde. Devem ser desenvolvidas as capacidades de atuação na organização das linhas de cuidado e redes de atenção, na vigilância em saúde, nas ações coletivas para a promoção da saúde individual e social, nas ações de saúde ambiental de proteção da saúde coletiva e ações populacionais de proteção sanitária saúde ambiental de proteção da saúde coletiva e ações populacionais de proteção sanitária.

[...]

---

<sup>43</sup>BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNS n. 544, de 10 de março de 2017. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso544.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2018.

Art. 11 A área de **Educação em Saúde** deve proporcionar o desenvolvimento de competências, onde o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, em serviço e continuada, ao tempo que se comprometerá com a formação de outros graduandos na área, de grupos sociais ou da comunidade, da equipe multiprofissional de trabalho, respeitando, individualmente, o conhecimento prévio e o contexto sociocultural.

Art. 16 A área de **Gestão em Saúde** deve proporcionar o desenvolvimento de competências para a atuação em política, planejamento, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde. (Destaques nossos).

Dessa forma, consoante a DCN do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, verifica-se que esse profissional tem um perfil generalista, com atuação multiprofissional e interdisciplinar, especialmente por serem responsáveis pelo desenvolvimento de pesquisas em saúde (existindo, inclusive, um código específico para a ocupação de pesquisador em saúde coletiva, a CBO 2033-20), pela formulação de políticas públicas baseadas na apreciação das necessidades de saúde da população, pela avaliação e monitoramento dos serviços de saúde e pela propagação da educação em saúde.

Por sua vez, entre outras atividades da Família 1312 – Gestores e especialistas de operações em empresas, secretarias e unidades de serviços de saúde, na qual o sanitarista está agregado, a CBO prevê as atribuições de:

- Planejar ações de saúde que envolve a elaboração e a análise de indicadores de saúde; a operacionalização de ações e normas de autoridades sanitárias; a aprovação de normas de funcionamento das unidades assistenciais e de normas técnicas de vigilância e atenção à saúde; o planejamento de atividades socioculturais, educacionais e de promoção da saúde, de ações de capacitação, de sensibilização e de educação permanente, de ações de promoção, prevenção, atenção e recuperação da saúde; análise dos fatores epidemiológico das doenças e agravos e dos fatores determinantes e condicionantes da saúde etc.
- Coordenar ações de saúde que envolve a organização do fluxo de serviços e ações de saúde; o estabelecimento de protocolos de atendimento, de critérios para otimização do atendimento e de políticas públicas; a implementação de programas de saúde e de programas de atendimento biopsicossocial; a coordenação de projetos e/ou programas de saúde; a fiscalização do cumprimento das normas técnicas em vigilância sanitária etc.
- Definir estratégias para unidades e/ou programas de saúde que envolve a elaboração de plano estratégico e de estudos de viabilidade técnica e

econômica; a definição do público-alvo para serviços e ações de saúde, dos investimentos e custeio e da capacidade operacional das instituições etc.

- Avaliar ações de saúde que envolve o estabelecimento de critérios de avaliação; o acompanhamento de processos de ações de saúde e dos resultados das ações de saúde; a avaliação dos resultados de campanhas, do desempenho dos equipamentos de saúde e dos profissionais, das ações de vigilância em saúde, do impacto das ações de saúde etc.

O perfil generalista do sanitarista previsto na DCN dialoga, portanto, com as atividades profissionais listadas na CBO.

Vale acrescentar, por fim, as atribuições previstas no Projeto de Lei n. 6.311/2016 em tramitação da Câmara dos Deputados, que regulamenta a profissão de sanitarista e técnico sanitarista:

Art. 3º. São atribuições do **[profissional] sanitarista:**

I – planejar, controlar, fiscalizar, organizar, administrar, dirigir e supervisionar as atividades sanitárias e de saúde pública coletiva, observados os parâmetros legais e regulamentares vigentes;

II – identificar, pesquisar, monitorar, inspecionar, registrar e proceder às notificações de risco sanitário;

III – executar serviços de análise, classificação, interpretação e informação científica de interesse sanitário, e a inspeção sanitária;

IV – zelar pelo bom cumprimento da legislação sanitária no País;

V – prestar serviços de consultoria e assessoramento na área sanitária;

VI – realizar perícias, emitir laudos técnicos e pareceres em matéria sanitária, identificando riscos à saúde pública coletiva e ao meio ambiente;

VII – orientar, supervisionar e executar programas de formação, aperfeiçoamento e especialização de pessoas habilitadas na área do sanitarismo;

VIII – orientar a realização de seminários, cursos, concursos, em âmbito nacional ou internacional, na área do sanitarismo, fazendo-se nelas representar.

[...]

Art. 5º. São atribuições do **técnico sanitarista:**

- I – atuar nas atividades de vigilância sanitária e saúde pública coletiva;
- II – orientar e acompanhar a aplicação da legislação e das normas técnicas sanitárias;
- III – realizar inspeções sanitárias;
- IV – realizar treinamentos e atuar em programas de educação, e prevenção sanitária. (Destaque nossos).

Verifica-se, assim, que as atribuições do sanitarista consubstanciadas nesse projeto de lei estão em consonância com aquelas reguladas pela DCN e pela CBO que estabelecem como expertise do sanitarista a gestão das ações e serviços de saúde, voltada especialmente ao gerenciamento (identificação, fiscalização, notificação etc.) do risco sanitário e promoção da atenção à saúde, bem como a pesquisa e formação em saúde.

#### **4 Comentários acerca dos estudos de casos**

Os profissionais de obstetrícia possuem uma longa trajetória de regulação da sua formação e do seu exercício profissional. Apesar disso, percebe-se uma forte ausência de obstetrias no mercado de trabalho.

O atual formato de regulação da formação em obstetrícia, vinculado ao curso de enfermagem, pode justificar falhas na oferta desses cursos. Nesse sentido, o Parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE) n. 339/2009<sup>44</sup> aponta que, no Estado de São Paulo, existem 168 cursos de enfermagem e 5 cursos de enfermagem e Obstetrícia.

Contudo, a oferta do curso de graduação em obstetrícia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), seguida a regulação do registro e do exercício profissional pelo COFEN, ainda que mediante determinação judicial, parecem ser suficientes para o fortalecimento dessa profissão, que já está regulamentada desde a 1986 quando a Lei n. 7.498/1986 considerou o profissional da Obstetrícia como uma categoria profissional da enfermagem.

Assim, trata-se de profissão regulamentada cuja formação é reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação e cujo exercício é fiscalizado pelo Conselho Federal de Enfermagem. Resta apenas o reconhecimento da sua atividade como ocupação profissional pelo Ministério do Trabalho e Emprego por meio da criação de uma CBO específica.

---

<sup>44</sup>BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Parecer n. 339/2009*. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=2128-pces339-09&category\\_slug=dezembro-2009-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2128-pces339-09&category_slug=dezembro-2009-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 01 jul. 2018.

Diferentemente da obstetrícia, a regulação da profissão sanitarista passou a ser concretizada tão-somente nos últimos dois anos: primeiro, em 2017, com a aprovação da DCN do curso de graduação em saúde pública/saúde coletiva pelo Ministério da Educação e, em seguida, também em 2017, com o reconhecimento da atividade como ocupação profissional pelo Ministério do Trabalho e Emprego mediante a criação de um código específico na CBO.

Para se tornar, portanto, uma profissão regulamentada, será necessário que o projeto de lei regulamentador ainda em tramitação na Câmara dos Deputados seja aprovado por essa casa legislativa e pelo Senado Federal para posterior sanção do presidente da República.

Ainda quanto ao referido projeto de lei, vale mencionar que vem sendo objeto de críticas por não priorizar a atuação dos profissionais graduados em saúde coletiva, permitindo o seu exercício profissional para graduados em outros cursos na área de saúde e de engenharia. Nesse sentido, a própria justificativa do projeto defende que se optou por definir requisitos e competências genéricas a fim de contemplar um amplo número de profissionais.

Ademais, a ausência da previsão de fiscalização do exercício profissional nesse projeto de lei é um ponto desfavorável à sua aprovação pelas comissões parlamentares, considerando a histórica exigência de comprovação de interesse público para a regulamentação das profissões que demandam a fiscalização da atividade de modo a reduzir os riscos sociais, conforme explicitado no capítulo 3 desta publicação.

## **Considerações finais**

A ausência de profissionais de obstetrícia no mercado de trabalho é resultado de disputas de reserva de mercado com os profissionais da enfermagem. Por causa disso, a formação profissional nessa área foi deixando de ser paulatinamente ofertada após a reforma universitária que apregoou a unificação com o curso de enfermagem.

Por se tratar de profissão já regulamentada pela Lei n. 7.498/1986, que considerou o profissional da obstetrícia como uma categoria profissional da enfermagem, seu registro e fiscalização ficam a cargo dos conselhos federal e regionais de enfermagem.

As competências específicas dos profissionais da obstetrícia também estão descritas tanto naquela lei regulamentadora, bem como na Resolução COFEN n. 516/2016. Assim, para o fortalecimento do profissional da obstetrícia, basta a expansão da sua formação pelo País.

Por sua vez, o sanitarista, ou profissional em saúde pública/saúde coletiva, é o profissional que surgiu a partir de uma demanda muito forte por recursos hu-

manos qualificados para atuar em determinadas áreas de saúde no SUS, após a sua instituição pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), passando a preencher as lacunas deixadas por outras profissões.

Nos últimos anos, as articulações para a regulamentação da profissão vêm tomando mais forma como a definição da CBO de sanitarista, o projeto de lei em andamento de regulamentação da profissão e a mais recentemente a aprovação da DCN da profissão.

Constatou-se que tais instrumentos reguladores dessa nova profissão de saúde regulamentaram suficientemente as suas competências específicas, restando apenas adequação do projeto de Lei n. 6311/2016 em tramitação na Câmara dos Deputados à garantia da fiscalização do seu exercício profissional, aumentando a probabilidade de aprovação pelas Comissões Parlamentares.

Seu perfil generalista, analítico e crítico é de muita importância para o sistema público do país e sua atuação em educação de saúde e dedicação à pesquisa em saúde tornam esse profissional disseminador de conhecimentos especializados em saúde para a população em geral, sendo estratégico para o fortalecimento do SUS.

## Referências

- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2029-2038, 2010.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei n. 6311, de 2016*. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de sanitarista e técnico sanitarista. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1502774.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2018.
- \_\_\_\_\_. Conselho Federal de Educação. *Resolução CFE n. 04, de 25 de fevereiro de 1972*. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671973000300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671973000300017). Acesso em: 01 jul. 2018.
- \_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução n. 516/2016, de 24 de junho de 2016*. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html). Acesso em: 01 jul. 2018.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. *Parecer CNE/CES n. 242/2017, em 6 de junho de 2017*, aprovando as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=72431-pces242-17-pdf&category\\_slug=setembro-2017-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=72431-pces242-17-pdf&category_slug=setembro-2017-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 20 mai. 2018.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. *Parecer n. 339/2009*. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=2128-pces339-09&category\\_slug=dezembro-2009-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2128-pces339-09&category_slug=dezembro-2009-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 01 jul. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNS n. 544, de 10 de março de 2017.*

Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso544.pdf>.

Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890.* Crêa no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 1.387, de 28 de abril de 1854.* Dá novos Estatutos às Escolas de Medicina. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1387-28-abril-1854-590272-publicacaooriginal-115439-pe.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 6.096, de 24 de abril de 2007.* Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm). Acesso em: 10 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 7.247, de 5 de abril de 1879.* Reforma o ensino primário e secundário no município da Corte e o superior em todo o Império. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Justiça Federal da 3ª Região. Ação Civil Pública n. 0021244-76.2012.403.6100. Juiz Federal Bruno Cesar Lorencini. Julgado em: 24 set. 2015. Disponível em: <http://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUCS/decisoes/2015/2015-10-14-obstetrizcoren.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei de 3 de outubro de 1832.* Dá nova organização as actuais Academias Médico-cirúrgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/publicacoes/doimperio/colecao3.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 775, de 6 de agosto de 1949.* Dispõe sobre ensino de enfermagem no País e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1940-1949/lei-775-6-agosto-1949-363891-normaatualizada-pl.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955.* Regula o exercício da enfermagem profissional. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-2604-de-17091955\\_4169.html](http://www.cofen.gov.br/lei-2604-de-17091955_4169.html). Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968.* Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5540-28-novembro-1968-359201-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973.* Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em:



[http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973\\_4162.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html). Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/Leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L7498.htm). Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Orientações gerais*. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12986](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12986). Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Portaria n. 1.724, de 15 de dezembro de 1994*. Disponível em: [http://www.lex.com.br/doc\\_11078549\\_portaria\\_n\\_1721\\_de\\_15\\_de\\_dezembro\\_de\\_19](http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_19). Acesso em: 01 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. *Políticas nacionais*. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/component/content/article/114-politicas-sistemas-e-diretrizes-do-sistema-unico-de-saude/311-politicas-nacionais>. Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>. Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Tribunal Regional Federal da 3ª Região. *Apelação/Reexame Necessário n. 0004062-82.2009.4.03.6100/SP*. Rel. Des. Federal Consuelo Yoshida. Julgado em: 14 fev. 2014. Disponível em: <http://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoGedpro/3276673>. Acesso em: 01 jul. 2018.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-1918-1945. *Revista de Saúde Pública*, v. 18, p. 2-60, 1984.

LIMA, Nísia Trindade; PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. 2006.

NUNES, Everardo Duarte. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. *Educación Médica y Salud*, v. 28, n. 4 (1994).

OGUISSO, Taka. A legislação do ensino de graduação em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 10, n. 2, p. 202-218, 1976. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/135446>. Acesso em: 01 jul. 2018.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, p. 449, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2002000200014/8850>. Acesso em: 1 jul. 2018.

SÃO PAULO. *Decreto estadual n. 3.876, de 11 de julho de 1925*. Reorganiza o serviço sanitário e repartições dependentes. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/133352>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SÃO PAULO. *Lei Estadual n. 2.121, de 30 de dezembro de 1925*. Aprova o Decreto n. 3.876, de 11 julho de 1925, que reorganizou o serviço sanitário e repartições dependentes. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/66380>. Acesso em: 10 ago. 2018.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH-USP. *Projeto político pedagógico curso de graduação em obstetrícia*. Jul. 2016. Disponível em: <http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/PPP-Obstetr%C3%ADcia-2017.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ. Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas. *Projeto pedagógico do curso de bacharelado em saúde coletiva*. Mai/2014. Disponível em: <https://iesb.unifesspa.edu.br/images/Projetos/PPCSaudeColetiva/FINALPPCSAUDECOLETIVA.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.

# **Análise dos trabalhos da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e propostas para seu aperfeiçoamento**

Analysis of the work of the Brazilian Health Work Regulation Chamber and proposals for its improvement

---

Thiago Lavras Trapé<sup>1</sup>  
Nayara Portilho Lima<sup>II</sup>

---

<sup>1</sup>Faculdade São Leopoldo Mandic. Campinas, SP, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

## Introdução

Este capítulo apresenta os resultados obtidos com a pesquisa documental realizada sobre os trabalhos desenvolvidos pela Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) do Ministério da Saúde desde sua criação.

São apresentadas também as atividades que vêm sendo desenvolvidas para o aperfeiçoamento institucional da CRTS, notadamente a realização e a participação em reuniões da câmara e de seus coordenadores, bem como a elaboração de um anteprojeto de portaria para o seu aperfeiçoamento (Anexo 1). Também foi elaborado e aprovado pela CRTS o novo regimento interno do colegiado (Anexo 2).

### I Metodologia da análise documental dos trabalhos da CRTS

Como metodologia foi utilizada a análise documental, com revisão dos resumos (ATAS) das reuniões da CRTS desde 2004, ano de sua criação. As ATAS eram organizadas pelo Ministério da Saúde e sofreram alterações durante o curso que impactou no desenvolvimento da análise. Nas 18 primeiras reuniões da CRTS não se tem nenhum documento compilado que pudesse servir como material de análise, em algumas obtivemos apenas a pauta das reuniões e algumas gravações em áudio, com pouca possibilidade de identificar os informantes que arguíam sobre os mais variados assuntos, tornando uma possível transcrição e análise impossível. Dessa forma, a equipe de pesquisa optou por analisar os documentos da 19ª reunião em diante.

Os documentos foram lidos por dois pesquisadores independentes a partir de um marco de análise que englobou os objetivos deste estudo, a saber: (a) número da reunião; (b) instituições participantes; (c) temas debatidos; (d) pontos de divergência; (e) instituições divergentes; (f) breve descrição; (g) política pública potencialmente impactada; (h) status atual das divergências; e (i) posicionamentos da CRTS sobre a criação de novas profissões.

### II Resultados da análise documental dos trabalhos da CRTS

Participaram, durante todas as últimas 20 reuniões da CRTS analisadas, 48 diferentes instituições incluindo conselhos de classe, áreas técnicas de diferentes ministérios, faculdades, conselhos de saúde, sociedades científicas etc.

Para facilitar a visualização e análise os resultados serão apresentados em três divisões, com recortes por participação: **assíduo**: participação em 60% ou mais reuniões; **pouco assíduo**: participação entre 25% e 59% das reuniões; e **pontuais**: participação entre 5% e 24% das reuniões (Tabela 1). A Tabela 1 tam-

bém destaca os conselhos de classe e entidades que constituem a CRTS (Portaria MS n. 827/2004<sup>1</sup>).

Notamos que a assiduidade é baixa, somente 11 das 48 instituições mapeadas foram consideradas assíduas. Resgatando os conselhos federais que, de acordo com a Portaria MS n. 827/2004, constituem a CRTS, notamos que seis conselhos dos 14 existentes, ou seja, 43%, participaram assiduamente das reuniões; a maioria, 57%, participaram em menos de 60% das reuniões; as associações científicas de medicina e enfermagem participaram assiduamente entre 60% e 75% das reuniões, respectivamente. Outras entidades científicas: nutrição (85%), terapia ocupacional (75%) e odontologia (60%) participaram amplamente das reuniões. A grande maioria das instituições participam **pontualmente**, a partir de algum debate com tema de interesse; destas, apenas duas são instituições permanentes da CRTS, as outras 19 são convidadas – prática indicada a partir dos temas a serem debatidos (art. 2º, Portaria MS n. 827/2004).

Além do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho (DEGERTS), do Ministério da Saúde, órgão responsável pela organização dos encontros, observou-se que apenas as associações científicas e os conselhos federais de classe foram **assíduos** nas reuniões. Categorias como nutrição, terapia ocupacional, enfermagem e medicina tiveram participação das duas entidades, assiduamente, de onde pode-se inferir que haja um maior interesse pelas pautas e definições acarretadas pela CRST. Vale destacar que, na maioria das vezes, um representante único para as duas entidades (conselho e associação) participava das reuniões.

**Tabela 1.** Participação de conselhos de classe ou entidades nas reuniões da CRTS

Conselho de classe ou entidade	Porcentagem de participação (n=20)
	Assíduo
Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS)	100%
Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN)	85%
Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER)	85%
Conselho Federal de Nutricionistas (CFN)	85%
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)	80%
Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO)	75%

Continua

<sup>1</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 827, de 05 de maio de 2004. Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0827\\_05\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0827_05_05_2004.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

Continuação: **Tabela I.** Participação de conselhos de classe ou entidades nas reuniões da CRTS

<b>Conselho de classe ou entidade</b>	<b>Porcentagem de participação (n=20)</b>
Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)	75%
Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN)	75%
Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFA)	65%
Associação Brasileira de Odontologia (ABO)	60%
Associação Médica Brasileira (AMB)	60%
Conselho Federal de Medicina (CFM)	60%
<b>Pouco assíduo</b>	
Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB)	55%
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)	55%
Conselho Federal de Odontologia (CFO)	55%
Conselho Federal de Farmácia (CFF)	55%
Mesa Nacional de Negociação permanente do SUS (MNNP-SUS)	50%
Ministério da Educação (MEC)	50%
Secretaria de Vigilância Sanitária – Ministério da Saúde (SVS/MS)	45%
Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)	40%
Conselho Federal de Educação Física (CONFEEF)	40%
Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV)	35%
Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Ministério da Saúde (DEGES/MS)	35%
Conselho Federal de Serviço Social (CFSS)	30%
Conselho Federal de Biologia (CFBIO)	30%
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	25%
Conselho Federal de Psicologia (CFP)	25%
<b>Pontual</b>	
Conselho Federal de Biomedicina (CFBM)	15%
Federação Nacional dos Médicos (FENAM)	10%
Assessoria parlamentar – Ministério da Saúde (ASPAR/MS)	10%
Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS)	10%
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESC/UFMG)	10%
Conselho Regional de Enfermagem – SP (COREN/SP)	5%
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS)	5%
Conselho Brasileiro de Massoterapia (CONBRAMASSO)	5%

Continuação: **Tabela 1.** Participação de conselhos de classe ou entidades nas reuniões da CRTS

<b>Conselho de classe ou entidade</b>	<b>Pontual</b>	<b>Porcentagem de participação (n=20)</b>
Federação Nacional dos Sociólogos (FNS)		5%
Instituto Nacional do Câncer (INCA)		5%
Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC)		5%
Coordenadoria Geral de Atenção Básica (CGAB)		5%
Instituto de Cardiologia – DF		5%
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (INCOR/HC/FMUSP)		5%
Conselho Nacional de Saúde (CNS)		5%
Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)		5%
Sociedade Brasileira de Perícias Médicas (SBPM)		5%
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)		5%
Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN)		5%
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)		5%
Registro Brasileiro dos Osteopatas (RBRO)		5%

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.  
Elaboração dos autores a partir das atas da CRTS.

Durante as análises, destacaram-se as solicitações de pareceres técnicos para a criação de novas profissões de saúde ou a regulamentação de atividades já existentes. Mesmo sem ter caráter deliberativo, a Portaria MS n. 827/2004 que institui a CRTS deixa claro seu papel de subsidiar as tomadas de decisões do Poder Legislativo para regular o exercício de novas profissões ou ocupações.

O Quadro 1 apresenta as solicitações à CRTS de pareceres para a criação de novas profissões de saúde e para a regulamentação de atividades já existentes. As solicitações são provenientes de projetos de lei do Legislativo, de órgãos internos do Ministério da Saúde ou de grupos organizados para apreciação do colegiado. Foram encontradas 19 discussões com encaminhamentos feitos pela CRTS.

Dos pareceres analisados, cinco de um total 17, ou seja 26%, não foram finalizados durante a reunião ordinária, tendo como encaminhamento a criação de grupos de trabalho e o aprofundamento dos debates. Outros 13 casos analisados, ou 68%, tiveram pareceres desfavoráveis. Observou-se apenas um parecer favorável nas 20 reuniões analisadas neste estudo, em um debate que durou três reuniões para um parecer de apoio à criação da profissão de físico-médico.

**Quadro I.** Levantamento de propostas de criação de novas profissões de saúde e/ ou instituições representativas de classe

Reunião ordinária	Profissão/instituição proposta	Encaminhamento CRTS
19ª	PL n. 64/2009 que propõe a criação do conselho federal e conselhos regionais de terapeutas	Parecer desfavorável
20ª	PL n. 6.966/2006, do deputado federal Inocêncio Oliveira, e PL n. 2.880/2008, do deputado federal Otávio Leite, que criam a profissão de cuidador e de cuidador de pessoa, respectivamente	Definido grupo com representantes do COFEN, ASBRAN e CFSS para elaborar parecer que subsidiará a CRTS
20ª	Proposta do DEGERTS de criação da profissão de técnico em saúde	Representante do DEGERTS/MS comprometeu-se em elaborar a proposta de criação da profissão de técnico em saúde e apresentar a CRTS para debate
20ª	Criação da profissão de citotécnico, em nível superior (tecnólogo)	CRTS comprometeu a convidar para discussão futura um representante do Instituto Nacional do Câncer
22ª	Regulamentação da profissão de técnico e tecnólogo em estética	Parecer desfavorável.
22ª	Regulamentação da profissão das parteiras tradicionais	Parecer contrário à criação da profissão, mas com apoio a quem já exerce a atividade
23ª	Parecer para os projetos de lei n. 6.966/2006 e n. 2.880/2008, sobre a criação da profissão de cuidador	Parecer desfavorável
23ª	PL n. 5.635/2005, que regulamenta a profissão de protesista/ ortesista	Parecer desfavorável
23ª	PL n. 142/2007, que regulamenta a profissão de instrumentador cirúrgico	Parecer desfavorável
23ª	Debate sobre a categoria do citotécnico/ citotecnólogo.	Não houve consenso
24ª	PL n. 6086/2009, que regulamenta o exercício profissional da atividade de estética capilar e visagismo	Parecer desfavorável
25ª	Apresentação do parecer sobre a solicitação da Associação dos Profissionais Terapêuticos Massoprévent que trata da regulamentação dos profissionais terapêuticos alternativos e registro de técnicas inéditas de inovação terapêuticas nos termos previstos na Portaria n. 971/2006 <sup>2</sup>	Parecer desfavorável
26ª	Regulamentação da profissão de terapeuta naturalista	Parecer desfavorável

Continua

<sup>2</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.



Continuação: **Quadro 1.** Levantamento de propostas de criação de novas profissões de saúde e/ ou instituições representativas de classe

Reunião ordinária	Profissão/instituição proposta	Encaminhamento CRTS
26ª	Solicitação da Associação Brasileira de Física Médica (ABFM) sobre a necessidade de considerar o físico médico como um profissional da área de saúde	Parecer favorável
29ª	Regulamentação do exercício da perfusão cardiocirculatória e respiratória	Parecer pelo arquivamento do projeto de lei
30ª	PLS n. 245/2010, que regula o exercício da profissão de instrumentador cirúrgico e dá outras providências	Sem parecer definitivo, pois não houve consenso sobre a regulamentação da profissão
30ª	PL n. 7.668/2010, que regulamenta o exercício da profissão do auxiliar de farmácia e drogarias	Parecer desfavorável
34ª	Criação da profissão optometrista	Parecer desfavorável
36ª	Debate sobre o PL n. 7.772/2010, que dispõe sobre a designação do exercício da profissão de conselheiro em dependência química	Parecer desfavorável

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

A regulamentação de novas profissões é um dos temas causadores de divergência entre os conselhos de classe, porém a defesa de distintos interesses é causadora de atritos relativos a diversos temas. Para analisar a capacidade de harmonização dos conflitos existentes em um ambiente colegiado e não deliberativo, analisamos as decisões da CRTS a partir de conflitos gerados e não resolvidos nesta arena. No Quadro 2 apresenta-se os resultados e as políticas impactadas pela baixa capacidade da CRTS em pacificar pontos divergentes por uma estratégia dialógica. Os efeitos das indefinições gerados na câmara é a resolução por vias unilaterais e o acirramento das disputas por meio de processos judiciais (como mostra o capítulo sete desta publicação).

Vale destacar 13 diferentes políticas públicas nacionais que podem ser potencialmente impactadas por conflitos deflagrados pela CRTS. Salienta-se ainda que o conflito não se inicia na câmara, mas ganha relevo quando colocado em um espaço de caráter técnico em que seus encaminhamentos podem interferir como fiel da balança dos temas ali tratados.

Um aspecto importante é a forma de resolução dos conflitos. A coluna **status** (Quadro 2) mostra a atual situação do conflito deflagrado na reunião técnica. Muitos se perdem, com nenhum retorno nas reuniões subsequentes e indefinições de outros organismos competentes. Por outro lado, nota-se uma série de medidas paralelas, unilaterais, principalmente por parte do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), ao lançar resoluções, a partir do seu poder de autarquia, e inserir atividades, até então presentes em um campo de dissensos, sob sua tutela, como os casos das atividades de obstetriz, perfusionista, instrumentação cirúrgica e dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em hemoterapia.

**Quadro 2.** Pontos de divergência, políticas impactadas e status nas reuniões da CRTS

Reunião ordinária	Pontos de divergência	Instituições divergentes	Breve descrição	Política potencialmente impactada	Status
1ª	Projeto político-pedagógico do curso de graduação em obstetrícia da Universidade de São Paulo	Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP)	O representante do COFEN comentou que a sua entidade tentou impedir a criação do curso e se recusou a conceder a inscrição profissional para os alunos formados. Os alunos foram à justiça, que, por sua vez, determinou ao CREMESP que concedesse a inscrição com a ressalva de que tais profissionais somente poderiam atuar na área de obstetrícia. Informado da decisão judicial, o CREMESP determinou que os hospitais não contratassem os alunos oriundos deste curso	PAISM; Rede Cegonha; PNAISC	Resolvida pela resolução COFEN n.516/2016 (art. 1º) <sup>3</sup>
2ª	PL n. 2.145/2007 que regulamenta a atividade de parteira tradicional	Deputado Federal Roberto Brito, relator do PL; representante da área técnica da saúde da mulher, da SAS/MS; representante do COFEN	O deputado afirmou que não se pode conceber nos dias de hoje a regulamentação da profissão de parteira, uma vez que é preciso garantir a assistência médica de qualidade para todos igualmente. Representante da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, argumentou que em algumas comunidades, as mulheres, por questões culturais, preferem o parto com parteiras e que é importante respeitar o desejo e a cultura dessas mulheres. Representante do COFEN argumentou que o parto com parteira deve ser feito por opção da mulher, mas não por que falta a opção de uma assistência mais qualificada	PAISM; Rede Cegonha; PNAISC	CRTS recomendou qualificar as parteiras que já estão em atuação e oferecer mecanismos para prover profissionais que possam assistir às parturientes com qualidade em todo o país

Continua

<sup>3</sup>BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 516, 24 de junho de 2016. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

Continuação: **Quadro 2.** Pontos de divergência políticas impactadas e status nas reuniões da CRTS

Reunião ordinária	Pontos de divergência	Instituições divergentes	Breve descrição	Política potencialmente impactada	Status
22ª	<p>Criação do Conselho de Magistrato e a regulamentação das atividades de massoterapia</p>	CONBRAMASSO e DEGERTS/MS	<p>Representantes do CONBRAMASSO, afirmaram que a profissão já está regulamentada, entretanto lutam pela modificação da lei que é antiga (1969). Argumentaram que a entidade fiscalizadora atual é a vigilância sanitária estadual, daí a necessidade de criação de conselhos. Diretora do DEGERTS/MS ressaltou que a lei existente não fez referência as atribuições do massoterapeuta e questionou a base cognitiva desse profissional, sugerindo que a categoria defina suas atribuições e posteriormente retornem a CRTS</p>	PNPIC	<p>Projeto de Lei do Senado n. 13/2016, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de massoterapeuta. Aguardando providências</p>
24ª	<p>Projetos de lei ns. 6. 103/2009; 6.050/2008 e 2.598/2007, que tratam da obrigatoriedade para os estudantes de medicina, Odontologia, enfermagem, farmácia, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, Psicologia e terapia ocupacional, de prestação de serviços públicos</p>	CFM; ABEn	<p>O debate causou muita polêmica. Representante do CFM mostrou-se contrário ao projeto de lei e salientou que não só a medicina, como também a engenharia, arquitetura e etc., geram custos para o governo. Membro da ABEn sugeriu que os integrantes da CRTS devam ter acesso ao seminário internacional para que possam subsidiar nas experiências internacionais</p>	Programa Mais Médicos	<p>Aguardando deliberação no plenário; aguardando parecer do relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania do Senado; aguardando parecer do relator na Comissão de Finanças e Tributação do Senado</p>

Continua

Continuação: **Quadro 2.** Pontos de divergência políticas impactadas e status nas reuniões da CRTS

Reunião ordinária	Pontos de divergência	Instituições divergentes	Breve descrição	Política potencialmente impactada	Status
25ª	Resolução n. 04/2009, que institui diretrizes operacionais para o atendimento educacional especializado na educação básica, modalidade educação especial	ABRATO, COFFITO e DEGERTS	Representante da ABRATO alertou que o artigo 13 da resolução invade a competência dos terapeutas ocupacionais e que esses procedimentos não pertencem à base de formação dos professores. A respeito da prescrição de órtese, para o representante da ABRATO, o Estado está regularizando uma política de insegurança, tendo em vista que as pessoas podem receber esse tipo de equipamento e esse tipo de cuidado por profissionais não-especializados. Henrique Antunes (DEGERTS) enfatizou que somente no inciso VII do art. 13 da resolução atinge diretamente as atribuições específicas da classe. Falar em "atendimento educacional", não é uma atividade de saúde dentro da escola. Dizer se é acessível ou inacessível o uso de cadeira de rodas não é atribuição específica da terapia ocupacional. Mário Cesar G. Battisti (COFFITO) ressaltou que a terapia ocupacional não pode aceitar esse posicionamento	Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência	Não foi encontrado o status atual

Continua

Continuação: **Quadro 2.** Pontos de divergência políticas impactadas e status nas reuniões da CRTS

Reunião ordinária	Pontos de divergência	Instituições divergentes	Breve descrição	Política potencialmente impactada	Status
25ª	PL n. 1.587/2007, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da perfusão cardiocirculatória e respiratória	SBCCV e AMB	<p>Debate entre os membros da CRTS sobre a modalidade de curso oferecido pelas instituições para formação do profissional perfusionista – especialização ou <i>stricto sensu</i> – considerando a extensa carga horária. A AMB destacou dois pontos de discussão: (a) solicitação sobre a profissão de perfusionista, como uma especialização dentro das diversas profissões já regulamentadas (medicina, enfermagem, fisioterapia, biomedicina, psicologia); (b) análise do projeto em si, definindo que profissões poderão fazer essa especialização. A AMB sugeriu que os representantes da SBCC procurassem a Comissão de Assuntos Políticos da CFM/AMB, para orientações jurídicas que subsidiem a reformulação do projeto de lei</p>	Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade	Artigos 1º e 2º da Resolução do COFEN n. 528/2016 <sup>4</sup>
27ª	Resolução n. 04/2009, que institui diretrizes operacionais para o atendimento educacional especializado na educação básica, modalidade educação especial,	SEESP/MEC, ABRATO e ABEn	<p>Representante da ABRATO entendeu que a referida resolução invade a competência dos terapeutas ocupacionais. Representante da SEE/MEC argumentou que nos artigos e parágrafos da resolução aponta-se para uma interface permanente do professor com os profissionais da área de saúde e esclareceu que não se trata de superposição de um profissional no trabalho do outro, mas de um trabalho conjunto. Representante da ABEn mostrou-se relutante sobre aceitar o professor como um agente competente para avaliar um aluno especial, pela complexidade que o caso requer e, até mesmo, por ter um preparo insuficiente na sua formação profissional</p>	Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência	Na referida reunião, houve encaminhamento de que a CRTS e a SEE/MEC fariam nota técnica conjunta sobre a resolução. Contudo, não foi encontrado o status atual

Continua

<sup>4</sup>BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 528, 09 de novembro de 2016. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05282016\\_46279.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05282016_46279.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

Continuação: **Quadro 2.** Pontos de divergência políticas impactadas e status nas reuniões da CRTS

Reunião ordinária	Pontos de divergência	Instituições divergentes	Breve descrição	Política potencialmente impactada	Status
27ª	Processo de avaliação de instituições e cursos da área da saúde	CIRH/CNS,CFN, CFF,COFFITO, MEC, CFBio, CFISS, DEGERTS/MS	Representante da CFN mostrou-se favorável à avaliação, enquanto os representantes da CIRH/CNS; CFF; MEC; CFISS posicionaram-se contra. O representante do COFFITO não manifestou discordância quanto à realização do exame de proficiência, mas ressaltou que não existe um consenso na categoria sobre a questão	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	Não houve encaminhamento na reunião e não foi encontrado o status atual
30ª	PLS n. 245/2010, que regula o exercício da profissão de instrumentador cirúrgico	DEGERTS/MS; COFFITO; COFEN;AMB; ABEn	Representante do DEGERTS/MS disse que em 2007 foi feito um parecer contrário à regulamentação desta profissão. Trata-se de atividade já incorporada às atribuições da enfermagem, conforme a Lei n. 7.498/1986, que regulamenta o exercício dessa profissão. Contudo, embora a instrumentação seja atribuída à enfermagem, na referida lei não consta como atividade privativa dessa profissão. Representante do COFFITO disse que uma Resolução do COFEN poderia determinar essa atividade como privativa da enfermagem. Representante do DEGERTS/MS advertiu, no entanto, que resolução de conselho de profissões não tem poder de lei. Para representante da AMB houve, ao longo dos anos, certa negligência da enfermagem com essa área e, segundo ele, qualquer profissional, desde que devidamente treinado, pode exercer tal atividade. Representante da ABEn salientou que são imprescindíveis conhecimentos de enfermagem para o exercício da atividade	Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Médica Complexidade	Resolução COFEN n. 214/1998 resolve que instrumentação cirúrgica é uma atividade de enfermagem, não sendo, entretanto, ato privativo da mesma <sup>5</sup>

Continua

<sup>5</sup>BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 214, 10 de novembro de 1988. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2141998\\_4261.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2141998_4261.html)> Acesso em: 27 ago. 2019.

Continuação: **Quadro 2.** Pontos de divergência políticas impactadas e status nas reuniões da CRTS

Reunião ordinária	Pontos de divergência	Instituições divergentes	Breve descrição	Política potencialmente impactada	Status
3 <sup>1ª</sup>	Criação do curso de tecnólogo em tanatopraxia	FCMMG; COFFITO; COFEN;AFB	<p>A proposta trazida pelos membros da FCMMG é de um curso de tecnólogo em tanatopraxia, com duração de dois anos. Representante do COFFITO questionou a proposta de ser um tecnólogo e não ser uma graduação; também questionou a necessidade de ter um profissional médico para supervisionar a prática. Representante da FCMMG disse que a presença do profissional médico é determinação da ANVISA. Representante da AFB citou a preocupação com o meio ambiente e questionou o pleito dos membros da FCMMG, pois a CRTS não analisa a autorização ou abertura de cursos. Representante da FCMMG respondeu que o MEC sugeriu procurar a CRTS, por achar que há conflito entre profissões. Representante do COFEN disse que o assunto é de extrema importância, que se trata de um problema de saúde pública</p>	Política Nacional de Resíduos Sólidos	Existem ofertas de cursos em tanatopraxia, no entanto, não foi encontrado status atual sobre sua regulamentação

Continua

Continuação: **Quadro 2.** Pontos de divergência políticas impactadas e status nas reuniões da CRTS

Reunião ordinária	Pontos de divergência	Instituições divergentes	Breve descrição	Política potencialmente impactada	Status
33 <sup>a</sup>	Proposta de carreira especial no Sistema Único de Saúde (SUS)	CFM; CFM; MINIP/SUS; COFEN; COFFITO; CONTER	Representante do CFO comentou sobre uma eventual intenção do Ministério da Saúde em restringir a proposta de carreira especial apenas para a categoria médica. Representante do CFM informou que, em evento recente, o Secretário da SAS/MS assegurou não haver no Ministério da Saúde nenhum debate sobre carreira. Representante da MINIP/SUS esclareceu que a proposta de carreira especial, que também prevê a inserção de outros profissionais, precisa ser concluída buscando-se o consenso. Representante do COFEN destacou que a carreira especial é muito importante para o auxílio no preenchimento dos "vazios assistenciais". Representante do COFFITO ponderou, dizendo que as profissões devem ser consideradas como um todo nas decisões para saúde, fugindo do "modelo medicocêntrico". Representante do CONTER ressaltou o nível crescente de qualificação dos profissionais da radiologia e a importância desses profissionais para o SUS. Representante da SGTES disse que o debate sobre a carreira existe, está colocado na agenda da SGTES e que o seminário realizado no começo do ano marcou a retomada do debate sobre a fixação de profissionais de saúde	Política de Recursos Humanos para o SUS	Portaria n. 1.963/2007, que instituiu comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do SUS na elaboração ou na reformulação de planos de carreiras, cargos e salários <sup>6</sup>

Continua

<sup>6</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.963, de 14 de agosto de 2007. Disponível em: <[http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1963\\_14\\_08\\_2007.html](http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1963_14_08_2007.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.



Continuação: **Quadro 2.** Pontos de divergência políticas impactadas e status nas reuniões da CRTS

Reunião ordinária	Pontos de divergência	Instituições divergentes	Breve descrição	Política politicamente impactada	Status
34 <sup>a</sup>	Técnico em hemoterapia e conselhos das profissões	DEGERTS/MS; ANVISA; CFF; MEC; CFM	Discussão sobre qual conselho regulará essa profissão que já está no mercado. Representante do Sindicato dos Médicos de São Paulo (MNP-SUS), ressaltou que a matéria é muito complexa e é preciso mesmo esclarecer quais profissionais irão suprir essa demanda, pois o conflito é iminente. Representante do DEGERTS ressaltou que qualquer um desses profissionais técnicos terá que trabalhar sobre supervisão de um médico e dentro de uma equipe multiprofissional. Representante da ANVISA não viu dificuldade nesse ponto de pauta, pois cada profissional que trabalha nesse campo está vinculado ao seu conselho de classe e, teoricamente, deve ser fiscalizado pelo conselho de classe de vinculação. Representante do CFF solicitou que se fizesse uma pesquisa dentro desses hemocentros para conhecer quais profissionais de saúde exercem a profissão, para uma decisão segura da CRTS sobre o tema. Representante do DEGERTS destacou que a formação do profissional de hemoterapia é uma das demandas prioritárias do Ministério da Saúde para essa gestão, então foi levado para discussão na CRTS para se resolver a qual conselho profissional ficará vinculada a nova profissão	Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados	Resolução COFEN n. 511/2016, que aprova norma técnica sobre a atuação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em hemoterapia, nas atividades de coleta, armazenamento, administração, controle de qualidade, entre outras <sup>7</sup>

Legenda: ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem; ABRATO – Associação Brasileira de Terapia Ocupacional; AFB – Associação de Fisioterapeutas do Brasil; AMB – Associação Médica Brasileira; ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária; CFESS – Conselho Federal de Serviço Social; CFBio – Conselho Federal de Biologia; CFF – Conselho Federal de Farmácia; CFM – Conselho Federal de Medicina; CFN – Conselho Federal de Nutricionistas; CFO – Conselho Federal de Odontologia; CRH/CNS – Comissão Intersectorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde; COFEN – Conselho Federal de Enfermagem; COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; CONBRAMASSO – Conselho Brasileiro de Massoterapia; CONTER – Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia; DEGERTS MS – Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde; MMG – Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; MEC – Ministério da Educação; MNP/SP/SUS – Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde; PAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM); PNAASC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; PNPIIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; SAS/MS – Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; SBCCV – Sociedade Brasileira Cirurgia Cardiovascular; SEESP/MEC – Secretária de Educação Especial do Ministério da Educação.

Fonte: CEPEDISA, Regulação da força de trabalho em saúde, 2018.

<sup>7</sup>BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 511, 31 de março de 2016. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05112016\\_39095.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05112016_39095.html)> Acesso em: 27 ago. 2019.

### III Discussão

A partir dos resultados e análises apresentados no tópico anterior, podemos tirar algumas conclusões sobre o atual funcionamento da CRTS do Trabalho em Saúde, buscando propostas de aprimoramento e qualificação deste espaço. A paralisação das reuniões durante cinco anos (de 2012 a 2017, sem motivo destacado nas ATAS) é um fator que pode ter influenciado análises mais profundas, uma vez que excluindo as 37<sup>a</sup> e 38<sup>a</sup> reuniões, todas as 18 anteriores datam de cinco ou mais anos atrás. Porém, a leitura criteriosa, com objetivos claros e concisos permitiu capturar aspectos que nos parecem centrais na organização deste espaço.

Os assentos se mostraram subutilizados, principalmente por órgãos com participação estruturante na câmara. Por outro lado, o número amplo de entidades que participaram pontualmente, a partir de pautas com que se conectavam, mostra a importância do espaço como influenciador nas tomadas de decisão por outros órgãos competentes. A presença de alguns conselhos de classe com maior assiduidade que outros impactam nas narrativas. Conselhos com pouca assiduidade tem pouco protagonismo nas propostas e encaminhamentos produzidos por este colegiado.

Existe uma tendência, conforme discutido nos resultados, da CRTS produzir pareceres desfavoráveis às solicitações de novas profissões ou regulamentações de atividades já existentes. Não foi objeto deste estudo analisar a pertinência ou não dos conteúdos dos pareceres, tampouco possível examinar pareceres que porventura não foram citados no nas reuniões, mas o fato supracitado aponta para uma ação protetiva dos conselhos de classe com atividades que são referidas como exclusivas ou já existentes nas profissões regulamentadas. Contudo, não foi possível analisar os argumentos que geraram o posicionamento deste comitê.

Salienta-se que se trata de uma arena com muitos interesses em jogo, desde aspectos corporativos, técnicos e econômicos. A tendência de gerar pareceres contrários em grande parte das solicitações coloca em xeque a capacidade deste colegiado em arbitrar sobre o tema, já que em muitos casos existe o conflito de interesse, pelos possíveis impactos com a regularização de novas profissões nas atividades já exercidas pelos profissionais que geram os pareceres.

Nas análises realizadas, a CRTS não aparentou ser um espaço de pacificação. Diversos conflitos que poderiam ser sanados pelo diálogo e decisões colegiadas não ficaram circunscritos ao espaço da câmara. O que se notou foi que o poder decisório, sobre as mais diversas pautas, circunda o órgão, desde ações específicas das próprias entidades de classe, até movimentos entre entidades (conselhos de classe e governo, por exemplo) paralelos às decisões da CRTS. Esse aspecto parece dizer que as entidades utilizam o espaço da CRTS dentro

de suas potencialidades (caráter consultivo), mas não como lócus principal, para defender seus interesses corporativos.

Resgatando as metas globais instituídas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pode-se inferir que a CRTS coordena uma agenda intersetorial da força de trabalho em saúde, uma vez que envolve além das entidades de classe, diversos setores potencialmente impactados pelos temas debatidos. Isso ficou claro pelo número abrangente de entidades que participaram em momentos oportunos e pontuais das reuniões ordinárias.

A instituição de grupos de trabalho permanentes, que atuem em paralelo às reuniões ordinárias, parece ser um caminho importante para dar maior celeridade aos temas controversos e gerar um caráter mais técnico as deliberações geradas pela CRTS. Uma recomendação é a de que esses grupos possam ampliar a capacidade do órgão de monitorar e regular as práticas profissionais nas políticas públicas de saúde, buscando análises qualificadas que possam interferir na formação dos profissionais, na definição novas atribuições ou mesmo profissões para o setor.

Outra atribuição possível para a CRTS, ainda não executada, mas sugerida pela OMS como importante para o setor da saúde, seria a criação de mecanismos de acreditação para entidades de formação do setor saúde, que induzissem práticas educacionais alinhadas aos princípios constitucionais relativos à saúde em sua compreensão ampliada.

Outro aspecto trazido pela OMS é a organização de dados sobre recursos humanos na saúde, atribuição distante da CRTS, mas que, pelo seu caráter de proximidade com os conselhos de classe e entidades científicas de modo regular, parece ser um lócus com grande potencial para compilar esses dados e subsidiar a tomada de decisões nas políticas de saúde.

#### **IV Aperfeiçoamento da – CRTS**

A CRTS é entidade colegiada e de caráter consultivo criada em 2004 pela Portaria MS n. 827/2004, substituída pela Portaria MS n. 174/2006<sup>8</sup>. Um dos objetivos fixados neste projeto de pesquisa, era a formulação de um anteprojeto de portaria para alterar a Portaria MS n. 174/2006, buscando ampliar o papel deste órgão para transformá-lo em uma instância administrativa de solução de conflitos no campo da regulação de profissões de saúde no Brasil, apta a evitar a judicialização destes conflitos.

---

<sup>8</sup>BRASIL. Ministério da Saúde.. *Portaria n. 174. De 27 de janeiro de 2006*. Reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0174\\_27\\_01\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0174_27_01_2006.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

A atual composição da CRTS conta com oito representantes do Ministério da Saúde, dos seguintes órgãos: diretoria do DEGERTS (representada pelo diretor do departamento), Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde e Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde, também do DEGERTS; Coordenadoria Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde do Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; dois representantes do Ministério da Educação, dos seguintes órgãos: Secretaria de Educação Médica e Tecnológica e Secretaria de Educação Superior; um representante do Ministério do Trabalho e Emprego, um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); um representante de cada um dos conselhos integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde; quatro representantes de entidades científicas de profissões da área de saúde, das seguintes entidades: Associação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Enfermagem e dois representantes por designação das entidades nacionais dos trabalhadores da área de saúde que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); dois representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde.

Desta composição, vale destacar a participação de todos os conselhos presentes no Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área de Saúde<sup>9</sup>: Conselho Federal de Biologia, Conselho Federal de Biomedicina, Conselho Federal de Educação Física, Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Federal de Farmácia, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Conselho Federal de Fonoaudiologia, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Medicina Veterinária, Conselho Federal de Nutricionistas, Conselho Federal de Psicologia, Conselho Federal de Odontologia, Conselho Federal de Serviço Social, Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia.

A existência da CRTS como um órgão estratégico de governo foi validada Superior Tribunal de Justiça, em resposta a um mandado de segurança<sup>10</sup> impetrado pelo Conselho Federal de Farmácia em face do Ministro de Estado da Saúde, no qual questiona justamente a legalidade da Portaria MS n. 174/2006.

---

<sup>9</sup>FÓRUM NACIONAL DOS CONSELHOS FEDERAIS DA ÁREA DE SAÚDE. Disponível em:

<<http://www.fcfas.org.br/>>.

<sup>10</sup>SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. MS 9596 DF 2004/0036903-9. Disponível em:

<<http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/7166437/mandado-de-seguranca-ms-9596-df-2004-0036903-9>>.

Acesso em: 27 ago. 2019.

Para aperfeiçoar a CRTS, bem como para o acompanhamento de outras atividades do projeto, foram realizadas 10 reuniões com o Ministério da Saúde, em São Paulo e em Brasília, bem como com a própria Câmara (37ª e 38ª Reuniões Ordinárias da CRTS, para fins de elaboração, discussão e aprovação do texto do anteprojeto de portaria e de regimento da CRTS. Com base em proposta inicial elaborada pela equipe deste projeto de pesquisa e, após os aperfeiçoamentos obtidos nas reuniões técnicas e com o colegiado da Câmara, foram consolidados os dois documentos (Anexos 1 e 2).

O Anteprojeto de Portaria da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde foi aprovado pelo colegiado da CRTS na 38ª Reunião Ordinária

O Anteprojeto de Regimento Interno da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde foi aprovado pelo colegiado da CRTS na 38ª Reunião Ordinária

Após a aprovação pela CRTS, os documentos foram enviados pela DEGERTS/MS para publicação no *Diário Oficial da União*. Até o término de vigência do presente projeto a nova portaria ainda estava em tramitação no âmbito do Ministério da Saúde, para análise e aprovação dos órgãos competentes. Cumpre ressaltar que as sucessivas trocas de gestores no âmbito da Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do DEGERTS influenciaram o trâmite da publicação, que sempre voltava ao início para possibilitar aos novos gestores a compreensão da proposta e a condução dos trâmites administrativos.

Relevante ainda destacar que, embora os trâmites burocráticos de publicação estejam em andamento, a aprovação da nova portaria e do novo regimento interno pela CRTS, bem como as reuniões ordinárias realizadas, são sinais que demonstram claramente o reforço deste colegiado e um sentido claro de desejo de todas as partes envolvidas para o seu aperfeiçoamento.

## Referências

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução n. 214, 10 de novembro de 1988*.

Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2141998\\_4261.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2141998_4261.html)>

Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução n. 511, 31 de março de 2016*.

Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05112016\\_39095.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05112016_39095.html)> Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução n. 516, 24 de junho de 2016*.

Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução n. 528, 09 de novembro de 2016*.

Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05282016\\_46279.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05282016_46279.html)><[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 174. De 27 de janeiro de 2006. Reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto174\\_27\\_01\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto174_27_01_2006.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n. 827, de 05 de maio de 2004*. Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prto827\\_05\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prto827_05_05_2004.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n. 971, de 03 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971_03_05_2006.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.963, de 14 de agosto de 2017*. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1963\\_14\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1963_14_08_2007.html)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

FÓRUM NACIONAL DOS CONSELHOS FEDERAIS DA ÁREA DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.fcfas.org.br/>>.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. MS 9596 DF 2004/0036903-9. Disponível em: <<http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/7166437/mandado-de-seguranca-ms-9596-df-2004-0036903-9>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. MS 9596 DF 2004/0036903-9. Disponível em: <<http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/7166437/mandado-de-seguranca-ms-9596-df-2004-0036903-9>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

## **Anexo 1**



Ministério da Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

**ATA DA 37ª REUNIÃO DA CÂMARA DE REGULAÇÃO  
DO TRABALHO EM SAÚDE**

### **ANEXO I MINUTA DE PORTARIA**

MINUTA ELABORADA DURANTE A 37ª REUNIÃO DA CRTS

**PORTARIA Nº ....., DE .... DE ..... DE 2017**

**Reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e em conformidade com o inciso II, do parágrafo único, do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando a competência privativa da União para legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e as condições para o exercício de profissões, atribuída pelo inciso XVI do art. 22 da Constituição Federal;

Considerando a competência do Sistema Único de Saúde para ordenar a formação dos recursos humanos na área da Saúde, nos termos do inciso III do Art. 200 da Constituição Federal;

Considerando que incumbe à direção nacional do SUS promover articulação com órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional e com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde, nos termos do inciso IX do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a necessidade de desenvolvimento de uma política nacional de regulação de profissões para a área de saúde,

Considerando a necessidade de aperfeiçoar e atualizar o desenho institucional da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, criada pela Portaria n. 827/GM/MS, de 05 de maio de 2004, reestruturada pela Portaria n. 174/GM/MS, para que o órgão seja um eficaz instrumento de mediação, reflexão e formulação de propostas no campo da regulação do exercício profissional na área de saúde;

Considerando a necessidade de o Ministério da Saúde emitir pareceres, sempre que requisitado, sobre diversos aspectos relacionados com a regulação do exercício de profissões e ocupações na área de saúde;

Resolve:

Art. 1º A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), órgão consultivo vinculado ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, tem as seguintes competências:

I - acompanhar a atividade de regulação normativa dos diferentes órgãos e instituições que possuem competências normativas para disciplinar a formação e o exercício das profissões de saúde;

II - identificar temas regulatórios que envolvam mais de um órgão ou instituição reguladora, emitir pareceres e propor medidas voltadas à harmonização ou convergência

**MINUTA ELABORADA DURANTE A 37ª REUNIÃO DA CRTS**



regulatória no campo da saúde, visando ampliar a eficácia e garantir a segurança jurídica da regulação normativa vigente;

III - prestar cooperação técnica aos diferentes órgãos e instituições públicas com competências regulatórias sobre a formação e o exercício das profissões de saúde;

IV - promover estudos e pesquisas no campo da regulação da formação e do exercício de profissões de saúde no Brasil, visando o seu desenvolvimento;

V - emitir pareceres e recomendações para órgãos e instituições públicas sobre temas relacionados com a regulação da formação e do exercício de profissões e ocupações da área da Saúde;

VI - propor iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões na área da Saúde sempre que o interesse público assim indicar;

VII - analisar e manifestar-se sobre proposições originadas no Congresso Nacional acerca da regulação de profissões da área da Saúde.

VIII - mediar eventuais conflitos regulatórios que envolvam a formação e o exercício de profissões da área da Saúde no Brasil;

IX - aprovar o seu Regimento Interno.

Parágrafo único. A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) desenvolverá suas atribuições buscando a proteção da vida, assegurando os princípios do SUS e as melhores práticas no campo da saúde, e atuará visando a convergência entre as políticas públicas estratégicas do SUS e as normas jurídicas que regulam a formação e o exercício das profissões e ocupações de saúde.

Art. 2º A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) terá a seguinte composição:

I – nove representantes do Ministério da Saúde, sendo:

a) o Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, que atuará como Presidente das reuniões da Câmara;

b) o Coordenador-Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, que substituirá o Presidente da Câmara, quando necessário;

c) um representante do Departamento de Gestão da Educação na Saúde;

d) um representante do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde;

e) um representante da Secretaria de Atenção à Saúde;

f) um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde;

MINUTA ELABORADA DURANTE A 37ª REUNIÃO DA CRTS

g) um representante do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde;

II - dois representantes do Ministério da Educação sendo:

a) um representante da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica;

b) um representante da Secretaria de Educação Superior;

III - um representante do Ministério do Trabalho;

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde;

V - um representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;

VI - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

VII - um representante de cada um dos Conselhos integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde;

VIII - um representante das entidades nacionais dos trabalhadores da área de saúde que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde, por designação da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde;

IX - um representante da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;

XI – um representante das entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, por designação da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. Os integrantes da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) serão designados por meio de expediente subscrito pelos representantes legais dos órgãos e das instituições representadas, à exceção dos representantes especificados no inciso I deste artigo.

Art. 3º Compete ao Presidente da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) designar, dentre os integrantes do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, o Secretário Executivo.

§ 1º Compete ao Secretário Executivo organizar a logística das reuniões da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) e preparar a pauta.

§ 2º Em cada Reunião caberá ao Presidente da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) indicar o Relator Geral, que terá a função de redigir a Ata, a qual será subscrita e proferida, na reunião seguinte, por todos os representantes que dela participaram anteriormente, com a aprovação do seu texto.

§ 3º A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) contará com assessores técnicos, indicados pelo seu Presidente, para assisti-la na consecução dos seus trabalhos.

MINUTA ELABORADA DURANTE A 37ª REUNIÃO DA CRTS

Art. 4º Quando necessário, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) por meio de seu Presidente poderá convidar especialistas ou entidades para participarem de discussões específicas incluídas na pauta dos trabalhos.

Art. 5º A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) poderá realizar audiências públicas para disseminar o debate sobre temas de sua pauta de trabalho.

Art. 6º As reuniões da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) ocorrerão ordinariamente, a cada três meses e, extraordinariamente, convocadas por seu Presidente quando ocorrerem pautas de trabalho emergenciais.

Art. 7º Os integrantes da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) serão notificados da realização de suas reuniões, por meio eletrônico ou por ofício enviado pela Secretaria Executiva, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Parágrafo único. A notificação deverá conter:

- I - a proposta de pauta da reunião; e
- II - o local, a data e a hora em que a reunião se realizará;

Art. 8º As deliberações da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) somente ocorrerão se presente a maioria absoluta dos seus membros

§ 1º A verificação do quórum da reunião será realizada 15 (quinze) minutos após a hora prevista para o seu início.

Art. 9º A Câmara de Regulação de Trabalho em Saúde (CRTS) poderá manifestar-se sobre os assuntos de sua competência por meio de:

- I – Recomendação – ato propositivo subscrito por um ou mais membros da Câmara, contendo sugestão justificada sobre qualquer matéria de sua competência;
- II - Parecer – ato pelo qual a Câmara emite uma posição colegiada técnica sobre temas concretos relacionados com a regulação da formação e do exercício profissional na área da saúde, quando solicitada;

Art.10º Cada manifestação da Câmara de Regulação de Trabalho em Saúde (CRTS), nos termos do Art. 9º, será submetida à votação, nos termos do regimento interno.

§ 1º Por solicitação do Ministro de Estado da Saúde, do Secretário Executivo do Ministério ou do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, as matérias já examinadas poderão ser submetidas a nova apreciação.

MINUTA ELABORADA DURANTE A 37ª REUNIÃO DA CRTS

§2º As manifestações da Câmara de Regulação do Trabalho de Saúde (CRTS) serão publicadas no Diário Oficial da União e poderão adquirir caráter de Portaria por meio de homologação do Ministro de Estado da Saúde, quando assim couber e nos limites das competências do Ministério da Saúde.

Art. 11º Os trabalhos serão executados com plena observância das previsões contidas nesta Portaria.

Parágrafo único. As eventuais omissões de procedimento serão supridas pelo Regimento Interno da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) a ser aprovado por maioria absoluta dos membros da CRTS.

Art. 13º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14º Revogam-se a Portaria nº 827/GM, de 5 de maio de 2004, e a Portaria nº 174, de 27 de janeiro de 2006.

## Anexo 2

### CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

#### REGIMENTO INTERNO

Em reunião realizada em ....., com a participação dos abaixo assinados, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) deliberou pela aprovação do seguinte Regimento, em cumprimento da prescrição contida no inciso IX do Art. 1º da Portaria nº.....:

Art. 1º Compete ao Presidente da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) designar, dentre os integrantes do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, o Secretário Executivo.

§ 1º Compete ao Secretário Executivo organizar a logística das reuniões da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) e preparar a pauta.

§ 2º Os membros da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) poderão solicitar a inclusão ou exclusão de itens da pauta até o limite de 15 (quinze) dias anteriores à reunião, cabendo ao Presidente aceitar ou recusar a solicitação, mediante consulta a todos os membros da CRTS.

§ 3º A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) contará com assessores técnicos, indicados pelo seu Presidente, para assisti-la na consecução dos seus trabalhos.

Art. 2º As reuniões da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) ocorrerão ordinariamente, a cada três meses e, extraordinariamente, quando convocadas por seu Presidente em razão de pautas de trabalho emergenciais.

Parágrafo único. Os trabalhos da reunião ocorrerão no horário das 9 (nove) às 17 (dezesete) horas, podendo estender-se por decisão da Câmara.

Art. 3º O calendário das reuniões ordinárias da CRTS será fixado, sempre que possível, na primeira reunião do ano, observada a periodicidade do Art. 6º da Portaria nº .....

Art. 4º Os integrantes da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) serão notificados da realização de suas reuniões, por meio eletrônico ou por ofício enviado pela Secretaria Executiva, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Parágrafo único. A notificação deverá conter:

I - a proposta de pauta da reunião; e

II - o local, a data e a hora em que a reunião se realizará.

Art. 5º As deliberações quanto às manifestações da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), compreendidas no Art. 9º da Portaria nº ....., somente ocorrerão se presente a maioria absoluta dos seus membros

Parágrafo único. A verificação do quórum da reunião será realizada 15 (quinze) minutos após a hora prevista para o seu início.

Art. 6º Cada manifestação da Câmara de Regulação de Trabalho em Saúde (CRTS), nos termos do Art. 9º da Portaria nº ....., será submetida à votação nominal, conduzida pelo Presidente da Câmara ou pelo seu Secretário Executivo, sendo aprovada por maioria de 50 (cinquenta) por cento mais um dos presentes à Reunião.

Parágrafo único. As matérias submetidas à votação da CRTS não serão novamente apreciadas no mesmo ano, salvo por solicitação do Ministro de Estado da Saúde, do Secretário Executivo do Ministério, ou do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Art. 7º Em cada Reunião caberá ao Presidente da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) indicar o Relator Geral, que terá a função de redigir a Ata, a qual será subscrita, na reunião seguinte, por todos os representantes que dela participaram anteriormente, com a aprovação do seu texto.

Parágrafo único. Uma minuta da ata de que trata o *caput* deste artigo deverá acompanhar a notificação da reunião seguinte.

Art. 8º Quando necessário, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), por meio de seu Presidente, poderá convidar especialistas ou entidades para participarem de discussões específicas incluídas na pauta dos trabalhos.

Art. 9º A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) poderá formar grupos de trabalho para discussão de temas específicos relativos às competências incluídas no Art. 1º da Portaria ....., sob coordenação de sua Secretaria Executiva.

Art. 10º A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) poderá realizar audiências públicas para disseminar o debate sobre temas de sua pauta de trabalho.

Parágrafo único. Na audiência pública, a palavra será facultada a todos os que dela participarem, sob coordenação do Presidente.

Art. 11º Os documentos referentes às manifestações aprovadas por esta Câmara, nos termos do Art. 9º da Portaria nº ....., serão encaminhados ao Ministro de Estado da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Art. 12º Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Brasília, .....

# **Agenda da força de trabalho em saúde no Mercosul: retrospecto histórico e perspectivas**

Mercosur health workforce agenda:  
Historical background and prospects

---

Stella de Wit<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, DF, Brasil.

## Introdução

O Mercado Comum do Sul (Mercosul) é uma iniciativa de integração regional inicialmente desenvolvida pela Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, que posteriormente incluiu a Venezuela (suspensa desde 2016) e a Bolívia (ainda em processo de adesão). Foi criado em 1991 por meio do Tratado de Assunção com objetivo de promover espaço comum para o comércio e investimento “mediante integração competitiva das economias nacionais”<sup>1</sup>.

Considerando a estrutura de funcionamento do Mercosul, os órgãos deliberativos e consultivos/administrativos são: o Conselho de Mercado Comum (CMC), o Grupo Mercado Comum (GMC), a Comissão de Comércio (CCM), o Parlamento do Mercosul, o Foro Consultivo Econômico-Social (FCES), a Secretaria do Mercosul (SM), o Tribunal Permanente de Revisão (TPR), o Tribunal Administrativo-Trabalhista e o Centro Mercosul de Promoção do Estado de Direito<sup>2</sup>.

Órgão executor do Mercosul, o GMC é composto obrigatoriamente por representantes do Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Economia e Banco Central. Ele manifesta-se por meio de resoluções que devem ser acatadas por todos os Estados-Parte. Esse grupo é formado por quatorze subgrupos de trabalho (SGT) que são órgãos técnicos divididos em áreas específicas que elaboram projetos de normas a serem aprovados pelo GMC e CMC. Cada SGT tem sua coordenação nacional. O campo da saúde era tratado em diferentes subgrupos até o ano de 1996 (principalmente no SGTn3), quando os países acataram a MERCOSUR/GMC/RES n. 151/1996, resolução que cria SGT11 “Saúde”<sup>3</sup>.

A Coordenação Geral do SGT11 é composta pelos coordenadores nacionais dos quatro Estados-Parte e têm suas tarefas definidas na Pauta Negociadora sugerida pela Presidência *Pro-Tempore* e acordada por todos os países. O organograma do Mercosul é apresentado de forma simplificada na figura abaixo para evidenciar a estrutura organizacional que está responsável pela área de Saúde (SGT 11) e pela área de Recursos Humanos em Saúde (SCOEJER), mais especificamente.

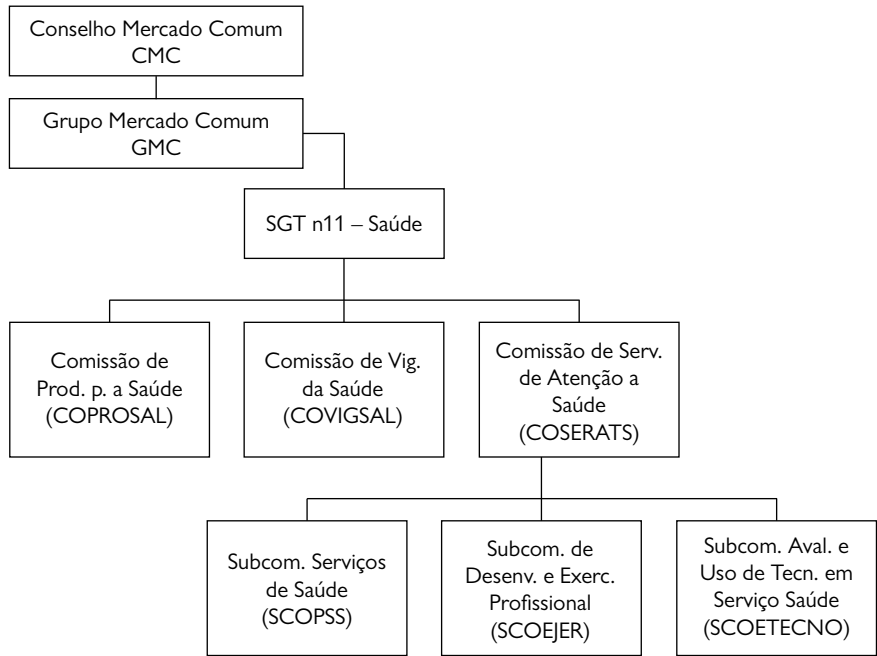
---

<sup>1</sup> MERCADO COMUM DO SUL – MERCOSUL. *Em poucas palavras*. Disponível em: <<https://www.mercosur.int/pt-br/quem-somos/em-poucas-palavras/>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

<sup>2</sup> MERCADO COMUM DO SUL – MERCOSUL. *Órgãos derivados de textos fundacionais*. Disponível em: <<http://www.mercosur.int/innovaportal/v/3878/11/innova.front/organos-derivados-de-textos-fundacionales>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

<sup>3</sup> MERCADO COMUM DO SUL – MERCOSUL. *Resolução n. 151/1996*. Criação do Subgrupo de trabalho no. 11 Saúde. Disponível em: <[http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas\\_web/Resoluciones/PT/96151.pdf](http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/96151.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2018





Fonte: <http://www.mercosul.gov.br/images/pdf/Organograma-MSUL.pdf>

**Figura 1.** Organograma Mercosul adaptado

O SGT11 é composto por três áreas de trabalho: Comissão de produtos para a saúde (COPROSAL); Comissão de vigilância em saúde (COVIGSAL); e Comissão de serviços de atenção à saúde (COSERATS).

Considerando o foco desta pesquisa, este relatório especificará apenas a estrutura dessa última Comissão. A COSERATS é subdividida nas seguintes unidades de trabalho ou subcomissões: subcomissão de serviço de saúde (SCOPSS); subcomissão de desenvolvimento e exercício profissional (SCOEJER); e subcomissão de avaliação e uso de tecnologias em serviços de saúde (SCOTECCNO).

A SCOEJER é a instância de negociação das relações coletivas e individuais de trabalho, do 'livre trânsito' de trabalhadores, formação profissional, compatibilização dos currículos de formação, reconhecimento da habilitação profissional (títulos e diplomas), registro profissional, regulação do trabalho e requisitos para o exercício profissional no Mercosul<sup>4</sup>. É de sua responsabili-

<sup>4</sup>MERCADO COMUM DO SUL – MERCOSUL. *Sobre o Mercosul*. Disponível em: <<http://mercosul.navi.ifrn.edu.br/>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

dade formular políticas de educação e gestão do trabalho em saúde, padronizar a legislação do exercício profissional, implementar a Matriz Mínima, promover programas conjuntos de treinamento em serviço; constituir uma base comum de dados<sup>5</sup>.

## Metodologia de trabalho

A primeira parte da pesquisa consistiu na organização do arquivo, cedido pelo Ministério da Saúde do Brasil, selecionando as atas do SGT11, COSERATS e SCOEJER, entre os anos de 1997 e 2016. A primeira parte do trabalho realizado se concentrou na ordenação dos documentos selecionados em pastas eletrônicas divididas por ano, por Presidência *Pro-Tempore* e por nível decisório (ou seja, por reunião: SGT11, COSERATS e SCOEJER). A segunda parte esteve focada na criação de duas planilhas. Uma delas contendo todos os nomes dos participantes de cada país membro e a instituição que representavam por reunião (planilha 1). A planilha 2 trata-se de uma síntese da primeira, evidenciando apenas o número de participantes por reunião durante todo o período de análise. Ambas as planilhas explicitam o mês e ano, bem como local de realização da reunião.

A análise de ambas as planilhas foi realizada identificando cada país com uma cor: Argentina com azul claro, Brasil com verde, Paraguai com vermelho, Uruguai com azul escuro, Chile com branco, Venezuela com amarelo escuro. Organismo internacional que esteve presente em algumas reuniões foi identificado com amarelo claro. A cor foi utilizada para identificar o país com a PPT e os países dos participantes da reunião. Posteriormente a planilha 1 foram contabilizadas a frequência dos nomes dos participantes de cada país, bem como das instituições representadas. A planilha 2 permitiu análise do peso da participação de cada Estado-Parte (em termos de número de participante por reunião) e constância de participação ao longo do período analisado, em cada uma das reuniões.

## Resultados e análise

Abaixo serão apresentados uma coleção de gráficos que demonstram a participação de Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai durante os anos entre 1997 e 2016, além da participação quase esporádica de Venezuela, bem como do Chile. Na maioria das vezes na participação da representação do Brasil, a Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial da

---

<sup>5</sup>MERCADO COMUM DO SUL – MERCOSUL. Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. Disponível em: <<http://mercosul.navi.ifrn.edu.br/#sobre-subcomissao>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

Saúde (OPAS/OMS) era o único organismo internacional a participar apenas da reunião do SGT11.

Um único gráfico foi elaborado apresentando os três níveis decisórios a partir do SGT11 (seguido pelo COSERATS e SCOEJER), apresentando as informações divididas (cronologicamente) por ano e semestre de realização, por Presidência *Pro-Tempore* e local de realização, bem como pelo número de participantes de cada Estado-Parte. Para todas as reuniões se considerou a participação dos quatro países fundadores do Mercosul, mas havendo participação de novo Estado-Parte (como no caso da Venezuela), país observador (como no caso do Chile) ou participação de organismo internacional (como no caso da OPAS/OMS).

Esse gráfico único foi subdividido em quatro partes para facilitar a visualização: a primeira compreende ao período de 1997 a 2000; a segunda, ao período de 2001 a 2005; a terceira, ao período de 2006 a 2010; e a quarta, ao período de 2011 a 2016. Os países (nomes abreviados) foram colocados em ordem alfabética e a organização internacional ocupa sempre a última posição a cada reunião que tenha participado. Nesses gráficos, as cores definem a reunião e nível hierárquico de tomada de decisão dentro da organização do Mercosul: o azul representa as reuniões do SGT11; laranja, as reuniões da COSERATS; cinza, as reuniões da SCOEJER -- o nível mais especializado para na área de recursos humanos em saúde.

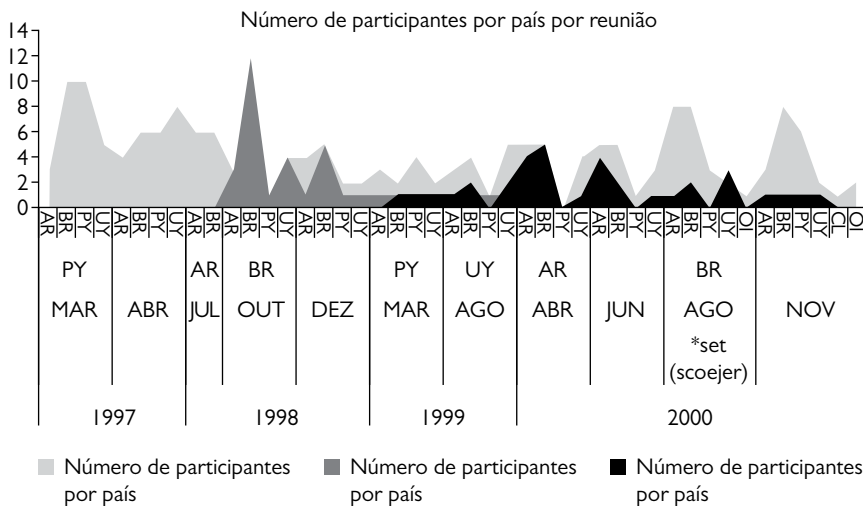
Os gráficos (Gráficos 1, 2 e 3) apresentam as reuniões seguindo a ordem cronológica: SGT11 teve seu início em março de 1997; COSERATS, em 1998; e a SCOEJER, em 1999. A última reunião da SGT11 reportada nesse relatório foi a de 2016; no caso da RATS e SCOEJER foi em 2015. Geralmente as reuniões ocorreram uma vez por semestre em maio e outubro, mas por vezes ocorreram em outros meses e/ou com maior frequência. Nos gráficos ainda é possível verificar o país com a Presidência *Pro-Tempore* no momento de realização da reunião. Por exemplo, no primeiro semestre de 1997, a reunião foi realizada no Paraguai (PY) e no segundo semestre de 1999, no Uruguai (UY).

Os picos de todos os gráficos são causados pela participação (em geral) em grande número principalmente de representantes da Argentina e do Brasil. Considerando os quatro países fundadores do Mercosul do início até o fim do período analisado, Paraguai foi aquele com menor participação em termos de número de participantes por reunião bem como em termos de sua participação nas reuniões propriamente dita (não compareceu). Em geral percebe-se participação em maior número de representantes do país que organiza a reunião, ou seja, que está na Presidência *Pro-Tempore*.

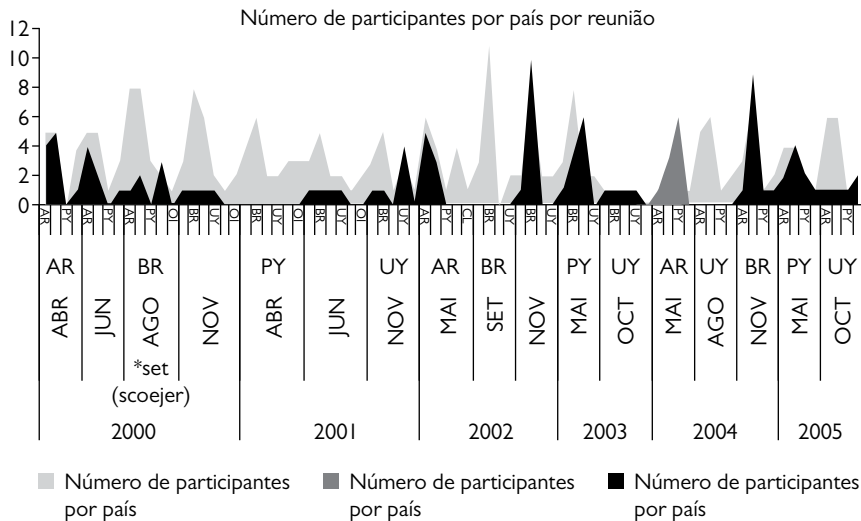
A reunião da COSERATS é aquela em que o menor número de representantes por país participa. Em geral observa-se a participação de geralmente um único representante de Estado-Parte por reunião. Esse fato pode estar ligado ao ser caráter de pouca especificidade técnica (quando comparada às subcomissões) e de menor poder de decisão (quando comparada a SGT11). Em uma descrição mais grosseira, a COSERATS **apenas** decide se uma sugestão de resolução da SCOEJER deve ou não ser elevada a SGT11; ou por outro lado, informa a SCOEJER das decisões tomadas pelo SGT11 que tenham implicações no trabalho da SCOEJER. As reuniões de 1998 e a de 2004 são uma exceção a essa regra: foi a primeira reunião da COSERATS realizada um ano depois do surgimento do SGT11; e a única reunião realizada em maio de 2004, com participação significativa do Paraguai e ausência do UY.

Imergindo a análise nas instituições representadas pelos participantes dos países, as reuniões do SGT11 foram as que mais tiveram instituições para além do Ministério da Saúde (e suas variações em cada país) sendo representadas. Foi o Ministério das Relações Exteriores (e suas variações em cada país) que teve maior participação (e constante durante todo o período analisado) em reuniões do SGT11, depois dos Ministérios da Saúde, em para todos os 4 países, mas em especial para Argentina e Brasil. Ministérios da Agricultura e da Indústria / comércio (em suas variações por países) também tiveram participação principalmente nos primeiros 10 anos.

**Gráfico I.** Número de participantes por país por reunião – período 1997 a 2000

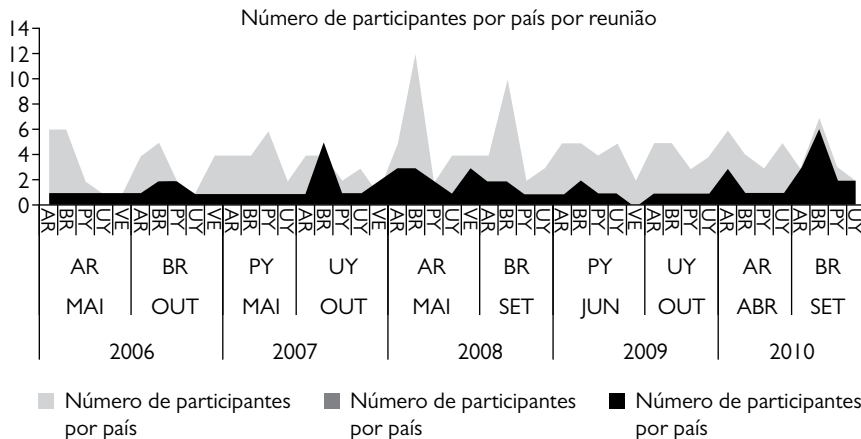


**Gráfico 2.** Número de participantes por país por reunião – período 2000 a 2005



180

**Gráfico 3.** Número de participantes por país por reunião – período 2006 a 2010



Nas reuniões da COSERATS exclusivamente representantes dos Ministérios da Saúde (MS) estiveram participando. Diferente das reuniões do SCOEJER: além de representantes dos MS, representantes de conselhos de classe, de instituições formadoras e sindicatos tiveram suas presenças registradas (sempre quando autorizado e em momentos específicos).

Um dado que não está nos gráficos apresentados, é os nomes de cada representante dos países participantes. De maneira geral, poucos são os nomes que se repetiram por mais de cinco anos, indicando alta rotatividade dos representantes de países. De forma recorrente se percebe que houve alteração de representante de país a cada semestre. Contudo também há casos em que o líder de delegação de país é o mesmo por várias reuniões consecutivas, como a caso do Brasil para as reuniões do SGT11, na pessoa de Enir Guerra Macedo de Holanda, por 24 reuniões consecutivas (entre 1998 e 2006).

A Tabela 1 apresenta o detalhamento da participação de cada país por número de representantes durante todo o período de análise. A primeira coluna se refere ao ano de realização da reunião, a segunda coluna detalha o mês e a terceira, o país com a PPT; e a quarta coluna especifica o país de análise. As colunas com as numerações se referem ao número de participantes por reunião para determinado país. O não preenchimento da célula, significa ausência de reunião. A primeira coluna numérica se refere a reunião do SGT11, a segunda para as reuniões do COSERATS e a terceira para as SCOEJER. A cor azul, se refere a participação da Argentina. No SGT11 a Argentina teve uma participação de 3,8 membros por reunião, tendo um pico em número de representantes na reunião de agosto de 2000 realizada no Brasil e em outubro de 2014, realizado em seu país. Das 42 reuniões, não participou de duas: a de outubro de 2015, na PPT do Paraguai e a de abril de 2016, na PPT do Uruguai. Participou de todas as reuniões da COSERATS com uma média de 1.6 representantes por reunião. Mas reuniões da Subcomissão, apenas na primeira delas não esteve presente (reunião em março de 1999, na PPT do Paraguai) e teve média de 1.7 participantes por reunião.

Na Tabela 2, a cor verde detalha a participação de representantes brasileiros nas reuniões. Diferente do que todos os outros países, o Brasil esteve presente em todas as reuniões aqui analisadas durante todo o período. A média de participantes para as reuniões do SGT11 foi de 5,5, com picos iguais ou maiores de 10 participantes em março de 1997 (PPT do Paraguai), setembro de 2002 e maio e setembro de 2008 (com PPT próprio). Nas reuniões do COSE-RATS, a média de número de participação foi de 3 representantes com picos na primeira das reuniões em outubro de 1998 e novembro de 2002, ambas realizadas no Brasil. Para a SCOEJER, o número médio de representantes é de 2,8 com um pico de participação em novembro de 2002 e em novembro de 2004 (PPTs do Brasil).

A Tabela 3 apresenta a participação do Paraguai e é de cor vermelha. Esse país não participou de cinco reuniões do SGT11, sendo elas a de abril de 2000, com a PPT de Argentina; setembro de 2002, com a PPT do Brasil; setembro de 2012, com a PPT do Brasil; abril de 2013, com a PT do Uruguai (essas foram reuniões consecutivas) e abril de 2016, PPT do Uruguai. Em média

**Tabela 1.** Participação da Argentina em número de representantes por reunião – período 1997 a 2016

1997	MAR	PY	AR	3		
	ABR		AR	4		
1998	JUL	AR	AR	6		
	OUT	BR	AR	3	3	
	DEZ		AR	4	1	
1999	MAR	PY	AR	3	1	0
	AGO	UY	AR	3	1	1
2000	ABR	AR	AR	5	1	4
	JUN		AR	5	1	4
	AGO	BR	AR	8		1
	NOV		AR	3	1	1
2001	ABR	PY	AR	4		
	JUN		AR	3	1	1
	NOV	UY	AR	3	1	1
2002	MAI	AR	AR	6	5	5
	SET	BR	AR	3		
	NOV		AR	2	1	1
2003	MAI	PY	AR	3	1	1
	OUT	UY	AR	1		1
2004	MAI	AR	AR	1	1	
	AGO	UY	AR	5		
	NOV	BR	AR	3	1	1
2005	MAI	PY	AR	4	2	2
	OUT	UY	AR	6	1	1
2006	MAI	AR	AR	6	1	1
	OUT	BR	AR	4	1	1
2007	MAI	PY	AR	4	1	1
	OUT	UY	AR	4	1	1
2008	MAI	AR	AR	5	3	3
	SET	BR	AR	4	2	2
2009	JUN	PY	AR	5	1	1
	OUT	UY	AR	5	1	1
2010	ABR	AR	AR	6	2	3
	SET	BR	AR	3	3	3
2011	SET	UY	AR	3	2	2
	ABR	AR	AR	5	3	3
2012	SET	BR	AR	3	2	2
	ABR	UY	AR	4	3	3
2014	OUT	AR	AR	9	3	3
2015	ABR	BR	AR	2	1	1
	OUT	PY	AR	0	1	1
2016	ABR	UY	AR	0		

**Tabela 2.** Participação do Brasil em número de representantes por reunião – período 1997 a 2016

1997	MAR	PY	BR	10		
	ABR		BR	6		
1998	JUL	AR	BR	6		
	OUT	BR	BR	6	12	
	DEZ		BR	5	5	
1999	MAR	PY	BR	2	1	1
	AGO	UY	BR	4	1	2
2000	ABR	AR	BR	5	1	5
	JUN		BR	5	1	2
	AGO	BR	BR	8		2
	NOV		BR	8	1	1
2001	ABR	PY	BR	6		
	JUN		BR	5	1	1
	NOV	UY	BR	5	1	1
2002	MAI	AR	BR	4	3	3
	SET	BR	BR	11		
	NOV		BR	9	10	10
2003	MAI	PY	BR	8	3	3
	OUT	UY	BR	1		1
2004	MAI	AR	BR	1	3	
	AGO	UY	BR	6		
	NOV	BR	BR	8	9	9
2005	MAI	PY	BR	4	4	4
	OUT	UY	BR	6	1	1
2006	MAI	AR	BR	6	1	1
	OUT	BR	BR	5	2	2
2007	MAI	PY	BR	4	1	1
	OUT	UY	BR	4	5	5
2008	MAI	AR	BR	12	3	3
	SET	BR	BR	10	2	2
2009	JUN	PY	BR	5	2	2
	OUT	UY	BR	5	1	1
2010	ABR	AR	BR	4	1	1
	SET	BR	BR	7	6	6
2011	SET	UY	BR	4	4	4
2012	ABR	AR	BR	3	3	3
	SET	BR	BR	4	3	3
2013	ABR	UY	BR	3	5	5
2014	OUT	AR	BR	4	2	2
2015	ABR	BR	BR	9	1	1
	OUT	PY	BR	3	2	2
2016	ABR	UY	BR	2		



esse país teve 2,2 representantes por reunião da SGT11. Para as reuniões do COSERATS, ele não participou de abril de 2000, realizada na Argentina; em junho de 2000, realizada na Argentina; em novembro de 2001, realizada no Uruguai; em maio de 2002, realizada na Argentina; em novembro de 2002, realizada no Brasil; em setembro de 2012, também no Brasil; e em abril de 2013, realizada no Uruguai. Teve uma participação média de 1 representante por reunião com um pico solitário em outubro de 2015 em sua própria PPT. Nas reuniões específicas para Recursos Humanos em Saúde, a SCOEJER, o país em questão não participou de agosto de 1999, reunião realizada no Uruguai; abril e junho de 2000, na Argentina e agosto de 2000, no Brasil (foram 4 reuniões consecutivas); novembro de 2001, no Uruguai; maio de 2002, na Argentina; novembro de 2002, no Brasil (3 reuniões consecutivas). Setembro de 2012, Brasil e abril de 2013, Uruguai (duas reuniões consecutivas). O Paraguai teve uma média de participação de 1,25 representantes por reunião do exercício profissional.

A Tabela 4, em azul escuro, refere-se participação de representantes do Uruguai. O país esteve ausente de apenas uma reunião do SGT11 em abril de 2012, na PPT do Brasil; com uma média de 2,9 participantes por reunião. Na COSERATS o Uruguai esteve ausente em reuniões consecutivas entre maio de 2002 e maio de 2004 (totalizando 4 reuniões), a reunião de outubro de 2014, realizada na Argentina e abril de 2015, no Brasil. Nesse nível decisório, o Paraguai teve uma presença média de seus representantes de 1,24. Os mesmos períodos de ausências se referem as reuniões do SCOEJER, sendo três reuniões entre maio de 2002 e maio de 2003 (PPT de Argentina, Brasil e Uruguai) e as duas do segundo semestre de 2014 e primeiro de 2015. Para a reunião do exercício profissional, havia 1,28 representantes do Uruguai por reunião.

O número de representantes de Estados-Parte por reunião revela a predominância de atores Brasileiros, seguidos pelos Argentinos. O Paraguai é o Estado com menor participação em número de representantes e em número de reuniões. As reuniões do SGT11 são as de maior comparecimento e número de representantes por país. As da COSERATS de menor número.

Pouco se pode aferir apenas dos dados apresentados acima. A rotatividade de representantes de países em cada reunião pode ser um indicativo de possível descontinuidade de pautas ou progresso lento de temas. Contudo, as atas das reuniões devem ser analisadas e relacionadas aos dados apresentados nesse capítulo para uma análise mais minuciosa.

**Tabela 3.** Participação do Paraguai em número de representantes por reunião – período 1997 a 2016

1997	MAR	PY	PY	10			
	ABR		PY	6			
1998	OUT	BR	PY	1	1		
	DEZ		PY	2	1		
1999	MAR	PY	PY	4	1	1	
	AGO		UY	PY	1	1	0
2000	ABR	AR	PY	0	0	0	
	JUN		PY	1	0	0	
	AGO	BR	PY	3		0	
	NOV		PY	6	1	1	
2001	ABR	PY	PY	2			
	JUN		PY	2	1	1	
	NOV		UY	PY	1	0	0
2002	MAI	AR	PY	1	0	0	
	SET		PY	0			
	NOV	BR	PY	2	0	0	
2003	MAI	PY	PY	2	6	6	
	OUT		UY	PY	1		1
2004	MAI	AR	PY	1	6		
	AGO		UY	PY	1		
	NOV		BR	PY	1	1	1
2005	MAI	PY	PY	2	2	2	
	OUT		UY	PY	1	1	1
2006	MAI	AR	PY	2	1	1	
	OUT		BR	PY	2	2	2
2007	MAI	PY	PY	6	1	1	
	OUT		UY	PY	2	1	1
2008	MAI	AR	PY	2	2	2	
	SET		BR	PY	2	1	1
2009	JUN	PY	PY	4	1	1	
	OUT		UY	PY	3	1	1
2010	ABR	AR	PY	3	1	1	
	SET		BR	PY	3	2	2
2011	SET	UY	PY	3	1	1	
2012	ABR	AR	PY	2	1	1	
	SET		BR	PY	0	0	0
2013	ABR	UY	PY	0	0	0	
2014	OUT	AR	PY	3	1	1	
2015	ABR	BR	PY	1	1	1	
	OUT		PY	PY	4	9	9
2016	ABR	UY	PY	0			

**Tabela 4.** Participação do Uruguai em número de representantes por reunião – período 1997 a 2016

1997	MAR	PY	UY	5		
	ABR		UY	8		
1998	OUT	BR	UY	4	4	
	DEZ		UY	2	1	
1999	MAR	PY	UY	2	1	1
	AGO	UY	UY	5	1	2
2000	ABR	AR	UY	4	1	1
	JUN		UY	3	1	1
	AGO	BR	UY	2		3
	NOV		UY	2	1	1
2001	ABR	PY	UY	2		
	JUN		UY	2	1	1
	NOV	UY	UY	3	4	4
2002	MAI	AR	UY	4	0	0
	SET		UY	2		
	NOV	BR	UY	2	0	0
2003	MAI	PY	UY	2	0	0
	OUT	UY	UY	1		1
2004	MAI	AR	UY	1	0	
	AGO		UY	2		
	NOV	BR	UY	2	1	1
2005	MAI	PY	UY	1	1	1
	OUT	UY	UY	2	2	2
2006	MAI	AR	UY	1	1	1
	OUT		UY	1	1	1
2007	MAI	PY	UY	2	1	1
	OUT	UY	UY	3	1	1
2008	MAI	AR	UY	4	1	1
	SET		UY	3	1	1
2009	JUN	PY	UY	5	1	1
	OUT	UY	UY	4	1	1
2010	ABR	AR	UY	5	1	1
	SET		UY	2	2	2
2011	SET	UY	UY	4	1	1
2012	ABR	AR	UY	2	1	1
	SET		UY	3	1	1
2013	ABR	UY	UY	4	7	7
2014	OUT	AR	UY	2	0	0
2015	ABR	BR	UY	0	0	0
	OUT		PY	UY	2	1
2016	ABR	UY	UY	10		

## Referências

- MERCADO COMUM DO SUL – MERCOSUL. *Em poucas palavras*. Disponível em: <<https://www.mercosur.int/pt-br/quem-somos/em-poucas-palavras/>>. Acesso em: 09 nov. 2018.
- \_\_\_\_\_. *Órganos derivados de textos fundacionales*. Disponível em: <<http://www.mercosur.int/innovaportal/v/3878/11/innova.front/organos-derivados-de-textos-fundacionales>>. Acesso em: 20 jul. 2018.
- \_\_\_\_\_. *Resolução n. 151/1996*. Criação do Subgrupo de trabalho no. 11 Saúde. Disponível em: <[http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas\\_web/Resoluciones/PT/96151.pdf](http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/96151.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2018
- \_\_\_\_\_. *Sobre o Mercosul*. Disponível em: <<http://mercosul.navi.ifrn.edu.br/>>. Acesso em: 09 nov. 2018.
- \_\_\_\_\_. Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. Disponível em: <<http://mercosul.navi.ifrn.edu.br/#sobre-subcomissao>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

# **Argentina: regulação da formação e do exercício profissional dos profissionais de saúde**

Argentina: Regulation on training and professional exercise of health workforce

---

Gabrielle Kölling<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Escola de Direito da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Caetano, SP, Brasil.

## Introdução

Em 1943, a Argentina deu o primeiro passo para o reconhecimento da saúde pública como um problema de interesse específico do Estado com a criação da Direção Nacional de Saúde Pública e Assistência Social que, em 1949, tornou-se um Ministério. Essa década testemunhou um duplo nascimento: do Estado “responsável-garantidor” do direito à proteção da saúde e das organizações sindicais, estaduais e paraestatais, que, mais tarde, deram origem ao sistema operacional. Isso resultou na expansão dos direitos sociais em geral, na multiplicação de serviços universais gratuitos de saúde<sup>1</sup>.

A Constituição argentina, no art. 13, estabelece a saúde como direito do povo e dever do Estado. A República Argentina é um Estado Federal, integrado por 23 províncias e pela Cidade Autônoma de Buenos Aires (Capital Federal). Essas 24 unidades político-administrativas são aquelas que têm, por mandato constitucional, a responsabilidade do cuidado e da proteção da saúde da população. Como a saúde é um direito constitucional, pode-se afirmar que não existem barreiras legais que impeçam os argentinos de acessar os serviços públicos de saúde. É por isso que se considera que eles fornecem “cobertura universal”.

O Ministério da Saúde da Nação é a mais alta autoridade em questões de saúde; nos níveis provincial e municipal, existem os respectivos ministérios e secretarias de saúde. O Estado atua através dos seus três níveis: nação, províncias e municípios. A Nação exerce funções de coordenação, regulação e assistência técnica e financeira. As províncias e municípios prestam serviços de assistência direta à população.

O Ministério da Saúde é responsável pela condução do setor como um todo, através da concepção de políticas e implementação de ações que permitam a coordenação entre os vários subsetores. Todas essas decisões são compartilhadas no âmbito do Conselho Federal de Saúde (COFESA) e são, então, realizadas pelas províncias e municípios.

O sistema de saúde da Argentina é composto por três setores bastante fragmentados: o setor público, o seguro social obrigatório e o privado. O setor público é composto de estruturas administrativas provinciais e nacionais, em nível ministerial, e pela rede de hospitais e centros de saúde pública, que prestam atendimento gratuito a todos cidadãos. O setor de seguro social obrigatório é organizado em torno das Obras Sociais (OS), que abrangem os trabalhadores assalariados e suas famílias de acordo com os ramos de atividade. Além

---

<sup>1</sup> BELMARTINO, S. El sistema de servicios de salud en Argentina. In: GONZÁLEZ-PÉREZ, G. J.; VEGA-LÓPEZ, M. G.; ROMERO-VALLE, S. (coord). *Los sistemas de salud en Iberoamérica de cara al siglo XXI*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 2004, p. 11-32.

disso, cada província possui um sistema operacional que cobre funcionários públicos em sua jurisdição. O setor privado inclui: (i) profissionais que prestam serviços independentes a pacientes particulares associados a determinados sistemas operacionais ou sistemas privados de medicamentos pré-pagos; (ii) estabelecimentos de saúde, também contratados pela OS; e (iii) entidades de seguro voluntário denominadas Companhias Médicas<sup>2</sup>.

Nesse contexto, a regulação dos profissionais de saúde assume especial relevo no que tange à formação e fiscalização. Há parâmetros nacionais para o eixo de formação, mas autonomia das províncias e das universidades. No que tange à fiscalização tem-se um verdadeiro mosaico normativo. Cada província tem regulação própria. Dentro desse contexto, a pretensão do capítulo é descrever e analisar o panorama normativo-institucional da força de trabalho em saúde na Argentina, com ênfase na regulação do ensino e na fiscalização do exercício profissional.

## Metodologia

No que concerne à metodologia, destaca-se que o processo metodológico de pesquisa acerca do modelo de regulação de profissões de saúde na Argentina envolveu quatro etapas básicas: (i) identificação do contexto em que se insere o modelo, descrição do modelo a partir de informações de acesso público disponíveis na rede mundial de computadores; (ii) revisão sistemática documental e pesquisa bibliográfica exploratória, realizadas a partir dos resultados obtidos na pesquisa virtual; (iii) identificação das instituições jurídicas essenciais do modelo regulatório de profissões de saúde; e (iv) missão de pesquisa.

Na primeira etapa, a identificação do contexto teve por objetivo compreender a realidade socioeconômica em que se insere o modelo de regulações de profissões de saúde estudado, bem como o sistema de saúde. Fez-se uma descrição do sistema de saúde nacional, especialmente, nos aspectos relativos à força de trabalho em saúde. Nessa etapa, foram realizadas pesquisas nos *sites* dos ministérios da Saúde e da Educação (Ministérios Nacionais), no Congresso Nacional e nos periódicos de saúde e direito da Argentina. Nos referidos *sites* institucionais, foram pesquisas extremamente exploratórias. Após uma análise inicial sobre a dinâmica de funcionamento dos *sites* e das bases de dados da Argentina, foi possível pesquisar as legislações referentes à saúde, às profissões de saúde e à formação em saúde. Nos periódicos, utilizaram-se palavras-chave “profissionais de saúde”, “força de trabalho em saúde”, “profissionais de saúde e Mercosul”, dentre outras. Os textos achados foram lidos e organizados na forma de fichamento sistemático.

---

<sup>2</sup>Id. *Ibid.*

No que concerne à pesquisa de legislação mais específica, utilizou-se o Atlas Federal de Legislação Sanitária da República da Argentina (<http://leg.msal.gov.ar/atlas>). Trata-se de uma ferramenta disponível no *site* do Ministério da Saúde. Os filtros de delimitação da pesquisa foram as nove profissões de saúde e a divisão geográfica por jurisdição. Foram mapeados cerca de 500 tipos normativos (leis, decretos, portarias, resoluções etc.) relativos à educação e à formação em saúde e à regulação das profissões de saúde. As legislações foram lidas, organizadas em tabelas, conforme a aderência/relevância ou não para a pesquisa.

Posteriormente, na segunda etapa, realizou-se uma revisão sistemática documental e pesquisa bibliográfica exploratória, a partir das legislações, das pesquisas em documentos oficiais e de publicações institucionais, científicas e acadêmicas, que contextualizaram o modelo regulatório da Argentina. Essa etapa foi crucial para filtrar os resultados obtidos na primeira fase e organizar as informações.

Na terceira etapa, identificou-se as instituições jurídicas essenciais do modelo regulatório de profissões de saúde, a partir da leitura e análise dos resultados das duas primeiras fases. Aqui, foram selecionadas as normas gerais, inclusive constitucionais, que caracterizaram o modelo, as entidades que criaram e as competências que lhes são atribuídas e as principais normas produzidas no âmbito dessas atribuições. Para isso, utilizou-se a ferramenta de extração e compilação de dados, com modelo desenvolvido no âmbito desta pesquisa pelo que permitiu relacionar as informações e dividi-las em três eixos temáticos: eixo formativo, eixo de exercício profissional e eixo de políticas públicas de saúde.

Na quarta e última etapa, realizou-se missão de pesquisa para a Argentina. A missão teve como objetivo a realização de reuniões com representantes dos eixos de formação, de regulação do exercício profissional e de recursos humanos referentes às profissões de saúde, com a finalidade discutir os temas regulatórios das profissões de saúde no Mercosul. Foram feitas cinco reuniões, previamente agendadas, com representantes do Ministério Nacional da Saúde, do Ministério Nacional da Educação, representante do segmento acadêmico, representante da Escola de Formação Técnica e representante do Colégio de Médicos de Santa Fé.

Nas reuniões, discutiu-se os marcos regulatórios das profissões de saúde, bem como a regulação do exercício profissional e a (in)existência de políticas públicas da força de trabalho em saúde. Integrou a pauta das reuniões a temática das competências das províncias sobre as profissões de saúde, bem como a produção de literatura na Argentina. Em relação ao aspecto da bibliografia, fez-se visita técnica na biblioteca da *Universidad iSalud*, para coleta de livros e material técnico a fim de complementar as fases dois e três da metodologia de pesquisa. Posteriormente, sistematizaram-se os dados coletados em todas as etapas para organização do relatório final da pesquisa e alinhamento aos resultados pretendidos.



## Resultados

### I Eixo de formação

A formação acadêmica dos profissionais de saúde qualifica para o exercício em todo o território nacional, mas, para exercer, eles devem se registrar com a autoridade local competente que registra, regulamenta e supervisiona a prática profissional nos termos da Lei Nacional da Educação, Lei n. 26.206/2006<sup>3</sup>, que prevê que o sistema nacional de educação deve ter uma estrutura unificada em todo o país para garantir a ordem e a coesão, a organização e a articulação dos níveis e tipos de educação, bem como a validade nacional de graus e certificados que são emitidos. Além disso, o Ministério da Educação, autoridade de aplicação dessa lei, tem como principal função definir políticas e estratégias educacionais. É por isso que a validade nacional representa um instrumento de importância vital para alcançar a realização desses objetivos.

Quando falamos de validade nacional, nos referimos a um atributo de títulos e certificados de estudos correspondentes a um nível educacional que é emitido por instituições educacionais da administração estatal ou privadas, reconhecidas pela autoridade educacional correspondente. Poderíamos dizer, também, que a validade nacional é definida como política educacional através do procedimento que a concede e que seu objetivo principal é enquadrar os desenhos curriculares correspondentes às ofertas educacionais existentes com os quadros federais acordados no Conselho Federal de Educação. Isso representa, então, o aspecto curricular da validade.

O art. 115, alínea “g”, da Lei Nacional de Educação, estabelece, por meio do Ministério da Educação, a concessão da validade nacional dos títulos e certificados de estudos. A autonomia das universidades é consagrada no texto constitucional e no marco normativo estabelecido pela Lei da Educação Superior, Lei n. 24.521/1995<sup>4</sup>, produto da evolução histórica da instituição universitária argentina. Uma revisão histórica do desenvolvimento das universidades nacionais permite advertir certa ingerência recorrente do governo nacional na organização institucional e acadêmica, especialmente, no que concerne à “autonomia acadêmica e institucional” proclamada pelas leis. Os antecedentes históricos<sup>5</sup> explicam a necessidade de um reconhecimento expresso da autonomia da universidade na Cons-

---

<sup>3</sup>ARGENTINA. Sistema de Informação sobre a Primeira Infância na América Latina – SIPI. *Ley de Educación Nacional*. Disponível em: <[http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi\\_normativa/argentina\\_ley\\_nro\\_26206\\_2006.pdf](http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/argentina_ley_nro_26206_2006.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2019.

<sup>4</sup>ARGENTINA. *Ley N° 24.521. Ley de Educación Superior*. Disponível em: <[https://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_argentina\\_1040.pdf](https://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_1040.pdf)>.

<sup>5</sup>Sobre os antecedentes históricos, consultar: ALVAREZ, Julio. La autonomía universitária e el recurso de alzada en las universidades nacionales. In: GARCÍA, Jorge Sarmiento (coord.). *Protección jurídica del Administrado*. Buenos Aires: Ediciones Ciudad Argentina, 1996.

tituição Nacional<sup>6</sup> (CN), no art. 75, inciso 19. A partir desse marco normativo, foi perfilada a significação jurídica dessa garantia institucional da autonomia, da auto-organização, autorregulação, autogoverno e autoadministração.

O novo texto do art. 75, §19, da CN, e a Lei 24.521/1995 consagram a autonomia das universidades. Nota-se que o conceito de autonomia tutelado no texto constitucional e o consequente marco normativo estabelecido na Lei 24.521/1995, atualmente vigente, só podem ser compreendidos como produto da evolução histórica, política e jurídica da instituição universitária em nosso país<sup>7</sup>.

Em 1994, foi promulgada a Lei 24.521, que reconhecia e regulamentava a autonomia acadêmica, administrativa e financeira das universidades, com fundamento no art. 75, §§18 e 19 da CN. O novo texto apresentou regras gerais e específicas para o sistema universitário nacional, tanto para o ensino superior público quanto privado, estabeleceu regras para a coordenação de todos os níveis de educação, padrões de avaliação e acreditação acadêmica (reconhecimento), regras gerais sobre estrutura básica organizacional, responsabilidade do governo nacional em suas bases de suporte para outros tipos e níveis de ensino superior, fortalecendo o Conselho Interuniversitário Nacional (CIN).

Em alguns aspectos, foi uma inovação em relação à legislação anterior. Esta lei consagrou abertamente a função criativa da universidade e a disseminação do conhecimento em todas as suas formas, a preservação da cultura nacional, estendendo sua ação para a comunidade, a fim de contribuir para seu desenvolvimento e sua transformação, estudando problemas nacionais e regionais e prestar assistência científica e técnica ao Estado<sup>8</sup>.

A Lei 24.521/1995 introduziu dois mecanismos para garantir a autonomia das universidades. O primeiro é que a intervenção da instituição universitária só pode ser ordenada pelo Congresso da Nação e pelas causas especificadas no texto legal. O segundo fez alusão a um recurso perante a Câmara Federal da sede da universidade, a qual foi regulamentada como um canal judicial direto e exclusivo, suprimindo o recurso de apelação perante o Poder Executivo Nacional. Desta forma, partiu do único precedente legal (Lei 17.245) que previa uma ação judicial específica.

A universidade adquiriu uma faceta especial com a reforma constitucional de 1994, especialmente, após a promulgação da Lei 24.521. Esta norma deu-lhe

---

<sup>6</sup>ARGENTINA. *Constitución de la Nación Argentina* (22 de agosto de 1994). Disponível em: <<http://www.constitution.org/cons/argentin.htm>> Acesso em: 08 mar. 2018.

<sup>7</sup>MOLINA, Marcela S. La autonomía institucional e académica de las universidades nacionales. Evolución conceptual en la legislación e jurisprudencia argentina. *Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES)*, México, UNAM-ISISUE/Universia, v. V, n. 13, p. 66-89, 2014. Disponível em: <<http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/327>>.

<sup>8</sup>Ibid.

uma dupla natureza: autonomia acadêmica e institucional e autossuficiência econômico-financeira. Essa caracterização manteve os debates sobre sua natureza jurídica, com estudiosos que defendem a natureza jurídica de autarquia e outros que defendem a admissão da noção de autonomia no sentido legal<sup>9</sup>.

A noção de autonomia universitária no âmbito do art. 75, §§18 e 19 da CN, e da Lei 24.521/1995 demanda uma análise minuciosa. O §19 destinou-se a traduzir os princípios sustentados em algumas leis universitárias anteriores e na mais recente jurisprudência da Suprema Corte da Nação, que se resumem nestes postulados: as universidades gozam de autonomia científica e podem ditar seus estatutos organizacionais; elas têm autarquia econômica financeira<sup>10</sup>.

A Constituição consagra e a Lei 24.521/1995 regula a autonomia acadêmica e institucional com caráter pedagógico e político, reconhecendo o poder de auto-organização, auto-gestão, autorregulação e autoadministração, sem identificá-lo totalmente com a autonomia das províncias e dos municípios. O texto legal reconhece, conseqüentemente, a autonomia para sua organização institucional, para, livremente, regular as questões acadêmicas, de pesquisa e extensão. Atribui, ainda, o poder de expedir atos estritamente administrativos gerais relacionados com questões que sejam necessárias para o cumprimento dos seus objetivos (regime disciplinar para professores, estudantes e pessoal de apoio acadêmico, sistema de salários, bem-estar e saúde da comunidade universitária).

Levando em conta sua condição de entidade autônoma, a Lei 24.521/1995 atribui amplos poderes às universidades. Esses podem ser classificados de acordo com a natureza do poder: autoridade disciplinar, por infrações às obrigações do corpo docente, apoio acadêmico, estudantes; poder de gestão e direção do governo, compreendendo o equilíbrio econômico-financeiro e administrativo (nomeação dos professores e pessoal de apoio acadêmico, contratação, aquisição de bens e obras públicas etc.), acadêmicos (titulação, revalidação de diplomas emitidos por universidades estrangeiras, avaliação de professores etc.), o científico (concessão de subsídios, bolsas de estudo, avaliação e categorização do professor-pesquisador etc.); também, a gestão da extensão (atividade dos organismos artísticos, concessão de subsídios etc.); poder regulatório, que abrange o tema institucional, acadêmico, científico e administrativo.

Conforme a Lei 24.521/1995, a universidade regulamenta questões de ensino, sistema de concursos pedagógicos, carga horária, responsabilidades ou atribuições profissionais das carreiras ofertadas e revalidação de diplomas estrangeiros. Regulamenta a admissão em carreiras universitárias e planos de estu-

<sup>9</sup>CHIROLEU, A. Políticas de educación superior en Argentina e Brasil: de los '90 e sus continuidades. *Revista SAAP*, Buenos Aires, v. 2, n. 3, 2006.

<sup>10</sup>MOLINA. *op. cit.*

dos. O poder atribuído às universidades para ditar atos administrativos gerais em questões acadêmicas de grau, ciência e extensão é amplo e exclusivo.

## II Instituições envolvidas no processo de formação em saúde: dinâmicas institucionais e legislação

No que concerne à formação, observa-se que as universidades têm autonomia para criar os cursos e as carreiras, definir os conteúdos curriculares, as habilidades e competências em relação ao exercício profissional. No entanto, as universidades, enquanto instituições, precisam ser credenciadas ao Ministério da Educação. Para isso, tem-se a Comissão Nacional de Avaliação e Credenciamento Universitário (CONEAU), que integra o Ministério da Educação e realiza os procedimentos para credenciar as instituições, bem como as carreiras (os cursos); trata-se de um processo de validação. A CONEAU valida, ainda, os cursos de especialização, mestrado e doutorado.

No que concerne à educação técnica, há um instituto/escola específico para gerenciar a formação técnica no país. Trata-se do Instituto Nacional de Educação Tecnológica (INET).

No que diz respeito às residências (especialidades), há o Sistema Nacional de Residências das Equipes de Saúde que regula o sistema de especialidades no país, bem como o processo de validação.

O Quadro 1 apresenta as instituições envolvidas no eixo de formação dos profissionais de saúde com as suas respectivas funções.

**Quadro 1.** Instituições envolvidas no eixo de formação e respectivas competências/funções

Instituição	Competências/funções
Ministério da Educação	Mediar e criar consensos sobre os marcos de referência dos conteúdos curriculares
Conselho Federal de Educação	Coordenar da política nacional de educação e articulação do Sistema Nacional de Educação
Comissão Nacional de Avaliação e Credenciamento Universitário (CONEAU)	Creditar/credenciar/reconhecer/validar cursos de graduação e pós-graduação
Conselho Interuniversitário Nacional (CIN)	Coordenar as políticas das universidades nacionais entre si
Sistema Nacional de Residências da Equipe de Saúde	Coordenar, regular e acreditar da formação de pós-graduação (especialidades) em saúde
Instituto Nacional de Educação Tecnológica (INET)	Desenvolver e implementar políticas para a educação técnica
Conselho Nacional de Educação, Trabalho e Produção CoNETeP	Assessorar o Ministério da Educação nas questões de educação técnica.

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

A regulação da educação dos profissionais de saúde na Argentina é instrumentalizada por algumas legislações-chave e por muitos atos do Executivo (portarias e resoluções). O Quadro 2 apresenta o panorama normativo acerca da formação dos profissionais de saúde na Argentina.

**Quadro 2.** Panorama normativo da formação dos profissionais de saúde na Argentina

<b>Tipo normativo - identificação</b>	<b>Conteúdo</b>
Constituição Nacional - Art. 75	Prevê a autonomia das universidades
Lei n. 24.521/1995 - Lei da Educação Superior	Regulamenta o ensino superior na Argentina
Lei n. 26.206/2006 - Lei Nacional da Educação	Diretrizes gerais da educação
Lei n. 26.793	Ofertas acadêmicas das universidades estrangeiras na Argentina, requisitos
Lei de Educação Técnica-Profissional – Lei n. 26.058	Regulamentação da educação técnico-profissional, administração da formação técnico-profissional e financiamento
Decreto - n. 499/1995	Educação superior – disposições relacionadas à avaliação e à acreditação dos cursos; Conselho de Universidades.
Decreto - n. 173/1996	Regulamentação e aspectos formais para a designação dos integrantes da CONEAU
Decreto - n. 576/1996	Regulamentação da Lei n. 24.521/1995
Decreto - n. 705/1997	Modificação do Decreto n. 173/1996
Decreto - n. 276/1999	Instituições universitárias estrangeiras e requisitos para atuação na Argentina
Decreto - n. 2.219/2010	Alterou o art. 6º, do Decreto n. 499/1995, em relação aos períodos de acreditação
Resolução ministerial - n. 1.069/1993	Criação do Sistema de Informação Universitária
Resolução ministerial - n. 129/1994	Regulamentação da constituição da Comissão Consultiva Assessora da Secretaria de Políticas Universitárias
Resolução ministerial - n. 6/1997	Carga horária dos cursos de graduação

Continua

Continuação: **Quadro 2.** Panorama normativo da formação dos profissionais de saúde na Argentina

<b>Tipo normativo - identificação</b>	<b>Conteúdo</b>
Resolução ministerial - n. 206/1997	“Normas” regulamentadoras de educação
Resolução ministerial - n. 1.168/1997	<i>Standard</i> e critérios para acreditação das carreiras de pós-graduação
Resolução ministerial - n. 535/1999	<i>Standard</i> de acreditação da medicina
Resolução ministerial - n. 95/2000	Publicação das carreiras de pós-graduação
Resolução ministerial - n. 236/2001	Reconhecimento oficial dos títulos das carreiras de pós-graduação presencial ou à distância
Resolução ministerial - n. 532/2002	Reconhecimento de títulos oficiais e validade de carreiras de pós-graduação
Resolução ministerial - n. 1.058/2022	Criação do registro público de centros de investigação e instituições de formação profissional superior a cargo da direção nacional de gestão universitária
Resolução ministerial - n. 254/2003	Inclusão dos profissionais farmacêutico, bioquímico, odontólogo, dentre outros, no art. 43 da Lei n. 24.521/1995
Resolução ministerial - n. 136/2004	Inclusão do profissional psicólogo no art. 43 da Lei n. 24.521/1995
Resolução ministerial - n. 566/2004	<i>Standard</i> de acreditação da carreira de farmácia
Resolução ministerial - n. 1.314/2007	Critérios para acreditação da carreira de medicina
Resolução ministerial - n. 1.413/2008	<i>Standard</i> de acreditação da carreira de odontólogo
Resolução ministerial - n. 343/2009	<i>Standard</i> de acreditação da carreira de psicólogo
Resolução ministerial - n. 51/2010	Mecanismo para o reconhecimento oficial e validade nacional dos títulos de graduação e pós-graduação
Resolução ministerial - n. 462/2011	Requisitos para acreditação e reconhecimento oficial dos títulos incorporados ao art. 43 da Lei n. 24.521/1995
Resolução ministerial - n. 160/2011	<i>Standard</i> e critérios para acreditação das carreiras de pós-graduação

Continuação: **Quadro 2.** Panorama normativo da formação dos profissionais de saúde na Argentina

<b>Tipo normativo - identificação</b>	<b>Conteúdo</b>
Portaria CONEAU - n. 62	Aprova os procedimentos para a avaliação de projetos de carreiras de graduação
Portaria CONEAU - n. 63	Aprova os procedimentos para a acreditação das carreiras de graduação em funcionamento
Portaria CONEAU – n. 12	Designação dos avaliadores
Resolução – n. 1.993/2015	Regulamento geral das residências
Resolução ministerial – n. 450/2006	Define o estabelecimento da Equipe de Saúde Sistema de Acreditação Nacional Residências
Resolução ministerial – n. 1.342/2007	Define a implementação do Sistema Nacional de Acreditação de Residências da Equipe de Saúde

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

Em função da autonomia das universidades para criação das carreiras e dos conteúdos curriculares, tem-se um enorme conjunto de diferentes matrizes curriculares para as profissões de saúde. Em função disso, a CONEAU desenvolveu marcos de conteúdos mínimos para alguns cursos, na tentativa de uniformizar os conteúdos curriculares no país. O Quadro 3 traz os marcos de referência e o fundamento normativo para a carreiras de saúde.

**Quadro 3.** “Standard de acreditação” da saúde já consolidados

<b>Licenciatura</b>	<b>Resoluções</b>
Licenciatura em Bioquímica ou Bioquímica	n. 565/2004
Licenciatura em Enfermagem	n. 2721/2015
Licenciatura em Farmácia	n. 566/2004
Licenciatura em Odontologia	n. 1413/2008
Licenciatura em Psicologia	n. 343/2009 e n. 800/2011

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

No que tange às especialidades, há algumas legislações que são o marco nacional para regular o tema, bem como resoluções e disposições ministeriais (Quadro 4).

**Quadro 4. Síntese normativa: especialidades/residências médicas**

<b>Lei</b>	<b>Conteúdo</b>
Lei n. 22.127	Cria o Sistema Nacional de Residências de Saúde
Lei n. 17.132/1967	Regula a prática de medicina, odontologia e atividades colaborativas
Lei n. 23.873	Autoriza os graduados de residências completas a usar o título de especialistas
Resolução n. 450/2006	Cria o Sistema Nacional de Acreditação de Residências da Equipe de Saúde
Resolução n. 1.342/2007	Regulamenta o Sistema Nacional de Acreditação de Residências da Equipe de Saúde
Resolução n. 1.993/2015	Estabelece o Regulamento Nacional de Residências
Disposição n. 104/2015	Estabelece o Instrumento Nacional de Avaliação e as Normas de Acreditação Nacional
Resolução n. 1.814/2015	Aprova a lista de especialidades médicas reconhecidas
Resolução n. 956/2012	Aprova a lista de especialidades odontológicas reconhecidas
Resolução n. 199/2011	Aprova a lista de especialidades de enfermagem reconhecidas
Resolução n. 1.337/2010	Aprova a lista de especialidades multiprofissionais reconhecidas
Resolução n. 1.186/2013	Aprova a lista de especialidades farmacêuticas
Resolução n. 1.341/2013	Aprova a lista de especialidades bioquímicas

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

**1 “Funcionamento” (dinâmicas institucionais)****1.1 Graduação**

No que tange à formação, além da autonomia das universidades para criar cursos, carreiras e organizar os conteúdos, há que se observar as funções da CONEAU, que aborda, dentre outras coisas, o credenciamento das universidades e os padrões para sua avaliação externa. Em outras palavras, a universidade precisa passar pelo crivo de reconhecimento da CONEAU; a partir disso, a universidade pode criar as carreiras que achar conveniente, mas, em algum momento, terá de passar pelo reconhecimento da CONEAU para que os cursos tenham validade nacional.

Vejamos o fundamento legal para a comissão, art. 43, da Lei da Educação Superior:

*Artículo 43. Cuando se trate de títulos correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, cueo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo*



*en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes, se requerirá que se respeten, además de la carga horaria a la que hace referencia el artículo anterior, los siguientes requisitos:*

a) Los planes de estudio deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos e los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Cultura e Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades;

***b) Las carreras respectivas deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación e Acreditación Universitaria o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas. El Ministerio de Cultura e Educación determinará con criterio restrictivo, en acuerdo con el Consejo de Universidades, la nómina de tales títulos, así como las actividades profesionales reservadas exclusivamente para ellos. (Destques nossos)***

A função da CONEAU consiste em, periodicamente, “creditar/ credenciar/ reconhecer/ validar” os cursos de graduação declarados de interesse público pelo Ministério da Educação (em função do art. 43 citado), em conjunto com o Conselho de Universidades. Para credenciar as carreiras, aplicam-se os padrões estabelecidos pelo Ministério da Educação. Os projetos dos cursos de graduação declarados de interesse público também serão credenciados, a fim de obter o reconhecimento oficial do curso.

A CONEAU é um órgão descentralizado que opera dentro da jurisdição do Ministério da Educação da Nação. Foi criado com o objetivo de contribuir para a melhoria do ensino universitário. Sua missão institucional é garantir e melhorar a qualidade das carreiras e instituições universitárias que operam no sistema universitário argentino através de atividades de avaliação e acreditação da qualidade do ensino universitário.

A avaliação da qualidade no ensino universitário é uma das questões-chave da agenda de reformas que começou a ser implementada neste setor em meados da década de 1980 na Argentina. É um modelo baseado nos Estados Unidos e na Inglaterra. A nova agenda da educação universitária tem sido produto de vários fatores políticos, sociais e econômicos que levaram à revisão do vínculo entre o Estado, as universidades e a sociedade civil. Essa nova roupagem está presente nos consensos produzidos no âmbito do Ministério da Educação da Argentina. A avaliação foi apresentada como um instrumento para estabelecer uma forma de regulação das instituições universitárias com o objetivo de melhorar sua qualidade.

A aprovação da Lei da Educação Superior estabeleceu um marco regulatório na Argentina que modificou o tradicional controle burocrático exercido pelo Estado sobre as instituições universitárias ao introduzir a avaliação e a garantia de qualidade como um novo eixo de política universitária.

No contexto das tendências internacionais, durante a última década, e em quase todos os países latino-americanos, surgiram agências de avaliação públicas ou privadas cujos objetivos gerais são garantir e melhorar a qualidade do ensino universitário. No caso da Argentina, a legislação prevê a CONEAU como uma agência do Estado. Desde 1996, a CONEAU avalia projetos institucionais; desde 1997, avalia relatórios anuais de instituições universitárias com autorização provisória, realiza avaliações externas e credencia cursos de pós-graduação; desde 1999, avalia aplicações para reconhecimento definitivo e agências privadas para avaliação e acreditação de programas de graduação.

Os procedimentos e diretrizes para a acreditação são regulados pela Portaria CONEAU n. 63/2017, que se baseia nas disposições do Decreto n. 499/1995 (art. 5º) e do Decreto n. 173/1996 (art. 15). Conforme a referida portaria, os processos de credenciamento incluem as seguintes fases: autoavaliação, análise de desempenho feita pelo comitê de pares e decisão final da CONEAU. O credenciamento dos cursos de graduação é realizado por meio de chamadas públicas. Elas atingirão as carreiras incluídas no art. 43 da Lei 24.521/1995.

Como primeiro passo, as instituições devem completar uma formalização, uma espécie de pedido, através da qual relatam as carreiras que pretendem submeter à CONEAU. Concomitantemente a isso, as instituições, por meio de um representante institucional, devem gerar um arquivo eletrônico através da *Plataforma Trámite a Distancia (TAD)* do Sistema Eletrônico de Gerenciamento de Documentos (GDE) com as informações que a CONEAU demanda.

A avaliação é realizada por um período de até quatro meses. O produto desta etapa é um relatório de avaliação que contém tanto a produção de informações sistematizadas quanto comparáveis, bem como uma análise detalhada das condições em que as carreiras são desenvolvidas e seus resultados. Por fim, inclui, se necessário, a formulação de planos de melhoria que permitam o cumprimento futuro dos requisitos de qualidade previstos pelas normas de educação.

Nos termos da Portaria CONEAU n. 63/2017, o desempenho do comitê de pares inclui a análise do relatório de avaliação, a visita à sede do curso de graduação e a preparação de um relatório. Este relatório será a base para a CONEAU emitir uma resolução de acreditação. Os resultados possíveis são:

(i) credenciamento por um período de seis anos para aquelas carreiras que atendam ao perfil estabelecido pelas normas;

(ii) credenciamento por um período de três anos para aquelas carreiras que: (a) atendam ao perfil esperado, mas não possuam ciclo completo e, portanto, careçam de diplomados; e (b) apesar de não terem atingido o perfil previsto pelas normas, apresentem elementos suficientes para considerar que o desenvolvimento dos planos de melhoria permitirá alcançá-lo dentro de um prazo razoável; e

(iii) não há credenciamento para aquelas carreiras que não atendam aos critérios de qualidade previstos e cujos planos de melhoria sejam considerados inviáveis ou insuficientes para atingir o perfil de qualidade estabelecido na resolução ministerial.

Em todos os casos, as carreiras podem apresentar um recurso de reconsideração dentro dos prazos estabelecidos na Portaria CONEAU n. 63/2017. Uma vez expirado o período de acreditação concedido por três anos, as carreiras devem ser submetidas a uma segunda fase do processo de acreditação, que visa a verificar o cumprimento dos compromissos de melhoria e avaliar o progresso da carreira à luz do perfil de qualidade estabelecida pelas normas. Caso a avaliação seja favorável, a acreditação é prorrogada por mais três anos; caso contrário, não será renovada.

O art. 7º do Decreto n. 499/1995 estabelece que a acreditação é uma condição necessária para o reconhecimento oficial e consequente validade nacional do título pelo Ministério da Educação. No entanto, as funções da CONEAU e do Ministério são claramente distintas. As atribuições e responsabilidades da CONEAU limitam-se ao credenciamento de carreiras, entendendo por acreditação um processo de avaliação da qualidade acadêmica, complementar à avaliação institucional e voltada para o seu aprimoramento que tenha exclusivamente objetivos acadêmicos, sociais e eventualmente políticos, mas não legais. Por outro lado, as atribuições e responsabilidades do Ministério têm efeitos puramente legais.

## 1.2 Pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado)

A Argentina tem um sistema de avaliação de qualidade para pós-graduados oferecido pelo sistema universitário como um todo no nível de especializações, mestrado e doutorado. O CONEAU, também, é o órgão encarregado de realizar os processos de avaliação. Os padrões de acreditação são estabelecidos pelo Ministério da Educação em acordo com o Conselho de Universidades, no qual as instituições estão representadas como universidades estaduais e privadas. Desta forma, a CONEAU age considerando o consenso do conselho das universidades. Uma característica distintiva deste sistema é que a acreditação tem um caráter obrigatório e é um requisito para obter a validade nacional do diploma.

A Lei da Educação Superior estabelece, em seu art. 39, que “Carreiras de pós-graduação – cursos de especialização, mestrado ou doutorado” devem ser credenciados pela CONEAU ou por entidades privadas que são constituídas para este fim e que são devidamente reconhecidas pelo Ministério da Educação.

O art. 46 do referido regulamento estabelece que “os processos de acreditação serão desenvolvidos de acordo com as normas estabelecidas pelo MECeT (atualmente o Ministério da Educação) em consulta com o Conselho de Universidades”.

No que tange à pós-graduação, observa-se que a CONEAU faz chamadas periódicas para o credenciamento de carreiras de especialização, mestrado e doutorado. As chamadas são notificadas às Instituições e divulgadas publicamente através do *site* da CONEAU. Conforme estabelecido pela regulamentação vigente, a CONEAU realiza dois tipos de processos de acreditação, diferenciados pelo *status* das provas submetidas à avaliação (novas carreiras ou carreiras em operação).

A acreditação de pós-graduação exige um grande esforço organizacional, tendo em conta que, até agora, a CONEAU avaliou 8.687 procedimentos correspondentes a 5.278 carreiras e a 3.409 novas carreiras. Este esforço envolve o trabalho conjunto dos doze membros do Comissão, a equipe técnica e os revisores das diferentes disciplinas e profissões, sem esquecer o trabalho de auto-avaliação das carreiras apresentado para acreditação.

O sistema argentino de credenciamento tem um caráter cíclico, isto é, as chamadas para carreiras são feitas periodicamente e de acordo com as áreas do conhecimento. Essa dinâmica compromete as instituições universitárias com processos de melhoria e continuidade da qualidade, e as avaliações da CONEAU construídas com base nos relatórios de comitês de revisão por pares são uma ferramenta importante de atualização e mudança. Nesse sentido, o sistema de avaliação fornece canais para conhecimento mútuo e transmissão de qualidade e boas práticas institucionais.

Os objetivos da edição de um catálogo de pós-graduação credenciado são múltiplos. Por um lado, a natureza pública dos processos de acreditação contribui para a divulgação nacional e internacional da oferta de pós-graduados das instituições universitárias argentinas. Por outro lado, é oferecido à comunidade um guia para as possibilidades de formação em carreiras de pós-graduação em todo o país que carrega o selo de qualidade que implica a acreditação.

De acordo com a Lei da Educação Superior, três tipos de carreiras de pós-graduação são reconhecidos na Argentina: especializações, mestrado e doutorados. Os padrões mínimos de qualidade que as ofertas de pós-graduação devem atender são estabelecidos na Resolução n. 160/2011 do Ministério da Educação. Este regulamento determina os aspectos substanciais para a avaliação da qualidade, que se referem, principalmente, (i) à organização do currículo

(estruturado, semiestruturado ou personalizado); (ii) à modalidade (presencial ou remota); e (iii) à carga horária mínima obrigatória para as especializações e os mestres.

A resolução define os padrões mínimos, que devem incluir disposições sobre: marco regulatório da carreira (institucional e específico); fundação e objetivos; características curriculares (requisitos de entrada, modo e local); alocação de tempo expressa em horas de relógio (exceto doutorado); todos os outros requisitos exigidos (níveis de linguagem, cumprimento de estágio); modalidade de avaliação final; direção dos trabalhos finais; regulamento da modalidade final de trabalho correspondente; condições a que os alunos devem submeter composição do corpo acadêmico (estrutura de gestão e governo e professores); atividades de pesquisa e transferência; e infraestrutura, equipamentos e recursos financeiros.

Os três tipos de estudos de pós-graduação que são reconhecidos pelos regulamentos nacionais acima mencionados tendem a alcançar objetivos diferentes. O objetivo da especialização é aprofundar o domínio de um assunto ou área dentro de um campo profissional ou de diferentes profissões; inclui um componente de prática intensiva. O título que ele concede é o de especialista.

O objetivo do mestrado é fornecer treinamento acadêmico e/ou profissional; aprofunda o conhecimento teórico, metodológico, tecnológico, gerencial ou artístico, dependendo do estado de desenvolvimento correspondente a uma disciplina, área interdisciplinar ou profissional de uma ou mais profissões. O título concedido é o de mestre.

O objetivo do doutorado é formar pós-graduados que possam obter contribuições originais dentro de um marco de excelência. Essa formação deve centrar-se, principalmente, em pesquisas a partir das quais serão feitos esforços para buscar contribuições. O título que é concedido é o do doutor.

## **2 O processo de acreditação**

Entre as funções da CONEAU está a de credenciar periodicamente (periodicidade que contempla credenciamento de três e seis anos) os cursos de pós-graduação que são ministrados no país, além de avaliar novas carreiras, ou seja, as carreiras que foram criadas por cada uma das instituições universitárias, mas que ainda não iniciaram suas atividades acadêmicas. Cada chamada para acreditação de pós-graduação abrange todas as áreas do conhecimento. Até agora, a CONEAU completou três chamadas. A implementação de cada chamada é feita por etapas, de acordo com as áreas disciplinares.

Para carreiras em funcionamento, todos os alunos de pós-graduação que estão encerrando suas atividades acadêmicas devem se apresentar obrigatoriamente às chamadas periódicas que a CONEAU faz por área disciplinar. Desta forma,

em uma carreira, por exemplo, na área de Matemática, o aluno deve se informar quando será a chamada da área de Ciências Básicas. Uma carreira em um dos ramos do Direito deve ser incluída na área de Ciências Sociais, e o aluno deve se apresentar quando a CONEAU faz a chamada daquela área disciplinar. O produto do processo de acreditação é uma resolução da CONEAU. Atualmente, está em vigor a quinta chamada.

Para as carreiras em funcionamento, deve-se considerar o seguinte quadro normativo: (i) Resolução ministerial n. 160/2011 e suas alterações; Resolução n. 2.385/2015; e a Resolução 2641-E/2017 do Ministério da Educação, norma que regula o credenciamento de pós-graduação na Argentina e estabelece os padrões mínimos de qualidade que as carreiras de pós-graduação devem atender.

Em relação aos procedimentos para credenciamento de carreiras em operação, deve-se levar em conta o edital de convocação de cada etapa, que deve obedecer aos seguintes marcos normativos/regulamentos: (i) Resolução ministerial n. 51/2010 (Carreiras de graduação e pós-graduação. Reconhecimento Oficial e Validade Nacional); Portaria CONEAU n. 65/2017 (Procedimentos para credenciamento de carreiras de pós-graduação em funcionamento); e Portaria CONEAU n. 51/2010 (Período de credenciamento para cursos de pós-graduação que tiveram avaliação prévia favorável como projeto).

Para novas carreiras, o quadro normativo é o seguinte: (i) Resolução ministerial n. 160/2011 (Normas e critérios para credenciamento de cursos de pós-graduação e suas alterações); (ii) Resolução n. 2.385/2015; Resolução n. 2641-E/2017; e Portaria CONEAU n. 64 (Procedimentos para avaliação de novos cursos de pós-graduação com o único objetivo de reconhecimento oficial provisório do grau).

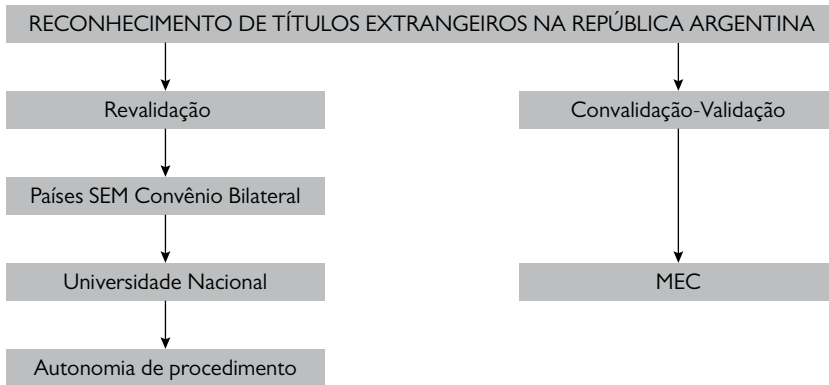
### **3 Reconhecimento de diplomas estrangeiros**

Para a validação das qualificações obtidas no exterior, as partes interessadas devem entrar em contato com a Secretaria de Assuntos Universitários, do Ministério da Educação. Para revalidar o diploma estrangeiro, há duas maneiras:

(i) por meio do Ministério da Educação: os diplomas outorgados por instituições universitárias estrangeiras de países que assinaram acordos específicos com a Argentina e para os casos estipulados neles são validados, para que os profissionais possam exercer sua atividade ou continuar seus estudos de pós-graduação na Argentina. Os países que mantêm acordo assinado com a Argentina são: República da Bolívia, República do Chile, República da Colômbia, República de Cuba, República do Equador, Reino da Espanha, República do Peru e Estados Unidos Mexicanos; e

(ii) por meio das universidades nacionais: os títulos outorgados por instituições universitárias estrangeiras dos países que não assinaram acordos específicos com a Argentina ou que, tendo sido assinados, o pedido não tenha sido contemplado.

Vejamos o quadro da revalidação e reconhecimento dos diplomas estrangeiros na Argentina (Figura 1).



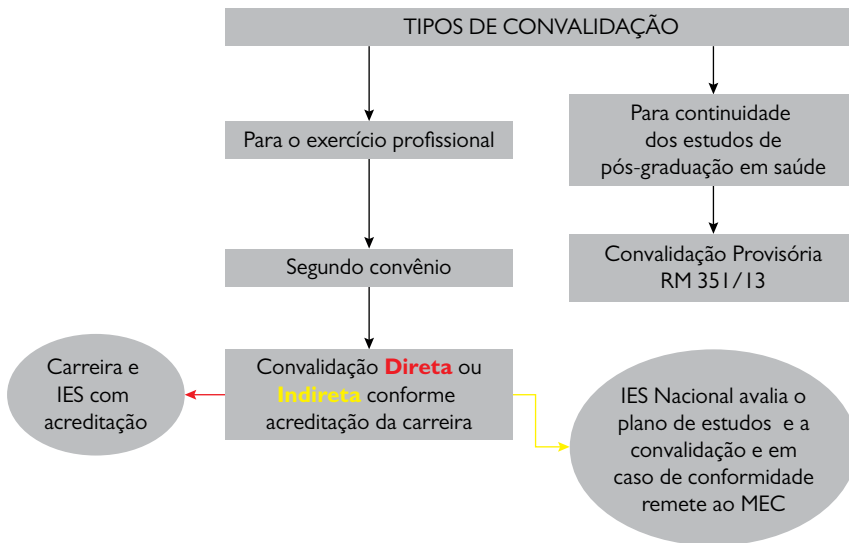
Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

**Figura 1.** Revalidação e reconhecimento dos diplomas estrangeiros na Argentina

Existem dois tipos de validação feitas de modo virtual no Ministério da Educação (via [tramitesadistancia.gob.ar](http://tramitesadistancia.gob.ar)): (i) a necessária para continuar os estudos de pós-graduação em especialidades de saúde e (ii) a realizada para a prática profissional. As validações solicitadas para a continuação dos estudos de pós-graduação em saúde são provisórias e são concedidas apenas para a realização de práticas médicas hospitalares. Por outro lado, as validações para o exercício profissional são definitivas e, de acordo com o acordo bilateral com cada país, seu procedimento pode ser direto ou indireto. Neste último caso, um comitê de especialistas é que realiza a avaliação do plano de estudos, por semelhança com as obrigações acadêmicas de uma universidade pública na Argentina.

Para ambos os casos, eles devem enviar a seguinte documentação em formato digital, nos termos da Resolução ministerial n. 3.720/2017: documento de identidade nacional do país de origem e que incluído nos trabalhos acadêmicos; DNI argentino; documentação com a certificação do Ministério da Educação do país de origem; diploma acadêmico; certificado de qualificações; certificado de carga horária em horas-relógio (nos casos em que não é expresso em horas-relógio, deve ser apresentado um certificado especificando a equivalência da unidade acadêmica de medição); comprovante do estágio; certificado de acadêmico pertencente a programas de bolsas de estudo (somente para cidadãos argentinos que fizeram seus estudos de graduação em Cuba); diploma de provisão nacional (somente para o caso da Bolívia).

Existem as convalidações para exercício profissional ou para continuidade dos estudos (Figura 2).



Fonte: Cepedisa, Modelos regulatórios do MERCOSUL, 2018.

**Figura 2.** Tipos de convalidações para exercício profissional ou para continuidade dos estudos

Uma vez que a revalidação ou validação tenha sido realizada, os profissionais devem obter o registro profissional que lhes permite exercer a profissão (Ministério da Saúde da Nação e/ou locais indicados por cada jurisdição).

## 2. Eixo exercício profissional

No contexto do modelo federalista, as 24 províncias delegam competências ao Governo Federal, nos termos do art. 121 da Constituição da Nação Argentina: “*Artículo 121. Las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno federal, e el que expresamente se hayan reservado por actos especiales al tiempo de su incorporación*”.

Nesse contexto federado, a regulamentação do exercício das profissões, incluindo as profissões da saúde, faz parte dos poderes não delegados à Nação. Logo, é uma questão de regulamentação das províncias.

A Argentina é um país baseado no modelo federativo, com peculiaridades em relação ao nosso modelo de federalismo. O federalismo argentino estabelece



que as províncias recebam, por delegação constitucional, nos termos do art. 5º da Constituição de 1994, atribuições regulatórias, fortalecendo, assim, o modelo de federalismo. Assim, as províncias são consideradas autônomas e independentes, que formam um todo que valida o modelo de governo central e federal.

A dimensão jurisdicional é a capacidade legislativa no campo da produção do marco legal de cada província. Na Argentina, a produção de legislação no âmbito nacional é mais restrita, deixa maior espaço para as províncias legislarem. Sendo assim, considerando a estrutura do federalismo argentino, observa-se que as províncias são unidades autônomas da federação com capacidade de expedir normas<sup>11</sup>.

Existem 24 jurisdições autônomas (províncias) nas quais as matérias atinentes à saúde e à educação são competências das províncias e não do Estado Nacional. Ou seja, temos o Ministério Nacional da Saúde e 24 Ministérios Provinciais. O poder de polícia e o poder da regulamentação são competências das províncias<sup>12</sup>.

Na Argentina, a responsabilidade pelo registro/matricula e autorização para o exercício das profissões da saúde é praticado federalmente pelos ministérios provinciais da saúde ou pelos chamados Colégios de Lei. Isso é instrumentalizado via poder delegado concedido pelo Poder Legislativo de cada província.

No caso dos técnicos de saúde, a autoridade sanitária provincial é responsável pela regulação e pela fiscalização. Nas províncias, os técnicos se matriculam em um Colégio de Lei da sua respectiva “classe”. As províncias que têm colégios para os técnicos são as seguintes: Misiones, Salta, Santa Fe, Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos e La Rio. Esses colégios referem-se somente a algumas das profissões técnicas de saúde, quais sejam: enfermagem, técnico ótico e técnico em prótese dental.

As instituições responsáveis pela regulação dos profissionais de saúde são os Colégios de Lei ou colégios, Ministérios Provinciais e o Ministério da Saúde ou do Desenvolvimento Social.

Os colégios não são uniformes no país: nem todas as províncias delegaram aos colégios a responsabilidade pelo registro e pela matrícula dos profissionais de saúde<sup>13</sup>. Essa situação gera um verdadeiro mosaico na regulação.

---

<sup>11</sup> RODDEN, Jonathan. Federalismo e Descentralização em Perspectiva Comparada: sobre significados e medidas. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, v. 24, n. 9, p. 9-27, jun. 2005.

<sup>12</sup> DURÉ, Isabel. La situación de Argentina. In: STAUFFER, A. B.; CORBO, A. A. (Org.) *Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014.

<sup>13</sup> Id. *Ibid*.

As consequências desse mosaico são a habilitação para o exercício profissional não é uniforme na Argentina, pois existem profissões que são reconhecidas só em algumas jurisdições, em outras não; existem diversas possibilidades de matrículas para o exercício de uma mesma profissão (exemplo: profissionais de enfermagem, em algumas jurisdições, outorgam-se registros de enfermeiro com nível universitário, em outras, enfermeiro profissional ou enfermeiro); as modalidades de matrícula não são homogêneas no país, nem nos Ministérios e nem nos Colégios<sup>14</sup>.

A regulação do exercício profissional é realizada de modo descentralizado na Argentina, visto que cada província tem autonomia para legislar sobre a matéria. A regulação é feita mediante lei provincial. As entidades relacionadas às profissões de saúde são os colégios, os conselhos e a federação (essa última, sem legislação, trata-se de organização de entidades). Cada colégio ou conselho é criado mediante lei ou resolução (via de regra, lei; exceção resolução). As legislações são seguidas, muitas vezes, de decretos regulamentadores. As legislações fazem alusão à matrícula, a competências profissionais, à matrícula do profissional, aos pagamentos à entidade, às questões relacionadas à publicidade e propaganda, bem como aos códigos de ética inseridos na legislação mencionando deveres do profissional e direitos dos pacientes, ao poder disciplinar e tribunal de ética, além de às penalidades do tipo pecuniária ou suspensão do profissional por prazo determinado.

Cada colégio ou conselho tem legislação própria, elaborada pelo Poder Legislativo e/ou Executivo provincial. Essa legislação faz alusão às questões referentes à matrícula, aos deveres do profissional, ao código de ética, ao regime de suspensão/cassação de registro profissional.

Para os bioquímicos, por exemplo, as legislações fazem alusão à multa, à suspensão de até um ano como regra geral para o exercício profissional ou ao cancelamento da matrícula. A suspensão pode ser requerida, no caso da enfermagem, pelo próprio interessado, ou seja, não se trata somente de sanção, mas, sim, de direito do profissional ou, ainda, quando o título ou o certificado habilitante foi anulado ou quando o colégio sancionar com a inabilidade definitiva. Algumas leis, como é o caso da lei dos farmacêuticos, menciona a suspensão parcial ou total, mediante advertências. Pode-se ter a suspensão por até 60 dias ou a expulsão. Para os fisioterapeutas, o não pagamento das contribuições pode ensejar suspensão.

---

<sup>14</sup> WILLIAMS, Guillermo; PEREIRA, Juan Lucas. Regulación del ejercicio profesional en salud en Argentina. In: CADILE, M. del Carmen; DURÉ, M. Isabel; WILLIAMS, Guillermo (Coord.). *La construcción de la matriz mínima de datos de profesionales de la salud del Mercosur desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil e Uruguay*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano e Salud Ocupacional, 2015.

No que tange à possibilidade de revisão judicial de cassação de registro profissional nos Estados-partes e identificação de exemplos empíricos, destaca-se que durante a pesquisa não se identificou nenhum caso, nem nas pesquisas e tampouco nas reuniões realizadas na missão de pesquisa.

## Considerações finais

O Mercosul representa a proposta de integração latino-americana no contexto da década de 90, que se caracteriza pela transnacionalização político-econômica mundial, com a formação de blocos regionais. Como o objetivo final do acordo é o mercado comum, a partir do ano 2006, esta forma de integração implicou a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos - incluídos aí a livre circulação de trabalhadores. A migração de recursos humanos em saúde implica, na prática, enfrentar questões tais como: as políticas de migração; a formação e utilização dos profissionais (e suas repercussões no sistema formador e prestador dos serviços de saúde); a equiparação curricular; e a regulamentação e o controle profissional.

Na Argentina, a regulação da formação, do exercício profissional e as políticas de recursos humanos da força de trabalho em saúde estão inseridas num ambiente altamente complexo. As universidades apresentam autonomia para criação das carreiras, delimitação dos currículos e definição das competências profissionais. Para fins de tentativa de padronização de conteúdos mínimos, há o CONEAU.

O sistema normativo que regula o exercício da atividade dos profissionais de saúde estrutura-se basicamente em torno da Lei 17.132/1967 e dos decretos que a regulamentam, no entanto, cada jurisdição legisla sobre cada uma das nove profissões de saúde (aquelas inseridas no contexto da matriz mínima do Mercosul), em função da competência constitucional e da forma de Estado.

No tocante à formação, destaca-se que os diplomas são expedidos pelas Universidades e o registro profissional é outorgado, no âmbito da Capital Federal, pela *Dirección Nacional de Control del Ejercicio Profesional y de las Especialidades Médicas*. Nas províncias existem colégios profissionais para efetuar o registro e a fiscalização. Em algumas províncias, os responsáveis pelo registro são órgãos subordinados ao Ministério da Saúde da jurisdição. Os colegiados profissionais são os órgãos responsáveis pela ética e a deontologia do exercício profissional. Trata-se, pois, de um sistema altamente completo e descentralizado.

## Referências

- ALVAREZ, Julio. La autonomía universitaria e el recurso de alzada en las universidades nacionales. In: GARCÍA, Jorge Sarmiento (coord.). *Protección jurídica del Administrado*. Buenos Aires: Ediciones Ciudad Argentina, 1996.
- BELMARTINO, S. El sistema de servicios de salud en Argentina. In: GONZÁLEZ-PÉREZ, G. J.; VEGA-LÓPEZ, M. G.; ROMERO-VALLE, S. (coord). *Los sistemas de salud en Iberoamérica de cara al siglo XXI*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 2004, p. 11-32.
- CHIROLEU, A. Políticas de educación superior en Argentina e Brasil: de los '90 e sus continuidades. *Revista SAAP*, Buenos Aires, v. 2, n. 3, 2006.
- DURÉ, Isabel. La situación de Argentina. In: STAUFFER, A. B.; CORBO, A. A. (Org.) *Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014.
- MOLINA, Marcela S. La autonomía institucional e académica de las universidades nacionales. Evolución conceptual en la legislación e jurisprudencia argentina, *Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES)*, México, UNAM-IISUE/Universia, v. V, n. 13, p. 66-89, 2014. Disponível em: <<http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/327>>.
- RODDEN, Jonathan. Federalismo e Descentralização em Perspectiva Comparada: sobre significados e medidas. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, v. 24, n. 9, p. 9-27, jun. 2005.
- WILLIAMS, Guillermo; PEREIRA, Juan Lucas. Regulación del ejercicio profesional en salud en Argentina. In: CADILE, M. del Carmen; DURÉ, M. Isabel; WILLIAMS, Guillermo (Coord.). *La construcción de la matriz mínima de datos de profesionales de la salud del Mercosur desde sus inicios hasta el 2014 en Argentina, Brasil e Uruguai*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Capital Humano e Salud Ocupacional, 2015.

# **Paraguai: regulação da formação e do exercício profissional dos profissionais de saúde**

Paraguay: Regulation on training and professional exercise of health workforce

---

Jameson Vinícius Martins da Silva<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

## Introdução

A República do Paraguai se constitui como Estado unitário, conforme estabelecido no art. 1º na Constituição de 1992<sup>1</sup>, dividido administrativamente em 17 departamentos, repartidos, por sua vez, em distritos. Possui uma população de 6.755.756 habitantes, dos quais 30% são menores de 15 anos<sup>2</sup>. O direito à saúde também está contemplado pela Constituição, especificamente em seus artigos 6º, 7º, 68, 69 e 70. O art. 68 estabelece o direito à saúde nos seguintes termos:

*Artículo 68 - DEL DERECHO A LA SALUD:*

*El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.*

Outros artigos da Constituição (6º, *De la Calidad de Vida*; e 7º, *Del Derecho a un Ambiente Saludable*) aproximam o escopo do direito à saúde a questões de fundo social e econômico. O Código Sanitário (Lei n. 836/1980)<sup>3</sup> atribuiu as competências de regulação e prestação de serviços de saúde ao Ministério da Saúde Pública e do Bem-Estar Social (MSPBS), inclusive no que se refere à regulação das profissões de saúde. Nesse sentido, pode-se afirmar que, em linhas gerais, o modelo regulatório das profissões de saúde do país apresenta um grau elevado de centralização, em torno do MSPBS, embora as competências se repartam entre outras instituições em aspectos específicos da formação dos profissionais de saúde.

Mais tarde, a Lei n. 1032/1996, *Del Sistema de Salud del Paraguay* estabeleceu as finalidades e a organização do Sistema Nacional de Saúde, que compreende os setores público (que atende a cerca de 95% da população, com papel central do MSPBS), privado (composto por entidades sem fins lucrativos e cooperativas) e misto (*Cruz Roja Paraguaya*). Trata-se de um sistema segmentado, que desde

<sup>1</sup> PARAGUAY. *Constitución de la República de Paraguay, 1992*. Base de Datos Políticos de Las Américas Disponível em: <[https://www.oas.org/juridico/mla/sp/pry/sp\\_pry-int-text-const.pdf](https://www.oas.org/juridico/mla/sp/pry/sp_pry-int-text-const.pdf)>.

<sup>2</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -- OMS. *Indicadores Básicos de Salud en Paraguay*, 2016.

<sup>3</sup> PARAGUAY. *Lei n. 836 - Código Sanitário*. (19 de maio de 1980). Disponível em: <[https://www.who.int/fctc/reporting/Paraguay\\_annex8\\_health\\_act.pdf](https://www.who.int/fctc/reporting/Paraguay_annex8_health_act.pdf)>.

2008 se orientou a um sistema baseado na atenção primária de saúde<sup>45</sup>. Estima-se que até 2015, havia uma rede composta por 795 unidades de saúde da família (USF) em todo o território do país, que representam a porta de entrada ao sistema. Cada uma das USF atende a uma população adscrita territorialmente de 3,5 mil a 5 mil pessoas.

A Lei n. 1032/1996 também instaurou mecanismos de participação social no sistema por meio dos conselhos de saúde, nos níveis nacional, regional e local, constituídos por autoridades sanitárias, organizações sociais (de profissionais de saúde, por exemplo), usuários e prestadores de serviço. Houve iniciativas ainda incipientes de participação mais capilarizada, como os “Aty Comunitarios”. De acordo com representantes do MSPBS consultados, os conselhos de saúde de nível nacional não tem se reunido com muita frequência nos últimos anos, enquanto os “Aty” se concentram em regiões com mais remotas do país e têm servido como vocalizadores de demandas por mais recursos para a saúde de sua população.

## Metodologia

A coleta de informações sobre as normas e instituições referentes às profissões de saúde estruturou-se em dois eixos principais: o de formação e o de exercício profissional. Para cada um deles, identificaram-se as instituições intervenientes, suas competências previstas legalmente e a legislação produzida por cada uma delas, concernentes pelo menos às nove profissões ou às carreiras em saúde de uma forma mais ampla. Além disso, investigou-se como essas diferentes instituições, competências e legislações se relacionam entre si.

Em termos metodológicos, a pesquisa consistiu nas seguintes etapas: (i) a definição dos contornos do modelo regulatório a partir de informações de acesso público disponíveis em meios virtuais; (ii) revisão bibliográfica exploratória, que visava reunir trabalhos precedentes nesta temática, com atenção específica ao caso paraguaio; e (iii) pesquisa normativa e documental para o levantamento das normas jurídicas vigentes que regulam a graduação e a pós-graduação referentes às nove profissões da Matriz Mínima, além de profissões técnicas de nível médio (radiologia, análises clínicas e enfermagem); de modo concomitante, buscou-se as normas vigentes para o exercício profissional dessas mesmas profissões, atentando-se em particular ao regime de registro profissional e disciplinar.

---

<sup>4</sup>ALUM, Julia Noemí; BEJARANO, María Stella. Sistema de Salud del Paraguay. *Rev. Salud Pública del Paraguay*, v. 1, n. 1, p. 13-25, 2011.

<sup>5</sup>Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud – ISAGS. *Sistemas de Salud en América del Sur*, 2012.

Numa fase posterior, realizou-se uma missão de pesquisa, em Assunção, entre os dias 23 e 27 de abril de 2018, durante a qual se estabeleceu contato com representantes de diversas instituições intervenientes: MSPBS, Agência Nacional de Avaliação e Acreditação da Educação Superior (ANEAES), Instituto Nacional de Saúde (INS), Associação Latino-Americana de Medicina Social e Saúde Coletiva (ALAMES), Sociedade Paraguaia de Psicologia e Associação Paraguaia de Cinesiologia e Fisioterapia. A consulta a essas instituições e o diálogo contínuo com seus representantes foram importantes para estabelecer um quadro mais completo e consistente das dinâmicas institucionais que concernem à regulação das profissões de saúde no Paraguai, descritas mais adiante.

## Resultados

### I Eixo formação

#### I Instituições

São várias as instituições envolvidas com a regulação da formação de profissionais de saúde no Paraguai (Quadro 1).

**Quadro 1.** Instituições implicadas na regulação da formação de profissionais de saúde no Paraguai e suas respectivas competências

Instituição	Competências
Congresso da Nação Paraguaia	Legislar sobre criação e competências do MSPBS e demais órgãos reguladores em saúde (art. 202 da Constituição de 1992)
Ministério da Saúde Pública e do Bem-Estar Social (MSPBS)	Fomentar a participação ativa da comunidade na formação e capacitação do pessoal de saúde (art. 213, Código Sanitário)
Ministério da Educação e Ciência (MEC)	Regulamentar o reconhecimento, homologação ou convalidação dos títulos obtidos no país e no exterior (art. 122 da Lei n. 1264/1998 – Lei Geral da Educação)
Agência Nacional de Avaliação e Acreditação da Educação Superior (ANEAES)	Avaliar e, em seu caso, acreditar a qualidade acadêmica das instituições de ensino superior que se submetam a seu escrutínio e produzir relatórios técnicos sobre os requisitos acadêmicos das carreiras e instituições de ensino superior (art. 1º, Lei n. 2072/2003, de criação da ANEAES)
Conselho Nacional de Educação Superior (CONES)	Determinar sobre a abertura e fechamento de universidades / Estabelecer critérios acadêmicos e técnicos básicos dos currículos (art. 9º Lei n. 4995/2013, Lei da Educação Superior)
Instituto Nacional de Saúde (INS)	Oferecer o mestrado em saúde pública; regular, por meio da Comissão Nacional de Residências Médicas (CONAREM), a admissão e prática de residência médica

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.



## 2 Legislação

Da mesma forma, são várias as legislações que tratam da regulação da formação de profissionais de saúde no Paraguai (Quadro 2).

**Quadro 2.** Instituições implicadas na regulação da formação de profissionais de saúde no Paraguai e suas respectivas legislações

Instituição	Legislação
Congresso da Nação Paraguuaia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lei n. 836/1980 – Código Sanitário</li> <li>• Lei n. 136/1993 – Lei das universidades</li> <li>• Lei n. 1032/1996 – Sistema de Saúde do Paraguai</li> <li>• Lei n. 2072/2003 – ANEAES</li> <li>• Lei n. 2385/2004, que reconhece o Instituto Nacional de Saúde (INS), como Instituto Superior de Formação de Recursos Humanos e Pesquisa da Área de Saúde</li> <li>• Lei n. 2529/2006 – Ley Marcos)</li> <li>• Lei n. 3973/2010</li> <li>• Lei n. 4995/2013 – Lei da Educação Superior</li> </ul>
Ministério da Saúde Pública e do Bem-Estar Social (MSPBS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução n. 1104, de 20 de setembro de 2004, pela qual se cria a Comissão Nacional de Residências Médicas (CONAREM)</li> <li>• Resolução n. 0296, de 27 de junho de 2017, pela qual se aprovam os formatos de Convênios de Cooperação Interinstitucional entre o MSPBS e as Instituições formadoras privadas e públicas</li> </ul>
Ministério da Educação e Ciência (MEC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução n. 5867, de 29 de março de 2017, pela qual se aprovam os requisitos e procedimentos para a homologação de títulos de graduação outorgados por instituições de educação superior no exterior</li> </ul>
Agência Nacional de Avaliação e Acreditação da Educação Superior (ANEAES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução n. 195, 27 de junho de 2016, pela qual se regulamenta o art. 2º da Lei n. 2072/2003</li> </ul>
Conselho Nacional de Educação Superior (CONES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução n. 166, de 22 de outubro de 2015, que regulamenta a Lei 4995/2013 de Educação Superior</li> <li>• Resolução n. 622, de 27 de outubro de 2017, que regulamenta os processos de convalidação nos níveis médio, de graduação e pós-graduação</li> </ul>

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

## 3 Dinâmicas institucionais

O MSPBS é considerado o órgão regulador em tudo o que se refere à saúde, e concentra a oferta de serviços públicos de saúde para 25% da população do país<sup>6</sup>. No que se refere à regulação de recursos humanos em saúde, a Lei n. 836/1980 (Código Sanitário) dispõe:

<sup>6</sup>Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud – ISAGS. op. cit.

Art. 212: O Ministério manterá um sistema permanente de registro de recursos humanos para a saúde, devendo exigir a atualização periódica de seus conhecimentos profissionais, na forma que determine a regulamentação do presente Código.

[...]

Artigo 216: O Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social regulamentará o exercício legal das profissões em Ciências da Saúde. (Tradução nossa)

Apesar de possuir tais competências previstas em lei e empregar a maior parte da mão-de-obra de profissionais de saúde no país<sup>7</sup>, MSPBS não participa diretamente no processo de formação de recursos humanos em saúde. Entre 1993 e 2006, teve vigência a Lei n. 136/1993 – Lei das Universidades, cujo art. 5º determinava que as Universidades e Institutos Superiores possuíam autonomia para sua fundação e a criação de carreiras, com a prévia autorização do chamado Conselho de Universidades. Este último consistia em um órgão colegiado de reitores e representantes de universidades públicas e privadas, que deveria emitir um parecer de adequação dessas instituições formadoras a determinados requisitos, a fim de que o Congresso autorizasse seu funcionamento.

O Poder Legislativo modificou drasticamente o conteúdo da Lei de Universidades, por meio da Lei n. 2529/06, que retirou o papel central de chancela que possuía o Conselho de Universidades para a abertura e autorização de funcionamento de novas universidades e carreiras. Em seu art. 4º, a Lei n. 2529/2006 tornou o parecer do Conselho não vinculante à aprovação da abertura de novos cursos, o que teria provocado uma proliferação acelerada de aberturas das chamadas universidades e carreiras “*garaje*”, sem qualquer controle oficial sobre sua viabilidade e qualidade formadora. A lei passou a ser conhecida popularmente como “Ley Marcos”, em alusão ao nome de um de seus propulsores no Congresso, o então senador Juan Manuel Marcos, proprietário de um dos maiores grupos privados de educação superior do país, a *Universidad del Norte*.

Este quadro se modificou apenas quatro anos mais tarde, pela aprovação da Lei n. 3973/2010, que na prática restabeleceu as funções do Conselho de Universidades e anulou os efeitos da Ley Marcos. Mais adiante, a Lei n. 4995/2013 – Lei da Educação Superior – atribuiu ainda mais capacidade reguladora sobre a oferta de cursos superiores ao Conselho Nacional de Educação Superior (CONES), cuja composição segue os mesmos princípios do antigo Conselho de Universidades. A exemplo deste, o CONES deve emitir parecer favorável e vin-

---

<sup>7</sup>ALUM, Julia Noemí; BEJARANO, María Stella. op. cit.

culante ao funcionamento das universidades, que somente assim obtêm autorização do Congresso para sua criação. A Lei n. 4995/2013 e resoluções posteriores emitidas pelo próprio CONES preveem a intervenção sobre instituições formadoras que não cumpram os requisitos para a oferta de cursos superiores estabelecidos pela lei.

Por meio da Resolução n. 166/2015, o CONES também estabeleceu critérios específicos para o funcionamento de universidades formadoras de recursos humanos em saúde, como a necessidade de que as instituições mantenham docentes com experiência mínima de cinco anos no exercício de suas disciplinas, que estes docentes realizem no máximo 40 horas semanais de atividades em uma mesma unidade acadêmica e que as instituições contem com centros de práticas, estágios e residências devidamente autorizados (arts. 18, 19 e 20).

As novas competências atribuídas ao CONES lhe permitiram proceder pelo fechamento de diversas instituições formadoras nos últimos anos, gerando a judicialização da questão da oferta de cursos que não teriam se ajustado às normativas mais recentes, sobretudo aqueles estabelecidos no período de vigência da Ley Marcos<sup>8</sup>.

Ao mesmo tempo, as instituições formadoras também devem se submeter aos processos de avaliação da ANEAES, agência criada pela Lei n. 2072/2003, dentro dos quadros do Ministério de Educação e Ciência (MEC). A ANEAES possui a competência de avaliar e ratificar o cumprimento de determinados critérios sobre a qualidade formadora das instituições, pese a não poder determinar o fechamento ou interrupção das atividades destas últimas, em caso de avaliações negativas. No que se refere particularmente aos cursos de graduação em ciências da saúde, a ANEAES emitiu a Resolução n. 195, de 27 junho de 2016, pela qual se estabeleceu a obrigatoriedade da avaliação de cursos pela Agência, com fins de acreditação, pelo menos de todas as carreiras compreendidas pela Matriz Mínima de profissionais de saúde do Mercosul.

A sucessão de legislações contraditórias descrita acima induziu a uma série de disfunções no que concerne aos recursos humanos em saúde paraguaios: a proliferação de universidades que não cumprem com requisitos mínimos de qualidade de formação, ausência de mecanismos de controle, posto que sua acreditação não é obrigatória, o baixo rendimento dos profissionais formados e a discrepância entre seu perfil e o mercado profissional e as políticas públicas.

---

<sup>8</sup>A Sala Constitucional da Corte Suprema de Justicia do Paraguai concedeu medida cautelar a seis universidades sobre as quais o CONES havia intervindo, em abril de 2017, sob o argumento de que a Resolução n. 166 feria a autonomia universitária garantida pelo art. 79 da Constituição de 1992.

A fim de mitigar esses efeitos, o MSPBS realiza, desde 2009, por intermédio da Direção Nacional Estratégica de Recursos Humanos em Saúde (DNERHS), uma série de ações para a regulamentação, mesmo que incipiente, da formação de recursos humanos em saúde no país. Entre essas ações destaca-se o estabelecimento de um formato único para o Convênio de Cooperação Interinstitucional, por meio dos quais se regulam, entre o MEC e as instituições formadoras, as atividades docentes e a adequação dos conteúdos dos programas em relação às políticas públicas. O desdobramento mais recente dessa normativa foi a aprovação em junho de 2017 de um formato unificado de convênio, que estabelece as obrigações do MSPBS e da instituição formadora em termos de seu ajustamento às normas (Resolução n. 296). Até 2017, 42 instituições formadoras, aproximadamente um terço do total, haviam firmado convênio com o MSPBS.

No mesmo sentido, os convênios também vinculam as instituições formadoras ao cumprimento de uma série de critérios que determinam sua acreditação junto à ANEAES. Por tratar-se de um esforço de controle institucional ainda recente, o quadro geral ainda é de baixo nível de regulamentação da formação em saúde. Segundo os dados disponíveis pela ANEAES, no momento 20 das faculdades de enfermagem, 10 das faculdades de medicina e 11 das faculdades de odontologia possuem acreditação da ANEAES dentro do modelo nacional. Ainda segundo a agência, apenas dois cursos de Enfermagem possuem acreditação vigente pelo sistema ARCU-SUR no Paraguai, embora outros seis cursos da área de ciências da saúde já tenham tido esse status até 2017<sup>9</sup>.

Em relação aos profissionais de nível técnico, sua formação é ofertada pelos Institutos Técnicos Superiores, que dependem da Direção Geral de Educação Superior (DGES) do MEC. A Direção de Institutos Técnicos Superiores, que integra a DGES, é a instância reguladora da abertura e oferta formadora desses institutos. Até a entrada em vigor da Lei da Educação Superior, o INS possuía um maior protagonismo em relação à formação de técnicos, já que controlava o processo de admissão, avaliação e registro de alunos, em convênio com o MEC. A lei modificou retirou tais competências do INS e as reservou completamente à DGES/MEC.

#### **4 Homologação de títulos e revalidação de estudos**

Quanto à homologação de títulos, o MEC estabeleceu, por meio da Resolução n. 5867, de 29 de março de 2017, os requisitos e procedimentos para a homologa-

---

<sup>9</sup>AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR – ANEAES. Disponível em: <<http://www.aneaes.gov.py/v2/carreras-acreditadas/sistema-arcu>>. Acesso em: 28 maio 2018.

ção de títulos de graduação outorgados por instituições de ensino superior no exterior. A resolução determina os prazos e responsabilidades das instâncias intervenientes no processo de homologação. O processo consiste nas seguintes etapas:

(i) solicitação de homologação por parte do interessado, em que o solicitante apresenta ao MEC uma série de documentos, designados no art. 3º, para o início do trâmite, mediante pagamento de taxas administrativas (Anexo II da resolução);

(ii) remissão dos documentos a uma instituição de ensino superior (IES) ou a comissão *ad hoc* para que esta emita um parecer técnico-acadêmico. A IES designada para o parecer deverá estar habilitada previamente para esse procedimento, possuir no mínimo cinco turmas de egressos na carreira do solicitante e o reconhecimento da ANEAES da carreira de graduação no modelo nacional ou no sistema ARCU-SUR, além de não estar sob intervenção do CONES (Art. 4º);

(iii) emissão do parecer técnico-acadêmico, baseado no contraste dos conteúdos curriculares, em que as equivalências devem alcançar no mínimo 70% do conteúdo das disciplinas básicas e profissionais. Caso não se obtenha essa porcentagem, a IES ou comissão *ad hoc* pode aplicar ao solicitante um exame de competências, desde que as equivalências atinjam 50% dos conteúdos curriculares (art. 6º);

(iv) remissão ao MEC do parecer técnico-acadêmico da IES ou da comissão *ad hoc* no prazo de até 18 dias úteis (art. 7º);

(v) emissão de resolução pelo Vice-Ministério de Educação Superior e Ciências, no prazo de 30 dias úteis (art. 8º); e

(vi) registro do título estrangeiro original pela Direção de Verificação e Registro de Títulos do Vice-Ministério de Educação Superior e Ciências, no prazo de até 30 dias úteis (art. 9º).

No que tange à convalidação de disciplinas, a Resolução n. 622, de 27 de outubro de 2017 do CONES, regulamenta os processos de convalidação nos níveis médio, graduação e pós-graduação de disciplinas cursadas por alunos de universidades nacionais e estrangeiras, públicas ou privadas. Segundo a resolução, no que se refere à área de ciências da saúde, os processos de convalidação não devem superar 50% da quantidade de disciplinas aprovadas do plano curricular, tanto na graduação (art. 5º) quanto na pós-graduação (art. 8º). Ainda no caso das carreiras de saúde, a convalidação implica também a emissão de um parecer acadêmico prévio e específico do docente da disciplina a ser convalidada (art.10º).

## II Eixo: exercício profissional

### I Instituições

São várias as instituições envolvidas com a regulação do exercício profissional de profissionais de saúde no Paraguai (Quadro 3).

**Quadro 3.** Instituições implicadas na regulação do exercício profissional de profissionais de saúde no Paraguai e suas respectivas competências

Instituições	Competências
Congresso da Nação Paraguaia	Legislar sobre competências do MSPBS e o exercício profissional
Ministério da Saúde Pública e do Bem-Estar Social (MSPBS)	Regulamentar o exercício legal das profissões de saúde (art. 216 do Código Sanitário) Manter um sistema permanente de registro de RHS (art. 212 do Código Sanitário)
Círculo Paraguaio de Médicos	Capacidade de emitir a certificação de especialidades médicas e sua renovação
Círculo de Odontólogos do Paraguai	Capacidade de emitir a certificação de especialidades odontológicas e sua renovação

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

### 2 Legislação

São várias as instituições envolvidas com a regulação do exercício profissional de profissionais de saúde no Paraguai (Quadro 4).

**Quadro 4.** Instituições implicadas na regulação do exercício profissional de profissionais de saúde no Paraguai e suas respectivas legislações

Instituições	Legislação
Congresso da República Paraguaia	Constituição de 1992 (art. 202, “Dos Deveres e Atribuições do Poder Legislativo”) Lei n. 3206/2007, que regula o exercício da enfermagem Lei n. 3.174, que regula o exercício da profissão dos licenciados em nutrição Lei n. 5986/2017, que regula o exercício da bioquímica Projeto de Lei do exercício profissional da psicologia no Paraguai Projeto de lei do exercício da fisioterapia-cinesiologia

Continua

Continuação: **Quadro 4.** Instituições implicadas na regulação do exercício profissional de profissionais de saúde no Paraguai e suas respectivas legislações

Instituições	Legislação
Ministério da Saúde Pública e do Bem-Estar Social (MSPBS)	Resolução n. 800/2016, sobre o registro de profissionais e sua renovação, formados no país ou no exterior (arts. 3º, 4º, 5º) Resolução n. 266/2017, pela qual se estabelece o regulamento para o registro e habilitação dos profissionais em ciências da saúde, com precisões sobre as pós-graduações na área da saúde Resolução n. 877/2015, pela qual se estabelece o catálogo de profissões em saúde do MSPBS Convênio de Cooperação entre o MSPBS e o Círculo Paraguaio de Médicos, de 05 de novembro de 2008, em matéria de controle do exercício profissional das especialidades médicas Convênio de Cooperação entre o MSPBS e o Círculo de Odontólogos do Paraguai, de 05 de agosto de 2010, em matéria de controle do exercício profissional das especialidades odontológicas

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

### 3 Registro e habilitação de profissionais no nível de graduação

De acordo com a Resolução n. 800/2016, do MSPBS, a mais recente legislação a respeito do registro de profissionais de saúde no Paraguai, uma vez egressos dos centros de formação superior, os profissionais devem obter da Direção de Registros e Controle dos Profissionais da Saúde (dentro da DNERHS) o registro e a habilitação para o exercício profissional. Para tanto, a Resolução estabelece, para **profissionais formados no país ou no exterior**, uma documentação específica, tal como se estabelecem os arts. 3º, 4º e 5º:

Art. 3º. Os profissionais em ciências da saúde egressos das instituições formadoras do país e do exterior, habilitadas para sua formação, deverão apresentar na Direção de Registros e Controle dos Profissionais da Saúde, os seguintes documentos:

- a) formulário de inscrição estabelecido para o efeito, com caráter de declaração juramentada;
- b) título e certificado de estudos originais expedido pelas instituições formadoras, registrados e legalizados ante o MEC;
- c) fotocópia autenticada por escrivão público, do título e do certificado de estudos mencionados no inciso b) deste artigo;
- d) fotocópia do documento de identidade: cédula paraguaia ou passaporte paraguaio, autenticados por escrivão público;

e) certificado original de antecedentes judiciais. Os profissionais estrangeiros deverão apresentar, além disso, o outorgado em seu país de origem;

f) resolução de registro de títulos emitido pelo Vice-Ministério de Educação Superior.

Art. 4º. Os profissionais em ciências da saúde egressos no exterior deverão apresentar, além do estabelecido no artigo 3º, os seguintes documentos:

a) resolução do MEC de reconhecimento ou homologação do título, conforme as normativas legais vigentes;

b) constância original de antecedentes profissionais do Colégio respectivo ou do Ministério da Saúde ou outra instituição que regule o exercício das profissões de saúde do país de origem do título, em caso de exercício profissional no exterior;

c) certificado de residência permanente ou temporária, no caso de ser estrangeiro;

d) certificado expedido pelo Instituto Nacional de Saúde, de conclusão satisfatória do Programa de Estágio Rural.

Art. 5º. Todas as documentações mencionadas nos artigos 3º e 4º do presente regulamento, quando não estejam redigidas no idioma espanhol, deverão ser traduzidas por um tradutor matriculado ante a Corte Suprema de Justiça.

O art. 8º da Resolução n. 800/2016 determina outrossim que a habilitação para o exercício das profissões de saúde terá duração de cinco anos para os profissionais de nível universitário e de três anos para os de nível técnico e auxiliar. Ao fim de tais prazos, sem a solicitação de renovação da habilitação, os profissionais permanecem impedidos de exercer suas funções. Portanto, o registro de profissionais formados por universidades paraguaias ou do exterior consiste em um processo burocrático relativamente simples, que não impõe grandes obstáculos à atuação de profissionais não paraguaios no país. Segundo consultas a representantes do MSPBS, há uma preocupação maior em reter profissionais de saúde no país em vez de deter a entrada daqueles vindos de outros países. Por meio do registro obrigatório de profissionais, o MSPBS possui atualmente um cadastro dos profissionais de saúde atuantes no país, embora não disponha de um banco de dados dinâmico com essas informações.



No Quadro 5, listamos o número de profissionais registrados junto ao MSPBS, em 2017.

**Quadro 5.** Número de profissionais registrados junto ao MSPBS, em agosto de 2017

Categoria Profissional	Número de registros
Medicina	16.102
Odontologia	6.843
Enfermagem	25.563
Psicologia	5.533
Nutrição	3.274
Farmácia	2.568
Bioquímica	2.535
Fisioterapia/ Cinesioterapia	2.388
Fonoaudiologia	301
Técnicos em Enfermagem	12.352
Técnicos em Radiologia	3.805
Técnicos em Análises Clínicas	1.777

Fonte: MSPBS, agosto de 2017<sup>10</sup>

#### 4 Registro e habilitação de profissionais no nível de pós-graduação

Em junho de 2017, o MSPBS publicou a Resolução n. 266, que estabelece o regulamento para registro e habilitação de especialidades para profissionais de ciências da saúde. Entre outras medidas, a resolução determina que os profissionais que não tenham registrado e que não sejam habilitados na Direção de Registros do MSPBS não poderão se anunciar como especialistas e que, em caso de descumprimento das obrigações previstas no texto, serão sancionados de acordo com o Código Sanitário (Lei n. 835/1980).

Na página eletrônica do MSPBS<sup>11</sup>, constam os documentos que os profissionais devem apresentar para obter seu registro na Direção de Registros. São eles:

<sup>10</sup> MINISTERIO DE LA SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL – MSPBS. Disponível em: <<https://www.mspbs.gov.py/drcps/12818/listado-de-profesionales-de-la-salud.html>>. Acesso em: 20 maio 2018.

<sup>11</sup> MINISTERIO DE LA SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL – MSPBS. Disponível em: <<https://www.mspbs.gov.py/drcps/especialidades.html>>. Acesso em: 06 fev. 2018. (Tradução nossa).

- (i) formulário de inscrição, com caráter de declaração juramentada, disponível na Direção de Registros e Controle dos Profissionais da Saúde e na internet;
- (ii) duas fotos 2x2;
- (iii) título acadêmico original registrado e legalizado no MEC e fotocópia autenticada por escrivão;
- (iv) certificado de estudos original e fotocópia autenticada;
- (v) fotocópia autenticada da cédula de identidade paraguaia vigente ou passaporte paraguaio vigente;
- (vi) certificado original de antecedentes penais;
- (vii) certificado de especialista outorgado pelo Círculo Paraguaio de Médicos ou pelo Círculo de Odontólogos do Paraguai (para médicos e odontólogos); e
- (viii) taxa no valor de 65 mil guaranis e taxa de recertificação no valor de 90 mil guaranis.

É importante salientar que o item (vii) prevê a prerrogativa do círculos de médicos e de odontólogos de conceder aos profissionais a certificação de suas especialidades, o que condiciona seu registro junto ao MSPBS. As duas associações firmaram convênios em 2008 e 2010 que lhes atribuíam essa prerrogativa. De acordo com consultas feitas em Assunção, a exigência do registro nas associações não impede, na prática, o exercício profissional de médicos e odontólogos sem essa certificação. Os “círculos”, a propósito, não reconhecem facilmente os títulos de especialidades obtidos no exterior. Em termos de reconhecimento de títulos pelas autoridades educacionais, parece haver ainda baixíssima regulação, já que apenas cinco especializações (todas em pediatria clínica), possuem acreditação da ANEAES.

## 5 Regime disciplinar

O regime disciplinar de sanções aos profissionais de saúde no Paraguai está previsto no marco normativo mais amplo em matéria de saúde no país, a Lei n. 836/1980 (Código Sanitário). Dos arts. 214 a 226, o Código define o que é o profissional de saúde e atribui ao MSPBS a regulação de seu exercício profissional (art. 216). O art. 226 prevê que, sem prejuízo das medidas dispostas pelo MSPBS nos casos de exercício ilegal das profissões de saúde, os antecedentes serão remetidos à justiça ordinária, aos efeitos previstos na legislação penal.

No Livro VII do Código, arts. 299 a 323, estão dispostas as infrações, às sanções, os procedimentos e as prescrições em torno das violações das normas dispostas na lei, incluindo aquelas praticadas por profissionais de saúde.

Mais especificamente, o art. 307 dispõe que os profissionais licenciados, técnicos e auxiliares em ciências da saúde serão passíveis de suspensão por um prazo de seis meses ou de cancelamento de seu registro por um período não maior que três anos, quando da recusa de atendimento a um paciente ou seu abandono tendo estado sob seu cuidado; que por sua negligência sejam responsáveis pela morte ou incapacidade de um paciente; pela propagação de uma doença infecciosa que coloque em grave risco a saúde pública; pela emissão de certificados, análises, pareceres ou relatórios falsos e pela violação voluntária do segredo profissional.

O artigo 315, por sua vez, atribui ao MSPBS a aplicação das sanções previstas pelo Código, prévio sumário administrativo, em que “se dará intervenção ao suposto infrator, podendo assumir sua defesa pessoalmente ou mediante profissional advogado”. O art. 316 prevê que o suposto infrator deverá se apresentar e exercer sua defesa em um prazo de até 48 horas e que sua ausência acarretará uma resolução do MSPBS dentro de três dias. No caso de que se apresente o infrator, deve-se fixar uma audiência em que as partes serão escutadas e o Ministério expedirá resolução também ao cabo de três dias (art. 317); admite-se o recurso de reconsideração a esta resolução, que deve-se apresentar no prazo de cinco dias após notificação (art. 318).

O art. 319 dispõe que o recurso de reconsideração deverá ter resolução no prazo de três dias, da qual o afetado pode ainda recorrer, ante o Tribunal de Contas, no prazo de dez dias úteis, por via de contencioso administrativo. Por fim o art. 321 determina que as sanções estabelecidas pelo Código Sanitário prescreverão após dois anos, a contar do momento em que foram ditadas.

É importante assinalar, desse modo, que o Código Sanitário apresenta um regime disciplinar geral, sem prejuízo das medidas previstas pelo MSPBS, que adquire pela própria letra do Código um papel central na regulação do exercício profissional no campo da saúde. Às disposições do Código também se remetem as leis específicas das profissões de saúde, para aquelas carreiras que delas dispõem nesse momento, a saber, Enfermagem, odontologia, nutrição e bioquímica. Como se verá adiante, o quadro normativo entre as nove profissões de saúde ainda é bastante heterogêneo e, na sua maioria, as carreiras não dispõem de leis próprias de regulação de seu exercício.

### **III Regulação do exercício profissional por categoria profissional**

No Paraguai, observa-se um padrão heterogêneo de regulação do exercício profissional entre as nove carreiras do Marco Comum do Mercosul (medicina, odontologia, enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, farmácia, bioquímica e fonoaudiologia), definidas pela Resolução n. 07/2012, do Grupo Mercado Comum. Enquanto algumas já são reguladas por lei, como enfermagem, nutri-

ção e bioquímica, outras aguardam a admissão de projetos de lei no congresso, a fim de definir um marco legal da atividade profissional de suas respectivas áreas, como fisioterapia e psicologia. Coerentes à legislação vigente, tanto as leis já sancionadas como os projetos de lei em tramitação conferem ao MSPBS a competência sobre o registro, habilitação e regime disciplinar de cada uma das carreiras. Além disso, as associações profissionais de médicos e odontólogos firmaram acordos com o MSPBS para registrar as especialidades dentro de seu campo de atuação profissional sem, contudo, possuir uma legislação específica sobre os profissionais.

## **I Medicina**

Por meio de um convênio firmado em 20 de novembro de 2008 entre o Círculo Paraguaio de Médicos, entidade que representa os interesses das diversas especialidades médicas no Paraguai, e o MSPBS, o primeiro teria a seu cargo a certificação e recertificação de especialidades médicas, como parte dos requisitos para o exercício dessas atividades em todo o território nacional. Para tanto, o convênio estabelece que o círculo admitiria em seu conselho científico um representante do Ministério, provindo da Direção de Registros e Controle dos Profissionais da Saúde. De acordo com representantes do MSPBS, o convênio garantiria que as diferentes sociedades de especialistas, que compõem o círculo, teriam a competência técnica para outorgar ou não a certificação profissional. Efetivamente, cada uma delas estabeleceu seus próprios critérios para a obtenção da certificação.

Segundo consultas a profissionais médicos e instituições reguladoras, o convênio, no entanto, não impede o exercício de tais especialidades por parte de profissionais que não possuem a certificação do círculo, especialmente em regiões de menor densidade populacional do interior do país. Ainda assim, o círculo dispõe de uma lista de profissionais certificados, de modo a garantir a efetividade da certificação e dissuadir a atuação de profissionais não registrados. A Resolução n. 266, do MSPBS, ao prever a certificação do círculo como critérios para o registro de especialistas, segue o mesmo propósito regulador.

## **2 Odontologia**

O Decreto n. 22439, de 14 de agosto de 1998, da Presidência da República, pelo qual se regulamenta o exercício da odontologia em todo o território nacional, é a peça legislativa que define as obrigações e o regime disciplinar profissional dos odontólogos no Paraguai. O decreto estabelece que o exercício profissional está condicionado pela formação em instituição reconhecida e o registro profissional obtido junto ao MSPBS (art. 1º); determina-se também proibições à conduta dos profissionais (art. 4º) e remete-se ao Código Sanitário como referência legal do regime de sanções ao profissional (art. 6º).

Também o Círculo de Odontólogos do Paraguai firmou convênio com o MSPBS, em 05 de agosto de 2010. Por meio dele, o círculo se encarregaria da certificação e recertificação de especialidades odontológicas em todo o território. O convênio também prevê a integração de representantes do MSPBS ao conselho científico da categoria. A Resolução n. 266 do MSPBS também demanda a certificação do círculo para o registro de especialistas da área junto à Direção de Registros e Controle dos Profissionais da Saúde.

### **3 Enfermagem**

A legislação sobre o exercício profissional de enfermagem, a Lei n. 3206/2007, é o principal instrumento regulador da atividade profissional e estabelece a autoridade do MSPBS como órgão disciplinador da matéria, em termos do registro, habilitação e disciplina dos profissionais.

Entre os requisitos para o exercício profissional, estão a exigência do título de graduação, técnico ou auxiliar de enfermagem emitido por instituição reconhecida; o registro junto ao MSPBS e a homologação do título, se obtido em instituição de ensino no exterior (art. 7º). A lei também estabelece, em consonância com a Resolução n. 800/2016 do MSPBS, que o registro profissional se renove a cada cinco anos para os profissionais com educação superior e três anos para os técnicos e auxiliares (art. 13). O MSPBS está encarregado do regime disciplinar em resposta às infrações relacionadas ao exercício profissional, cujas sanções variam da advertência ao cancelamento do registro (art. 30). As sanções podem ser motivadas por condenação judicial que comporte inabilitação profissional; contravenção às disposições da Lei n. 3206/2007 ou por negligência, inaptidão manifesta ou omissões graves no cumprimento das funções (art. 32).

No que concerne as especialidades da área, o art. 10 estipula que apenas podem exercer como profissionais especialistas e como tal se anunciar aqueles que tenham realizado com sucesso alguma especialização, no país ou no exterior. Para tanto, as instituições de ensino emissoras dos títulos devem ser reconhecidas no país, por meio do processo de homologação. No país, atualmente são reconhecidas 17 especialidades em enfermagem, sendo: pediátrica, neonatal, saúde mental, saúde pública, oncologia, doenças infecciosas, geriatria, materno-infantil, epidemiológica, pesquisa e projetos, administração hospitalar, área crítica para adultos, área crítica para crianças, bioética, emergência e queimados.

### **4 Nutrição**

A Lei n. 3174/2007 regula a atividade dos profissionais de nutrição no Paraguai. O texto estabelece que a autoridade responsável pela aplicação da lei é o MSPBS, ao qual se atribui o registro e o regime disciplinar da profissão em todo o território.

Os requisitos fundamentais para o exercício da profissão são o título habilitador para o exercício profissional emitido por instituição formadora pública ou privada reconhecida, ou por instituição estrangeira mediante homologação do título; e o registro profissional obtido junto ao MSPBS. Os profissionais estrangeiros contratados por instituições públicas ou privadas para as atividades de pesquisa, assessoria ou docência poderão atuar pelo período previsto em contrato, mas sem autorização para atuação profissional como atividade privada, para a qual deverá adequar-se à legislação migratória (art 4º).

O art. 10 determina as proibições ao profissional de Nutrição, entre as quais constam o uso de medicamentos controlados, a publicidade enganosa ou a delegação de funções a profissional não habilitado, entre outros. Já o art. 11 atribui ao MSPBS a regulamentação do regime de sanções pelo incumprimento das prescrições do art. 10, que irão da multa à cassação do registro.

## **5 Psicologia**

Tramita desde dezembro de 2016 projeto de lei sobre o exercício da atividade profissional dos psicólogos no Paraguai, estimados em cerca de sete mil profissionais. O projeto de lei atribui, a exemplo de outras categorias profissionais de saúde, a competência do MSPBS para o registro e habilitação, além do detalhamento em regulamento posterior à promulgação da lei sobre o exercício da profissão.

O projeto é impulsionado sobretudo pela Sociedade Paraguaia de Psicologia (SPP), associação que congrega os profissionais do país em torno de pautas comuns. Os representantes da SPP têm demandado publicamente maior celeridade à tramitação do texto no Congresso Nacional e estimam em cerca de sete mil os profissionais com a formação no país. A SPP também promove oficinas de formação profissional, além de possuir um código de ética profissional (não vinculante juridicamente), que determina alguns princípios para a prática profissional, como o princípio do segredo profissional e o respeito à integridade psíquica de seus pacientes.

## **6 Fisioterapia**

A Resolução n. 30, de 23 de maio de 1980, estabeleceu também sob a competência do então denominado Ministério da Saúde Pública o reconhecimento e registro do profissional de fisioterapia. No entanto, mais recentemente, desde 2012, admitiu-se um projeto de lei que regula o exercício da profissão no Paraguai, que atualmente encontra-se sob exame em Comissão de Assuntos Legais e de Saúde do Senado.

A exemplo das demais leis sobre as profissões de saúde, especialmente a de Enfermagem, entre os requisitos para o exercício profissional em fisioterapia,

estão a exigência do título de graduação, técnico superior ou assistente em fisioterapia emitido por instituição reconhecida; o registro junto ao MSPBS e a homologação do título, se obtido em instituição de ensino no exterior (art. 8º). O projeto de lei não detalha o regime de sanções, embora reconheça a competência do MSPBS para a imposição de regime disciplinar da profissão.

## 7 Bioquímica

A Lei n. 5986/2017 foi aprovada pelo Congresso paraguaio em dezembro de 2017 e estabelece direitos e obrigações da categoria profissional dos bioquímicos, ao passo que atribui ao MSPBS os trâmites para o registro profissional e a competência da ANEAES dos critérios de reconhecimento das capacidades técnicas do profissional bioquímico. Entre as proibições estão o exercício profissional sem o devido registro e a violação dos limites do segredo profissional (art. 13). Embora de forma vaga, reconhece-se a especialidade em bioquímica mediante o reconhecimento de título de pós-graduação por parte da ANEAES.

## 8 Farmácia

A profissão ainda não possui uma lei que regule o exercício profissional de Farmácia, cujo título no Paraguai, como consta na Matriz Mínima do Mercosul, é o de farmacêutico ou químico-farmacêutico. A Associação de Químicos-Farmacêuticos do Paraguai adota um Guia Internacional para Boas Práticas de Farmácia da Federação Internacional de Farmácia, de caráter não vinculante.

## 9 Fonoaudiologia

Tampouco há uma regulação específica para o exercício profissional em fonoaudiologia. O primeiro grupo de licenciados só obteve sua graduação em 2010, pela *Universidad Autónoma del Paraguay Pierre Fauchard*. Além desta última, atualmente apenas outras duas universidades oferecem a formação universitária em fonoaudiologia: *Universidad Autónoma de Asunción* e *Universidad Católica Nuestra Señora de Asunción*. Em 2014, ofertou-se o primeiro curso de pós-graduação da área, o de especialista em logopedia, na *Universidad Privada Metropolitana de Asunción*. A Sociedade Paraguaia de Fonoaudiologia promove oficinas e eventos que congregam os profissionais da área no país.

## IV Políticas de recursos humanos em saúde

A preocupação com a gestão dos recursos humanos em saúde está presente em documentos oficiais do MSPBS, no sentido de harmonizar as necessidades do sistema de saúde do Paraguai com a formação e a oferta de profissionais de saúde. A Política Nacional de Saúde 2015-2030, lançada pelo Poder Executivo em agosto de 2015, anuncia entre suas estratégias o fortalecimento do “talento humano em saúde”, por meio de medidas como o desenvolvimento de um

plano integral de formação contínua de acordo com as prioridades da política, o alinhamento dos currículos de instituições formadoras com as necessidades do sistema de saúde e a implementação de um plano de ação para garantir a disponibilidade e distribuição territorial dos recursos humanos em saúde no país. Consultados a respeito desta política, representantes do MSPBS apontam o texto como mais declaratório do que determinante para as atividades da instituição, cujas ações dependem mais de decisões políticas do governo central e das possibilidades orçamentárias.

Em termos mais concretos, o MSPBS tem oferecido capacitações para médicos que trabalham em unidades de saúde da família sem a especialidade em medicina familiar, por meio de módulos virtuais ensino. Além disso, o MSPBS disponibiliza desde 2013 também uma plataforma de capacitação virtual (Aula Virtual de DNERHS), cujos conteúdos se concentram em temas dos programas mais específicos do ministério, como dengue, influenza e HIV.

Outro aspecto a se destacar da capacidade do MSPBS de induzir a formação de profissionais mais condizente com as demandas do sistema público de saúde é a exigência da chamada “*pasantía rural*”, ou estágio rural, a todos os que devem se registrar junto à Direção de Registros e Controle dos Profissionais da Saúde. O período de até dois meses no interior do país visa sua aproximação das necessidades da população, muito embora a maioria deles ainda se concentre nas grandes cidades. Representantes do MSPBS consultados afirmaram que a “*pasantía*” obrigatória aspira a fixar profissionais no interior, mas apenas por meio de salários mais elevados esse mecanismo seria mais efetivo.

## Referências

AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR – ANEAES. Disponível em: <<http://www.aneaes.gov.py/v2/carreras-acreditadas/sistema-arcu>>. Acesso em: 28 maio 2018.

ALUM, Julia Noemí; BEJARANO, María Stella. Sistema de Salud del Paraguay. *Rev. Salud Pública del Paraguay*, v. 1, n. 1, p. 13-25, 2011.

INSTITUTO SUDAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. *Sistemas de Salud en América del Sur*, 2012.

MINISTÉRIO DE LA SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL – MSPBS. Disponível em: <<https://www.mspbs.gov.py/drcps/12818/listado-de-profesionales-de-la-salud.html>>. Acesso em: 20 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<https://www.mspbs.gov.py/drcps/especialidades.html>>. Acesso em: 06 fev. 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. *Indicadores Básicos de Salud en Paraguay*, 2016.



● Paraguai: regulação da formação e do exercício profissional dos profissionais de saúde

PARAGUAY. *Constitución de la República de Paraguay, 1992*. Base de Datos Políticos de Las Américas Disponível em: <[https://www.oas.org/juridico/mla/sp/pry/sp\\_pry-int-text-const.pdf](https://www.oas.org/juridico/mla/sp/pry/sp_pry-int-text-const.pdf)>.

PARAGUAY. *Lei n. 836 - Código Sanitário*. (19 de maio de 1980). Disponível em: <[https://www.who.int/fctc/reporting/Paraguay\\_annex8\\_health\\_act.pdf](https://www.who.int/fctc/reporting/Paraguay_annex8_health_act.pdf)>.

# **Uruguai: regulação da formação e do exercício profissional dos profissionais de saúde**

Uruguay: Regulation on training and professional exercise of health workforce

---

Isadora da Silveira Steffens<sup>1</sup>  
Matheus Falcão<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

## Introdução

O presente capítulo apresenta o modelo regulatório da força de trabalho da saúde na República Oriental do Uruguai (Uruguai), compreendido como o conjunto de normas e instituições que disciplinam a educação e a formação de profissionais de saúde, o exercício das distintas profissões e as políticas públicas para o setor.

A metodologia da pesquisa baseou-se em revisões bibliográficas, normativas e documentais, além de uma missão de pesquisa a Montevideu, que incluiu reuniões com atores relevantes – especialistas da *Universidad de la Republica* (UDELAR), do Ministério de Saúde Pública (MSP), do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e de associações, colégios e sindicatos de profissionais da área da saúde – e coleta de dados *in loco*. A pesquisa foi estruturada em torno de três eixos:

- (i) formação: normas e instituições formadoras e reguladoras dos requisitos de formação, definição de currículos, e credenciamento de instituições de ensino superior;
- (ii) exercício profissional: normas reguladoras da ética profissional, âmbito da prática profissional, atribuições dos conselhos profissionais, harmonização de normas para profissionais de saúde e normas gerais sobre trabalho em saúde; e
- (iii) políticas públicas de saúde: políticas relacionadas à força de trabalho da saúde.

Inicialmente, iremos traçar o contexto no qual o modelo regulatório da força de trabalho da saúde foi desenvolvido, isto é, as características do país, a descrição do sistema de saúde e dados estatísticos sobre a força de trabalho em saúde. O Uruguai é um Estado unitário presidencialista de aproximadamente 3,5 milhões de habitantes, dos quais quase 1,4 milhão vivem no Departamento de Montevideu<sup>1</sup>. Segundo dados do MSP, em 2014, a força de trabalho da saúde contava com 103.408 pessoas, representando 7,5% do emprego total no país.

Há uma grande concentração de profissionais de saúde e de institutos de formação desses profissionais na região da capital, sobretudo devido à localização da sede da principal universidade e única pública do país, a UDELAR, que é responsável pela formação da imensa maioria dos profissionais de nível superior e grande parte dos profissionais de nível técnico. Dessa maneira, o sistema de saúde do Uruguai, bem como a área de capacitação de profissionais de saúde, se caracteriza por uma administração consideravelmente centralizada em torno da capital.

---

<sup>1</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – INE. *Uruguay en Cifras 2014*. Disponível em: <[http://www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay\\_en\\_cifras\\_2014.pdf/aac28208-4670-4e96-b8c1-b2abb93b5b13](http://www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay_en_cifras_2014.pdf/aac28208-4670-4e96-b8c1-b2abb93b5b13)>.

Em 2005, o sistema de saúde uruguaio passou por uma reforma estrutural, que implicou em uma série de renovados esforços no sentido de elaboração e implementação de políticas públicas, incluindo no âmbito da força de trabalho da saúde. A reforma de saúde visou responder às transformações epidemiológicas e à transição demográfica pelas quais o Uruguai tem passado nas últimas décadas, e que tornavam o sistema anterior insuficiente para garantir o acesso à saúde de grande parte da população.

Através da reforma, foram implementadas mudanças na forma de gestão, financiamento e atenção do sistema de saúde, criando-se o novo Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) em 2007. A Lei n. 18.211, de 5 de dezembro de 2007, que dispõe sobre a criação, funcionamento e financiamento do SNIS, reconhece o “direito à proteção de saúde que têm todos os habitantes residentes no país” (art. 1º), bem como tem entre seus princípios “a cobertura universal [...] dos serviços de saúde” (art. 3º). Os objetivos da reforma, conforme delineados no art. 4º da lei, foram:

*A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.*

*B) Implementar un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.*

*C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.*

*D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.*

*E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.*

*F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.*

*G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.*

*H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.*

No âmbito do SNIS, a Lei n. 18.211/2007 também criou o Seguro Nacional de Saúde (SNS), e a Junta Nacional de Saúde (JUNASA) e aprofundou as competências do MSP. A reforma fortaleceu a separação de funções no sistema de saúde, fortalecendo a gerência do sistema pelo MSP, articulando prestadores públicos e privados, e aprimorando o sistema de financiamento através do Seguro Nacional de Saúde (SNS), mantido com recursos do Fundo Nacional de Saúde (FONASA)<sup>2</sup>.

Outras normativas que constituíram a base para a reforma foram: a Lei n. 17.930/2005, do Orçamento Nacional (2005-2009) (arts. 264 e 265); Lei n. 18.131/2007, que criou o FONASA; a Lei n. 18.161/2007, que criou a Administração dos Serviços de Saúde do Estado (ASSE) como um serviço descentralizado, substituindo e reformando o órgão anterior de igual denominação; e, finalmente, a Lei n. 18.335/2008, que estabelece os direitos e obrigações dos pacientes e usuários dos serviços de saúde.

O SNIS compreende o setor público e o setor privado. No âmbito público, o principal prestador de serviços é a ASSE, composta por uma rede de estabelecimentos que atendem cerca de 37% da população. A ASSE atende a pessoas beneficiárias do sistema de seguridade social, além de ser responsável pelo atendimento à população não coberta pela seguridade (trabalhadores informais, desempregados e cidadãos que estão fora do mercado de trabalho) que não possui recursos para a contratação de seguro privado.

Além disso, a ASSE é apoiada pelo Hospital de Clínicas da UDELAR. O sistema público também inclui provedores de grupos especiais (como forças armadas e policiais), serviços específicos do Banco de Previsão Social (BPS) e do Banco de Seguros do Estado, e investimento em saúde de funcionários por parte de empresas ou entes públicos (nos setores bancário, de energia elétrica, petróleo, água, entre outros). Os municípios também oferecem serviços de atenção básica, no interior do país, para populações com menores recursos. Por fim, os Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que podem ser públicos ou privados, trabalham com intervenções de alta complexidade e alto custo<sup>3</sup>.

<sup>2</sup>ARAN, Daniel; LACA, Hernán. Sistema de salud de Uruguay. *Salud Pública de México*, v. 53, suplemento 2, p. S265- S274, 2011.

<sup>3</sup>Id. *Ibid.*

No âmbito privado, destaca-se a atuação das Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), entidades sem fins lucrativos que atendem aos uruguaios beneficiários da seguridade social que correspondem a 56% da população. As IAMC podem ser de dois tipos: mutualistas, que são de propriedade de seus afiliados; ou grupos de médicos associados, que podem estar configurados como cooperativas, sociedades civis não lucrativas, ou sociedades anônimas. Nesse regime, as IAMC recebem, assim como as ASSE, pagamentos per capita do FONASA de acordo com o risco da população coberta e as metas estabelecidas pelo MSP. Além disso, as IAMC também podem oferecer seguros pagos para a população com capacidade financeira para tal. Por fim, no setor privado também existem empresas privadas com fins lucrativos: os seguros privados, que podem ser de cobertura integral ou parcial, e clínicas e hospitais privados, mantidos através dos seguros privados e de pagamentos diretos<sup>4</sup>.

Dessa maneira, o SNIS unifica o sistema de saúde<sup>5</sup>, tendo entre seus usuários qualquer pessoa que se registre em uma das entidades prestadoras – as ASSE, as IAMC ou os seguros privados. Beneficiários da seguridade social podem optar por cadastrarem-se nas ASSE ou IAMC, tendo acesso à mesma carteira de serviços em ambas. As obrigações dos prestadores tornam-se idênticas com a reforma, respeitando o Plano Integral de Atenção à Saúde (PIAS), que determina o conjunto mínimo de serviços disponibilizados. O PIAS foi definido pelo Decreto n. 568/2008 do Conselho de Ministros. Um prestador integral deve respeitar o PIAS, e torna-se registrado junto ao SNIS através de contratos de gestão realizados com a JUNASA<sup>6</sup>.

A maioria da população uruguaia (59%) acessa o sistema privado de saúde, seja via IAMC ou via seguro médico privado. As ASSE atendem a 30,5% da população, enquanto serviços especiais do setor público (por exemplo, hospitais policiais/ militares, atendimento municipal e serviços de saúde vinculados a bancos públicos) correspondem a 8,5%. Por fim, 2% da população uruguaia não possui assistência de saúde<sup>7</sup> (Gráfico 1).

---

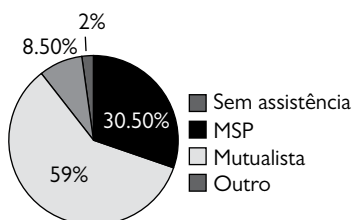
<sup>4</sup>ARAN, Daniel; LACA, Hernán. op. cit.

<sup>5</sup>Anteriormente, o sistema público estava voltado ao atendimento da população de baixa renda, enquanto as IAMC e os seguros privados atendiam grupos de renda média e alta que pagavam cotas em um sistema *mutualista*. As instituições públicas também atendiam trabalhadores formais, tanto do setor público quanto do privado, através de contribuições mediadas pelo Banco de Previdência Social (BPS). Após a reforma, o Seguro Nacional de Saúde (SNS) substituiu o Seguro de Enfermidade do BPS, ampliando a população por ele coberta. (INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012).

<sup>6</sup>Ibid.

<sup>7</sup>INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – INE. op. cit., p. 42.

**Gráfico I. Atenção à saúde da população urbana (2013)**



Notas: “Mutualista” inclui IAMC e seguro médico privado; “Outros” inclui hospital policial/militar, área de saúde do BPS, policlínica municipal e outros.

Fonte: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2014.

De acordo com estudo realizado pelo Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS)<sup>8</sup>, três movimentos de usuários decorreram da reforma: cresceu a cobertura através das IAMC; o setor público foi descongestionado e, ao mesmo tempo, teve seu orçamento aumentado; e cresceram os seguros privados, embora permaneçam representando uma pequena parcela da população. Ainda em termos de cobertura, destaca-se o aumento na população assegurada em todas as classes econômicas – sobretudo nas classes mais baixas – e a diminuição na diferença entre os distintos estratos econômicos no acesso a serviços públicos e privados de saúde.

É nesse contexto que será analisado o estudo de caso do Uruguai relativo ao modelo regulatório da força de trabalho da saúde. A seguir, serão apresentados os resultados através dos três eixos da pesquisa: formação, prática profissional e políticas públicas em saúde.

## **I Formação em saúde: quadro institucional e normativo**

Dentro do eixo formação, serão apresentadas as normas e instituições formadoras e reguladoras dos requisitos de formação, definição de currículos, e credenciamento de instituições de ensino superior. Para melhor compreensão, dividiu-se este eixo em duas partes: primeiramente, são apresentadas as instituições centrais para compreender o marco regulatório da formação em saúde no Uruguai e suas atribuições; em seguida, veremos as principais normas que compõem a regulação nessa área.

### **I Quadro institucional**

O Sistema Nacional de Educação Pública do Uruguai está integrado por três instituições principais: a Administração Nacional de Educação Pública (ANEP),

<sup>8</sup>INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS, op. cit.

o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a UDELAR. A ANEP é um ente autônomo criado pela Lei n. 15.739/1985. Entre outras competências, é responsável pelo controle dos cursos de formação técnica média, função exercida pelo Conselho de Educação Técnico-Profissional (CETP), órgão a ela subordinado.

A UDELAR, regida pela Lei n. 12.549/1958 (Lei Orgânica da UDELAR), é uma universidade pública gratuita e representa a principal instituição de ensino do país. Seu principal campo está localizado em Montevideu. No campo da saúde, possui faculdades de medicina, enfermagem, odontologia, psicologia e química, que ofertam diversos cursos de graduação, entre eles: bioquímica, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e químico-farmácia<sup>9</sup>.

Além disso, a UDELAR também oferece diversos cursos técnicos na área da saúde. Entre eles, estão: assistente em odontologia, auxiliar de farmácia hospitalar, auxiliar de enfermagem, técnico em cosmetologia médica, técnico em hemoterapia, técnico em radioisótopos e tecnólogo em radioterapia.

Na área da enfermagem, diferentemente de outros países da região, o sistema uruguaio não possui a formação de técnicos ou tecnólogos na área de enfermagem. Dessa maneira, existem dois níveis de formação: licenciados em enfermagem (nível universitário) e auxiliares de enfermagem. Além da UDELAR e da Faculdade de Enfermagem e Tecnologias da Saúde da Universidade Católica do Uruguai, que oferecem formação em ambos os níveis, também existem outras 30 escolas de auxiliares de enfermagem (dentre as quais, duas são públicas). Observam-se diferenças na formação de auxiliares pelas universidades ou pelas escolas, visto que as primeiras exigem um nível educacional mais avançado para o ingresso e seus cursos são compostos por cargas horárias mais elevadas<sup>10</sup>.

De acordo com a Lei Orgânica da UDELAR, cabe ao Conselho Diretivo Central (CDC) determinar a orientação geral dos planos de estudo das diferentes faculdades, bem como a aprovação dos planos de estudo por elas propostos e o estabelecimento dos títulos e certificados outorgados pela universidade. A criação de novas faculdades e novos cursos também cabe ao conselho interno da UDELAR (CDC), não tendo o MEC nenhuma participação nesse processo. O CDC também é responsável pela revalidação ou reconhecimento de diplomas universitários estrangeiros.

---

<sup>9</sup>UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA – UDELAR. *Carreras de grado*. Disponível em: <<http://www.universidad.edu.uy/carreras/index/majorTypeld/1>>.

<sup>10</sup>GONZÁLEZ, Pilar; LANGONE, Diego; SUÁREZ, Anibal. *La Enfermería en el Uruguay: Características Actuales y Perspectivas de Desarrollo*. Ministerio de Salud Pública - División de Recursos Humanos del SNIS, Documento de Trabajo N° 3, 2011.



A revalidação de diplomas está relacionada a um curso equivalente, enquanto o reconhecimento é concedido quando não existem cursos homólogos ou afins ao que se pretende reconhecer no Uruguai. A revalidação ou reconhecimento de diplomas são realizados através da comparação dos currículos e avaliação de documentos, unicamente pela UDELAR, a única universidade pública do país, localizada em Montevideú. Mais precisamente, de acordo com a Lei Orgânica da UDELAR, esse processo é realizado pelo CDC e regido pela portaria sobre revalidação e reconhecimento de diplomas estrangeiros, títulos acadêmicos e certificados de estudos estrangeiros, que reúne diversas resoluções do CDC. Além disso, há diversas portarias e regulamentos no âmbito da UDELAR que regem particularidades referentes à revalidação ou reconhecimento de alguns cursos.

Exceções a esse processo são os convênios ou resoluções específicas com alguns países ou instituições, facilitando o processo de revalidação. O convênio mais abrangente nesse sentido é estabelecido com o Chile, através de um tratado de 1916, que estabelece serem automaticamente válidos em ambos os países os diplomas e certificados de nível secundário, preparatório ou superior emitidos por instituições educacionais chilenas e uruguaias. Esse tratado é válido para todas as áreas de ensino.

Também se destaca como exemplo resolução do Conselho da Faculdade de Medicina da UDELAR, de 8 de setembro de 2004, que torna mais simples e rápido o processo de razoável equivalência para a revalidação do diploma de Medicina de uruguaios que estudaram na Escola Latino-Americana de Medicina em Cuba. Além do reconhecimento internacional a respeito da qualidade da área de formação em saúde cubana, outro fator que contribuiu para impulsionar essa facilitação é o número significativo de exilados que foram estudar no país na época da ditadura militar uruguaia (1973-1985) e retornaram no contexto democrático.

O MEC, por sua vez, é o responsável pela habilitação dos cursos de ensino superior do setor privado. O Decreto n. 104/2014, que atualiza e substitui o Decreto n. 308/1995, determina que a autorização das instituições privadas de ensino cabe ao MEC através do Conselho Consultivo de Ensino Terciário Privado (CCE-TP), composto por dois membros do MEC, um da ANEP, três da UDELAR e dois de instituições privadas autorizadas a funcionar como tais. Ainda, o MEC deve solicitar pronunciamento da UDELAR quando um novo instituto universitário ou universidade solicita autorização para funcionar. Esse parecer é obrigatório, mas seu conteúdo não é vinculante. O peso da UDELAR dentro do processo de autorização e credenciamento de cursos privados demonstra sua relevância dentro do sistema educativo do Uruguai.

Um importante marco nesse campo foi o estabelecimento da primeira graduação privada de medicina em 2006, no Centro Latino-Americano de Economia

Humana (CLAEH), localizada na cidade de Punta del Este, no Departamento de Maldonado. O CLAEH gerou um impacto ao romper com a hegemonia da faculdade de medicina, uma área sensível, levando o MEC a estabelecer um processo de credenciamento que envolvia um acompanhamento mais próximo que o usual, de modo a garantir os mesmos padrões de qualidade atribuídos à UDELAR. Assim, apesar de formar um número pequeno de profissionais de medicina quando comparado à UDELAR, a criação do curso de Medicina no CLAEH gerou impactos por ser o primeiro curso privado na área, estar localizado fora de Montevideu e ter levado ao estabelecimento de um processo inédito no âmbito do MEC.

Atualmente, quase todas as profissões previstas pela Matriz Mínima também possuem, além da UDELAR, formação em universidades privadas. A única exceção é a área química, para a qual não há correspondente universitário no setor privado, sendo todos os químicos farmacêuticos formados na UDELAR. Apesar do surgimento de novos cursos em universidades privadas, o sistema educacional terciário no Uruguai permanece largamente dominado pelo setor público, que forma a grande maioria de graduados em profissões de saúde.

Na área da enfermagem, que conta com duas faculdades (a Faculdade de Enfermagem da UDELAR e a Faculdade de Enfermagem e Tecnologias da Saúde da Universidade Católica do Uruguai), há uma preocupação particular em termos de formação. O Uruguai possui um déficit significativo de profissionais de enfermagem com formação universitária: 1,02 por 1.000 habitantes, enquanto o número de médicos é quase quatro vezes maior (3,9 médicos por 1.000 habitantes)<sup>11</sup>. A formação universitária em enfermagem leva cinco anos e tem um alto nível de exigência, fatores que são considerados por alguns atores consultados em missão de pesquisa como impactantes no baixo número de profissionais, levando a uma precarização do atendimento. Esse é um dos principais desafios em termos de políticas públicas de formação da força de trabalho da saúde no país.

A pós-graduação, prevista na Lei Geral da Educação (Lei n. 18.437/2008), pode ser de quatro tipos: especialização, *diplomatura*, mestrado ou doutorado. Ela pode ser ofertada por instituições privadas, desde que cadastrada pelo MEC, ou pela UDELAR – lembrando que a UDELAR é um ente completamente autônomo e não precisa de autorização do MEC para criar novas faculdades, cursos e especializações. Na prática, a área de pós-graduação e especialidades também é largamente dominada pela UDELAR.

---

<sup>11</sup> ARAN, Daniel; LACA, Hernán. op. cit.

Todas as especialidades médicas fazem parte da Escola de Graduados da Faculdade de Medicina da UDELAR, e as residências médicas hospitalares são regulamentadas pela Lei n. 19.301/2014. A medicina é a única área da saúde cuja pós-graduação é regulamentada por lei. Além disso, dentro da UDELAR, também são oferecidas especialidades nas Faculdades de Enfermagem, Odontologia e Química. No entanto, com exceção das residências médicas, as demais pós-graduações oferecidas pela universidade são pagas, diferentemente de seus cursos de graduação.

Outros cursos, oferecidos pelas associações e sociedades profissionais, não possuem registros e não são creditados junto ao MEC ou à UDELAR. Qualquer curso ofertado pelos conselhos e associações, mesmo que tenham o nome “especialidade” ou “especialização”, não são registrados junto ao MEC e, portanto, não têm validade reconhecida. Não podem ser considerados pós-graduações. Assim, diferentemente do que ocorre no caso brasileiro, por exemplo, as organizações profissionais não contam com a competência para emitir certificados válidos de seus cursos de pós-graduação.

Por fim, o MSP não participa de instâncias internas da UDELAR ou do MEC, apesar de existirem canais de comunicação e cooperação entre eles. O MSP desempenha um papel importante por ser o órgão responsável pelo registro de títulos de profissionais de saúde, condição necessária para o exercício profissional, porém não realiza uma análise da qualidade da formação em nível superior para realizar tal registro, uma vez que as determinações de credenciamento dos cursos são de competência da UDELAR e do MEC.

Atualmente, não há um processo de indexação dos cursos de ensino superior, e não existem agências de avaliação pública. Os cursos de ensino superior, portanto, são considerados válidos ou inválidos, mas não são classificados por padrões de qualidade por medidas oficiais.

A importância da UDELAR constitui uma particularidade importante do sistema educacional uruguaio. A autonomia da UDELAR é absoluta: seu conselho diretivo, os conselhos das faculdades, claustro geral universitário e claustros de faculdades são eleitos pelas três ordens universitárias (docentes, discentes e egressos) por voto secreto em eleições reguladas pela corte eleitoral do país – a mesma que regula as eleições nacionais. No referente ao ensino superior, é possível considerar que, devido ao amplo predomínio do setor público, a UDELAR se torna mais relevante que o próprio MEC.

Por outro lado, os membros da ANEP – tanto o conselho diretivo central como os conselhos descentralizados – são designados pelo Poder Executivo. A exceção são os representantes dos setores gremiais que integram tais conselhos, pois são eleitos pelos docentes de cada área.

O Quadro 1 resume as principais instituições relacionadas com a formação de saúde no Uruguai e suas respectivas competências, de acordo com o exposto nesta seção.

**Quadro 1.** Principais instituições e respectivas competências relevantes no âmbito da formação de profissionais de saúde

Instituições	Competências relevantes
Administração Nacional de Educação Pública (ANEP)	Responsável pelo controle dos cursos de formação técnica média, função exercida pelo órgão a ela subordinado Conselho de Educação Técnico-Profissional (CETP)
Ministério da Educação e Cultura (MEC)	Responsável pela habilitação e acreditação dos cursos de ensino superior do setor privado
Universidade da República (UDELAR)	Como ente autônomo e única universidade pública do país, é responsável por estabelecer currículos e por títulos e certificados de graduação e pós-graduação; ocupa assentos em conselhos do MEC relacionados à educação superior privada; e é a responsável pela revalidação de diplomas universitários estrangeiros

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

## 2 Quadro normativo

A educação no Uruguai é regida pela Lei Geral da Educação. Conforme exposto, seu art. 49 determina que o Sistema Nacional de Educação Pública está integrado pelo MEC, pela ANEP, pela UDELAR e “demais entes autônomos da educação pública estatal”.

A criação de novas faculdades e novos cursos também cabe ao conselho interno da UDELAR (CDC), não tendo o MEC nenhuma participação nesse processo. O CDC também é responsável pela revalidação ou reconhecimento de diplomas universitários estrangeiros. Ainda segundo o art. 21, o conselho é responsável pela revalidação (no caso de cursos homólogos ou afins aos que outorga a UDELAR) ou reconhecimento (nos demais casos) de diplomas universitários estrangeiros. O processo é regulado pelas resoluções n. 2/1963 e n. 22/2005, aplicáveis para os casos em que não existe acordos bilaterais com o país do no qual o título foi emitido. Por fim, de acordo com o Decreto Lei n. 15.661/1984 do MEC e suas posteriores regulamentações, as universidades privadas podem realizar revalidações parciais de diplomas.

A Lei Geral da Educação dispõe sobre o processo de reconhecimento pelo MEC de universidades e institutos superiores, enquanto o Decreto-Lei n. 15.661/1984 e o Decreto Regulamentário n. 308/1995 regulam os títulos profissionais outorgados pelas universidades privadas. Atualmente, não há um processo de indexação dos cursos de ensino superior, e não existem agências de avaliação pública. Os cursos de ensino superior, portanto, são considerados válidos ou inválidos, mas não são classificados por padrões de qualidade por nenhuma medida oficial.

Como observado, o Decreto n. 104/2014 determina que a autorização das instituições privadas de ensino cabe ao MEC através do Conselho Consultivo de Ensino Terciário Privado. A experiência da criação de um curso privado de medicina foi um dos impulsos por trás da criação desse decreto.

Além disso, há um novo marco normativo especificamente voltado à pós-graduação (especialidades) em medicina, o Decreto n. 361/2016, que completa os requisitos estabelecidos pelo Decreto n. 104/2014 e aumenta suas exigências, estabelecendo aspectos desde a pertinência da especialidade até como se concedem os créditos e a carga horária.

O trânsito de profissionais de saúde entre os países do Mercosul está ligado à questão da formação, visto que a revalidação ou reconhecimento de diplomas se coloca como o obstáculo existente para a livre circulação desses profissionais. Uma vez que um profissional de outro país tem seu diploma reconhecido ou revalidado pela UDELAR, ele deve fazer o registro no MSP e estará apto para exercer a profissão. O Sistema de Acreditação Regional de Cursos de Graduação do MERCOSUL (ARCU-SUL), implementado pela Decisão do Conselho do Mercado Comum (CMC) n. 17/2008, é apontado como o principal instrumento para avanços nesse sentido, visto que propõe criar um sistema de acreditação regional que facilite tal reconhecimento. O processo é gradual, e na área de saúde já foram acreditados cursos de medicina, enfermagem e Odontologia no Brasil e na Argentina; de medicina e odontologia no Chile; e de medicina na Colômbia.

O Quadro 2 apresenta as principais leis e normativas relacionadas à formação de profissionais de saúde no Uruguai e os destaques a respeito de seus conteúdos.

**Quadro 2.** Legislação e conteúdos relevantes no âmbito da formação de profissionais de saúde

Legislação	Conteúdos relevantes para a força de trabalho da saúde
Decreto-Lei n. 15.661/1984 do Ministério de Educação e Cultura (MEC)	Estabelece disposições sobre os títulos profissionais outorgados pelas universidades privadas. Foi regulamentado pelos decretos n. 361/2016; 246/2015; n.104/2014; e n. 308/1995
Decreto n. 104/2014 do Ministério de Educação e Cultura (MEC)	Regulamenta a Lei n. 15.661/1984, atualizando e substituindo o Decreto n. 308/1995. Rege as instituições terciárias universitárias e não universitárias privadas, incluindo cursos de nível técnico e de nível universitário de graduação e pós-graduação. Determina que a autorização das instituições privadas de ensino cabe ao MEC através do Conselho Consultivo de Ensino Terciário Privado (CCETP)
Decreto n. 361/2016	Regula critérios específicos para o reconhecimento de carreiras de pós-graduação na área da medicina. Complementa o Decreto n. 104/2014 e aumenta suas exigências
Lei n. 12.549/1958 (Lei Orgânica da UDELAR)	Define a estrutura e as competências da UDELAR
Lei n. 15.739/1985	Define a estrutura e as competências da Administração Nacional de Educação Pública (ANEP)
Lei n. 18.437/2008 (Lei Geral de Educação)	Define as instituições que integram o sistema de educação pública (MEC, ANEP, UDELAR)
Lei n. 19.301/2014	Determina o regime de residências médicas hospitalares. Atualiza a Lei n. 18.438/2008
Resolução n. 22/2005 do Conselho Diretivo Central (CDC) da UDELAR	Regula o processo de revalidação e reconhecimento de títulos, diplomas acadêmicos e certificados de estudos estrangeiros. Atualiza a Resolução n. 2/1963 do CDC

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

**II Exercício profissional: quadro institucional e normativo**

O eixo exercício profissional, da mesma forma que o anterior, foi dividido em duas partes: instituições e normas. Portanto, tratará em primeiro lugar acerca das instituições que regulam o exercício profissional, das atribuições das organizações e conselhos profissionais e dos âmbitos de negociação entre diferentes atores. A seguir, apresentará as normas reguladoras do exercício profissional, incluindo normas relacionadas à ética profissional, âmbito da prática profissional, e harmonização de normas para profissionais de saúde e normas gerais sobre trabalho em saúde.

## I Quadro institucional

A regulação do exercício de profissionais de saúde no Uruguai é centralizada através do MSP. A Lei Orgânica da Saúde Pública (Lei n. 9.202/1934) determina que:

*Art. 2. En materia de Higiene, el Ministerio de Salud Pública ejercerá los siguientes cometidos:*

[...]

*6º Reglamentar y contralorear el ejercicio de la Medicina, la Farmacia y profesiones derivadas, y los establecimientos de asistencia y prevención privados.*

[...]

*Art. 13. Nadie podrá ejercer la profesión de Médico-Cirujano, Farmacéutico, Odontólogo y Obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las Oficinas del Ministerio de Salud Pública.*

*Art. 14. Corresponde al Ministerio de Salud Pública, reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas en el artículo anterior, y de todas las auxiliares de la medicina. También le corresponde reglamentar y vigilar el funcionamiento de las instituciones privadas de Asistencia, de las sociedades mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en este capítulo.*

Assim, de acordo com o art. 13, o registro de títulos, sejam estes concedidos pelo setor público ou privado, é requisito para o exercício profissional na área da saúde e é de competência do MSP. Os registros de profissionais de saúde são antigos no Uruguai, tendo o primeiro registro sido realizado em 1839, pela Junta de Higiene Pública, em um sistema de livros<sup>12</sup>. Atualmente, o Departamento de Habilitação e Controle de Profissionais da Saúde é responsável por esse controle, conforme previsto pelo Decreto n. 460/2001. Desde 2006 a totalidade de registros é realizada de modo eletrônico, e os dados exigidos pela Matriz Mínima de Registro de Profissionais Mercosul (aprovada no âmbito do Mercosul e internalizada pelo Decreto n. 282/2007) foram incorporados a partir de 2007.

---

<sup>12</sup> MINISTERIO DE LA SALUD PÚBLICA – MSP. *Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud: Desarrollo y presentación de los primeros resultados*. Fevereiro de 2010. Disponível em: <[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Libro\\_Primer\\_Censo\\_Nacional\\_de\\_RHS\\_-\\_versión\\_digital.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Libro_Primer_Censo_Nacional_de_RHS_-_versión_digital.pdf)>.

As normas gerais sobre trabalho em saúde são desenvolvidas nos Conselhos de Salários. Os Conselhos, criados pela Lei n. 10.449/1943 – parcialmente modificada pela Lei do Sistema de Negociação Coletiva (Lei n. 18.566/2009) – tratam das remunerações (determinando um salário mínimo), do regime de trabalho de diferentes categorias e outras normas relacionadas.

Esses órgãos possuem estrutura tripartite, sendo compostos por trabalhadores (representados pelos sindicatos), empresas públicas e privadas do setor de saúde e Poder Executivo (Ministério do Trabalho e Seguridade Social – MTSS e, no caso da saúde, também o MPS). Na esfera pública, a negociação coletiva é bipartite e é realizada no âmbito da Direção Geral do Trabalho (DINATRA) do MTSS. Ela é composta por atores envolvidos pelo Estado – o MSP, a ASSE e o Ministério da Economia – e pela representação de trabalhadores da saúde.

Nos Conselhos de Salários referentes à área da saúde, os profissionais são representados pelas seguintes instituições sindicais:

- Federação de Funcionários de Saúde Pública (FFSP): organização sindical que representa todos os trabalhadores da saúde pública (com exceção dos médicos);
- Federação Uruguaia da Saúde (FUS): organização sindical que representa todos os trabalhadores da saúde privada (com exceção dos médicos);
- Sindicato Médico do Uruguai (SMU): existe desde a década de 1920 e é a principal organização dos médicos, sejam eles da área pública ou privada. No caso de negociações que envolvam os médicos, é o SMU quem firma os acordos, às vezes acompanhado pela FEMI ou, mais raramente, pelo SAQ. Além disso a SMU também atua nas negociações referentes aos odontologistas e aos químico-farmacêuticos;
- Federação Médica do Interior (FEMI): organização criada na década de 1960 para fins sindicais e empresariais. A vertente empresarial hoje tornou-se a Federação de Prestadores do Interior (FEPREMI), ficando a FEMI exclusivamente voltada para questões sindicais de médicos que trabalham no interior do país; e
- Sindicato Anestésico Cirúrgico (SAQ): organização corporativa associada ao mercado de trabalho anestésico e cirúrgico. Surgiu recentemente como uma dissidência do SMU, e não reúne todos os cirurgiões e anestesistas.

Historicamente, Uruguai possui uma grande trajetória sindical. A FFSP e a FUS representam os interesses dos trabalhadores de saúde, com exceção dos médicos, odontologistas e químico-farmacêuticos. Essas organizações atuam nas negociações não apenas de profissionais universitários, como também técnicos.

No caso dos médicos, as negociações dos setores públicos e privados são separadas, mas os interlocutores são os mesmos. Desde o ano de 1921, há o



Sindicato Médico do Uruguai, que englobava todos os médicos e que foi perseguido pela ditadura e declarado ilegal no período. Ao final da década de 1960, começou-se a gerar uma organização dos médicos do interior do país, a FEMI. Os médicos poderiam estar afiliados aos dois, mas a FEMI se ocupava dos problemas mais locais.

Recentemente, cresceu uma tensão com os anestesistas e com os cirurgiões e as demais especialidades médicas. Essa tensão vinha desde o início da década de 1990, quando ocorreu algo inédito nos acordos salariais: houve um conflito acerca da forma de pagamento em Montevideu, e uma forma de sair do conflito foi pagar pelo ato médico, criando-se um setor que começou a ter muita força (anestesistas e cirurgiões de Montevideu, visto que o pagamento por ato médico não funciona para interior do país). A reforma de saúde implementou várias mudanças e melhorou muito o salário médico, em particular do setor público, porém esse setor não quer perder seu principal benefício que é o pago por ato médico. Isso resultou na criação do SAQ, que não tem a personalidade jurídica.

Assim, nos Conselhos de Salários, podem participar a FEMI e o SAQ, mas quem tem a voz é o Sindicato Médico, que é quem tem a maior quantidade de filiados e é quem firma os acordos. Além disso, especificamente nas negociações dos Conselhos de Salários, o Sindicato Médico também representa os odontologistas e os químico-cirurgiões. Estas profissões, por questões históricas e de proximidade, preferem vincular suas negociações a este grupo.

Já as associações profissionais possuem um campo de atuação limitada. Algumas possuem atuação junto aos Conselhos de Salários, levando a frente suas demandas específicas, entretanto apenas através dos sindicatos, que são quem tem a autonomia e a legitimidade de representação nesses espaços. Ou seja, as associações não estão diretamente nas negociações dos Conselhos de Salários; são incluídas apenas através dos sindicatos, em questões pontuais. As associações e sociedades também não formam especialidades. Embora possam realizar cursos, essas organizações não emitem certificados equivalentes à pós-graduação. Dessa maneira, a atuação das associações profissionais, de maneira geral, diz respeito sobretudo à área técnica.

Por fim, dentre as organizações de profissionais de saúde, há apenas uma criada por lei: o Colégio Médico do Uruguai (CMU), definido como uma pessoa pública não-estatal. Além do registro no MSP, médicos devem fazer um segundo registro de títulos no CMU, desde sua recente criação em 2010. Ainda, foi implementado, no âmbito do Colégio, um tribunal de ética que analisa violações ao Código de Ética Médica, podendo aplicar sanções que vão desde advertências até a suspensão temporária ou definitiva do exercício da profissão.

O Quadro 3 lista as principais instituições relacionadas ao exercício profissional da força de trabalho da saúde.

**Quadro 3.** Principais instituições, seu tipo e competências relevantes no âmbito do exercício profissional da força de trabalho da saúde

Instituições	Tipo	Competências relevantes
Associação Bioquímica Uruguia (ABU)	Associação profissional/gremial	Associação profissional de bioquímicos
Associação de Fisioterapeutas do Uruguai (AFU)	Associação profissional/gremial	Associação profissional de fisioterapeutas
Associação de Fonoaudiologia do Uruguai (ADEFU)	Associação profissional/gremial	Associação profissional de fonoaudiólogos
Associação de Química e Farmácia do Uruguai (AQFU)	Associação profissional/gremial	Associação profissional de químicos e farmacêuticos
Associação Odontológica do Uruguai (AOU)	Associação profissional/gremial	Associação profissional de odontólogos
Associação Uruguia de Dietistas e Nutricionistas (AUDYN)	Associação profissional/gremial	Associação profissional de nutricionistas
Colégio de Enfermeiras do Uruguai (CEDU)	Associação profissional/gremial	Associação profissional que discute os temas da profissão. Apesar da nomenclatura, não é legalmente um colégio profissional
Colégio Médico do Uruguai (CMU)	Órgão colegiado	Única organização profissional criada por lei própria, tem no seu registro condição obrigatória para exercício da profissão médica desde sua criação, em 2009
Conselhos de Salários	Órgão público	Conselho tripartite - formado por trabalhadores em saúde, empregadores (públicos e privados) e governo – onde são negociados salários e outras condições de trabalho
Federação de Funcionários de Saúde Pública (FFSP)	Organização sindical	Representa todos os trabalhadores da saúde pública (com exceção dos médicos) nos Conselhos de Salários
Federação Médica do Interior (FEMI)	Organização sindical	Representa os médicos do interior do país. Acompanha o SMU negociações dos Conselhos de Salários pertinentes aos seus membros
Federação Uruguia da Saúde (FUS)	Organização sindical	Representa todos os trabalhadores da saúde privada (com exceção dos médicos) nos Conselhos de Salários

Continuação: **Quadro 3.** Principais instituições, seu tipo e competências relevantes no âmbito do exercício profissional da força de trabalho da saúde

Instituições	Tipo	Competências relevantes
Ministério de Saúde Pública (MSP)	Órgão público	Responsável pelo registro de profissionais de saúde, condição obrigatória para exercício da profissão
Sindicato Anestésico Cirúrgico (SAQ)	Organização sindical	Representa parte dos médicos anestésico-cirúrgicos. Acompanha o SMU negociações dos Conselhos de Salários pertinentes aos seus membros
Sindicato Médico do Uruguai (SMU)	Organização sindical	Representa os médicos nos Conselhos de Salários e é quem tem o poder de negociar em nome desse grupo de profissionais. Atualmente, também representa informalmente os dentistas e os químico-farmacêuticos

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

## 2 Quadro normativo

Conforme observado, a Lei Orgânica de Saúde Pública estabelece a necessidade de registro e a competência do MSP. Já o Decreto n. 460/2001 determina que o Departamento de Habilitação e Controle de Profissionais de Saúde, parte do MSP, seja o responsável pelo controle dos registros, realizado na Matriz Mínima de Registro de Profissionais Mercosul, base eletrônica que contém dados pessoais e de contato; títulos profissionais; instituições de formação; e sanções impostas pela Comissão Honorária de Saúde Pública. Por fim, em 2011, foi implementado o Sistema de Habilitação e Registro de Profissionais da Saúde (SHARPS)<sup>13</sup>. Em 2015, a Portaria n. 762/2015 estabeleceu a gratuidade da inscrição de certificados e títulos da força de trabalho da saúde no MSP.

A Lei Orgânica da Saúde Pública também cria a Comissão de Saúde Pública (arts. 24 a 33). Entre suas competências, está a fiscalização do exercício das pro-

<sup>13</sup> DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. *Sistema de Registro de Profesionales de la Salud*. In: IV Encuentro Iberoamericano de Migración de Profesionales de la Salud Reunión de la Red Iberoamericana de Migraciones de Profesionales de la Salud (RIMPS). 17 y 18 de noviembre de 2011 Montevideo, Uruguay. Disponível em: <[http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/ivenc\\_migra\\_uru\\_nov11/AnibalSuarez.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/ivenc_migra_uru_nov11/AnibalSuarez.pdf)>.

fissões de saúde e a aplicação, no caso de cometimento de falhas ou de exercício ilegal da profissão, de sanções (observação, advertência, e inabilitação parcial ou total do exercício profissional). Não está prevista a retirada definitiva do título profissional, tendo a inabilitação um prazo máximo de 10 anos.

*CAPITULO VI - De la Comisión de Salud Pública*

*Art. 24. En el Ministerio de Salud Pública, funcionará la Comisión de Salud Pública, de carácter honorario, que será presidida por el Ministro y constituida por quince miembros, que serán designados por el Poder Ejecutivo aplicando la proporcionalidad fijada para la elección de miembros de servicios descentralizados.*

*Art. 25. Corresponde a la Comisión:*

*A) Dictaminar sobre todas las cuestiones técnicas y administrativas relacionadas con la Asistencia e Higiene pública, que le sean sometidas por el Ministerio de Salud Pública.*

*B) Proponer al Ministro de Salud Pública, Ordenanzas de carácter sanitario.*

*Art. 26. Corresponde también a esta Comisión, constituida [sic] en tribunal disciplinario, juzgar y reprimir las faltas cometidas por los médicos y los que ejercen profesiones anexas en el ejercicio de su profesión, cuando éstos se aparten del cumplimiento de las normas generales que determinen las Ordenanzas y Reglamentos.*

*Art. 27. La Comisión ejercerá también la función de reprimir el ejercicio ilegal de la medicina, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo III de esta ley.*

*Art. 28. La averiguación de las faltas previstas en esta ley se llevará a cabo por intermedio de las Oficinas técnicas del Ministerio de Salud Pública, y la aplicación de las sanciones correspondientes, es de resorte de la Comisión de salud.*

Além da Comissão de Saúde Pública, que faz parte do MSP, há outra instância que possui a prerrogativa de julgar a suspensão ou cassação do exercício profissional no caso dos médicos: o Tribunal de Ética do CMU, única organização criada por lei, resultado um longo processo de discussão acerca da necessidade de um colégio médico. Na própria lei que cria o CMU, está prevista a exigência que o Código de Ética Médica deverá ser criado em forma de lei. Assim, após um plebiscito realizado entre os médicos, o Poder Legislativo estabeleceu o Código de Ética através da Lei n. 19.286/2014. O fato de o Código de Ética ser uma

lei é objeto de controvérsias, visto que implica no engessamento de questões éticas em uma área que sofre constantes mudanças, tais como a implementação de novas tecnologias. No caso de violações, o Tribunal de Ética pode aplicar sanções que vão desde advertências até a suspensão temporária ou definitiva do exercício da profissão.

Por fim, apenas duas profissões são regulamentadas por lei: médicos e enfermeiros. A Lei n. 18.815/2011 regulamenta a profissão de enfermagem, tanto no nível universitário quanto no nível auxiliar. Já a profissão de medicina é regulamentada pela lei que cria o Colégio Médico e pela lei que determina seu Código de Ética. O restante das profissões é regido pela Lei Orgânica da Saúde Pública, mas não há uma especialidade por disciplina. No caso de questões pontuais, as competências são definidas por normativas internas do MSP.

Há conflitos latentes sobre competências, normalmente solucionados por normativas do MSP. Entre eles, existem exemplos de conflitos acerca da prescrição de medicamentos por pessoal não-médico e conflitos entre especialidades (por exemplo, entre anestesistas e médicos intensivistas na questão de anestésias simples; ou entre odontólogos e cirurgiões na realização de cirurgias maxilo-faciais). Atualmente há uma agenda muito ampla e dinâmica a respeito dessas questões no Uruguai. No país, conflitos de competência não são levados ao judiciário. Questões judiciais relacionadas à saúde são restritas a casos de mal praxis ou à demanda de medicamentos de alto custo.

O Quadro 4 traz as principais leis e normativas relacionadas ao exercício profissional e destaca seus conteúdos mais relevantes para a força de trabalho da saúde no Uruguai.

**Quadro 4.** Legislação e conteúdos relevantes no âmbito do exercício profissional de profissionais de saúde

Legislação	Conteúdos relevantes para a força de trabalho da saúde
Decreto n. 219/2009	Regulamenta a prestação de serviços profissionais por licenciados em enfermagem em instituições de saúde públicas e privadas
Decreto n. 282/2007	Internaliza a Matriz Mínima do Mercosul, que será incorporada ao registro de profissionais de saúde
Decreto n. 354/2014	Regulamenta a Lei n. 18.815/2011
Decreto n. 460/2001	Estabelece o Departamento de Habilitação e Controle de Profissionais de Saúde como órgão responsável, dentro do MSP, pelo registro de profissionais de saúde
Lei n. 10.449/1943	Cria os Conselhos de Salários; parcialmente modificada pela Lei n. 18.566/2009

Continua

Continuação: **Quadro 4.** Legislação e conteúdos relevantes no âmbito do exercício profissional de profissionais de saúde

Legislação	Conteúdos relevantes para a força de trabalho da saúde
Lei n. 18.566/2009	Determina as normas gerais do sistema de negociação coletiva, parcialmente modificando a Lei n. 10.449/1994
Lei n. 18.211/2007	Dispõe sobre a criação, funcionamento e financiamento do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS)
Lei n. 18.591/2009	Cria o Colégio Médico do Uruguai (CMU)
Lei n. 18.815/2011	Rege as profissões de enfermeiro (nível universitário) e de auxiliar de enfermagem
Lei n. 19.286/2014	Estabelece o Código de Ética Médica
Lei Orgânica da Saúde Pública	Determina o registro de profissionais de saúde junto ao MSP como condição para o exercício profissional; cria a Comissão de Saúde Pública, responsável pela fiscalização do exercício da profissão
Portaria n. 762/2015 (MSP)	Estabeleceu a gratuidade do registro de certificados e títulos no MSP

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

### III Políticas públicas relacionadas à força de trabalho da saúde

Este eixo visa apresentar algumas das questões prementes no que diz respeito à força de trabalho da saúde no Uruguai, bem como políticas públicas relevantes que foram implementadas recentemente.

As políticas públicas em recursos humanos de saúde ganharam novo fôlego com a reforma do SNIS em 2005. Para cumprir com os objetivos sanitários do novo sistema, uma série de iniciativas começou a ser posta em prática. De acordo com uma apresentação elaborada em conjunto pelo DIGESNIS com a SMU, a *“reforma de la salud genera las condiciones necesarias aunque no suficientes para la reforma del mercado de trabajo que impacta directamente en el modelo asistencial”*<sup>14</sup>. Destaca-se o papel do MSP, o principal responsável pela elaboração e implementação dessas políticas, nesse processo.

A reforma desencadeou políticas em recursos humanos de saúde para torná-los disponíveis e alinhados a seus objetivos. Foi formada uma Comissão Mista, composta pelo MSP e por faculdades da área de saúde da UDELAR, com o

<sup>14</sup> DIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD; SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY. *Lecciones aprendidas a dos años del acuerdo médico sobre Cargos de Alta Dedicación*. III Jornadas de Recursos Humanos del SNIS, Agosto de 2014.

objetivo de, entre outros, estudar as necessidades de profissionais e técnicos que a reforma de saúde requeria<sup>15</sup>.

Ainda, a criação em 2010 da Divisão de Avaliação e Monitoramento de Saúde (DEMPESA) do MSP é apontada como um importante marco para a força de trabalho da saúde. O MSP destaca que a Divisão trouxe um “enfoque global da política de formação, habilitação e mercado de trabalho” de profissionais de saúde<sup>16</sup>. Já o ISAGS afirma que a DEMPESA “avançou no desenho de base de dados integrais e dinâmicas sobre o mercado de trabalho de saúde no Uruguai, realiza estudos técnicos e participa na negociação coletiva coordenada pelo Ministério de Trabalho”<sup>17</sup>. Ademais, a DEMPESA é responsável pela coordenação do Observatório de Recursos Humanos do Uruguai (ORHSU), criado em 2012, que funciona como um espaço de referência para intercâmbio e produção de informação na área.

O mesmo estudo do ISAGS identificou alguns dos principais desafios para a força de trabalho da saúde no Uruguai: escassa disponibilidade de enfermeiros; concentração de profissionais na capital do país; profissionais com múltiplos empregos, prejudicando a qualidade do atendimento; e maior reconhecimento monetário às especialidades cirúrgicas em relação a outras especialidades médicas.

Quanto à baixa disponibilidade de enfermeiros com formação universitária, observa-se a grande discrepância entre o número desses profissionais em relação ao número de médicos. O Uruguai possui uma das maiores taxas de médicos por habitante na América Latina, com quase 3,9 profissionais por 1.000 habitantes. Já o número de enfermeiros é reduzido: 1,02 por 1.000 habitantes<sup>18</sup>. Assim, embora o número agregado da força de trabalho da saúde por habitante esteja em um patamar adequado, há um déficit de enfermeiros qualificados no Uruguai, bem como de parteiras (em contraste com um grande número de médicos e auxiliares de enfermagem)<sup>19</sup>.

Na Tabela 1, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que houve um aumento significativo na proporção de profissionais de enfermagem e parteiras. Entretanto, esses números consideram também auxiliares de en-

<sup>15</sup> GONZÁLEZ, Pilar; LANGONE, Diego; SUÁREZ, Aníbal. op. cit.

<sup>16</sup> MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – MSP. *Experiencia Uruguaya en medición de brechas de Recursos Humanos en Salud*. División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud. Dirección General del SNIS, Dezembro de 2014. Disponível em: <[http://www.observatoriorh.org/panama/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo\\_brechas/uruguay.pdf](http://www.observatoriorh.org/panama/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_brechas/uruguay.pdf)>.

<sup>17</sup> INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. op. cit., p. 762.

<sup>18</sup> ARAN, Daniel; LACA, Hernán. op. cit.

<sup>19</sup> GONZÁLEZ, Pilar; LANGONE, Diego; SUÁREZ, Aníbal. op. cit.

fermagem, responsáveis pela maior parte do aumento, enquanto enfermeiros com formação universitária permanecem escassos.

**Tabela 1.** Densidade de recursos humanos em saúde por 1.000 habitantes no Uruguai

Profissões	2002	2008
Médicos	3.721	3.938
Profissionais de enfermagem e parteiras	0.865	5.848
Odontologistas	1.183	0.739
Farmacêuticos	*	0.309
Trabalhadores de laboratório	*	0.179
Outros trabalhadores de saúde	*	1.444
Trabalhadores de gestão e apoio em saúde	*	0.733

\*Dados indisponíveis.

Fonte: WHO, 2018<sup>20</sup>.

Outra questão é a distribuição de profissionais pelo país. Enquanto Montevideo abriga 40% da população do país, lá estão localizados 69% dos médicos, 66,2% dos odontólogos, 80% dos químico-farmacêuticos e 59,7% dos enfermeiros. A única exceção são as parteiras, cuja maioria (61,5%) trabalha no interior do país<sup>21</sup> (Tabela 2).

**Tabela 2.** Profissionais da saúde no Uruguai, por grandes áreas, segundo a profissão, 2013

	Total	Montevidéo	Restante do país
Médicos	16.006	11.138	4.868
Odontólogos	4.935	3.265	1.670
Químico-Farmacêuticos	2.420	1.942	478
Parteiras	660	254	406
Enfermeiros	5.718	3.411	2.307

Fonte: Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios (CJPPU) *apud* INE, 2014.

<sup>20</sup>WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global Health Observatory data repository*. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=em>>. Para definições e notas técnicas, ver: WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Technical Notes - Global Health Workforce Statistics database*. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/statistics/TechnicalNotes.pdf>>.

<sup>21</sup>INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – INE. *op. cit.*, p. 41.



Uma das grandes políticas públicas em relação à força de trabalho da saúde implementadas após a reforma de saúde foram os cargos de alta dedicação, estabelecidos através de acordos nos Conselhos de Salários. Essa política foi sobretudo uma resposta aos múltiplos empregos de profissionais de medicina, que poderiam chegar até cinco por profissional. Apesar da porcentagem de médicos em relação à população ser uma das maiores do mundo, os níveis de desemprego são baixos, e médicos são o setor profissional com o maior número de pessoas em situação de *multiemprego*<sup>22</sup>.

Os salários oferecidos pelos cargos de alta dedicação são mais altos que a média, estão condicionados à dedicação exclusiva e também preveem uma carga horária para estudo e atualização do profissional. Esses Cargos representaram uma mudança nos acordos dos Conselhos de Salários, visto que foi acordado um convênio de longo prazo (2010-2015) para permitir a incorporação das características necessárias ao programa, enquanto os convênios normalmente têm a duração de dois anos<sup>23</sup>.

Os cargos de alta dedicação ofertados no interior também visam oferecer uma resposta à questão da concentração geográfica de profissionais. Ainda no sentido de estimular maior presença de médicos no interior do país, a nova lei de residências médicas (Decreto n. 361/2016) prevê que os residentes ingressantes de 2016 em diante irão realizar seu último semestre no interior do país.

A questão dos múltiplos empregos não afeta de maneira significativa outras profissões, devido à maior carga horária associada a cada emprego para as áreas não médicas. Nas demais profissões, há uma brecha menor entre setor público e privado e, por vezes, os empregos no setor público oferecem condições melhores de trabalho. No entanto, assim como no caso dos médicos, persistem desafios referentes à distribuição geográfica de profissionais, que estão concentrados na capital Montevideú.

Finalmente, através das negociações dos Conselhos de Salários, também foi implementada outra importante política pública relacionada à força de trabalho da saúde. Além do salário base, os acordos resultantes dos Conselhos de Salários podem conter variantes de salário, vinculadas a condições. Nesse sentido, conforme as Atas do Conselho de Salários do Grupo 15 (trabalhadores médicos e não médicos) de 2015, se acordou o pagamento de uma variante condicionada ao cumprimento de metas de formação, capacitação e melhora da qualidade assistencial. Como resultado, em 2016, 2017 e 2018 foram executa-

---

<sup>22</sup> CARPIO, Carmen; BENCH, Natalia Santiago Bench. *The Health Workforce in Latin America and the Caribbean: An Analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru, and Uruguay*. Washington, DC: World Bank, 2015.

<sup>23</sup> DIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD; SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY. *op. cit.*

das capacitações sobre temas relevantes para a saúde pública do país, gerando uma contrapartida salarial para aqueles profissionais que delas participaram. Essas capacitações visam todos os trabalhadores de saúde, incluindo profissionais de formação universitária e técnica e pessoal da área administrativa, tanto do setor público quanto do privado<sup>24</sup>.

## Considerações finais

Mediante uma análise geral dos resultados, podemos concluir que a centralização é uma das principais características da regulação da formação e do exercício profissional da força de trabalho da saúde no Uruguai. Há apenas uma universidade pública, a UDELAR, que concentra um importante poder regulatório e é responsável pela formação da grande maioria de profissionais de nível técnico e universitário na área da saúde.

Já o MSP concentra os registros profissionais e de títulos de todos os trabalhadores da área da saúde, requisito obrigatório para o exercício da profissão. Ainda, visto que apenas a profissão médica e de enfermagem serem reguladas por lei, são as normativas internas do MSP que definem e resolvem conflitos em relação às competências das profissões, por exemplo.

Diversos fatores facilitam essa centralização, dentre os quais alguns dos mais significativos são: as características do sistema político (Estado unitário presidencialista), as características do sistema de saúde (SNIS, que integra e regula os sistemas público e privado), o tamanho do país (cerca de 3,5 milhões de habitantes) e a concentração populacional na capital Montevideú.

Além disso, há uma cultura sindical historicamente forte, que reúne os trabalhadores da área da saúde em três grandes sindicatos: a FUS, a FSSP e o SMU. Assim, a maior parte dos trabalhadores não é representada por um sindicato específico, sendo suas pautas atreladas às negociações em um grande grupo.

Existem diversas associações e sociedades relacionadas às profissões, mas sua autonomia em relação à determinação de normativas e à validação da formação profissional é baixa. A única organização criada por lei, o CMU, tem dificuldades na implementação da obrigatoriedade do registro colegial para profissionais da área médica, bem como teve seu Código de Ética sujeito à aprovação pelo Poder Legislativo.

Dessa maneira, o poder público possui grande influência e possibilidades de implementação de políticas públicas relacionadas à força de trabalho da saúde. Destaca-se nesse sentido o âmbito dos Conselhos de Salários, de compo-

---

<sup>24</sup>MINISTERIO DE LA SALUD; INSTITUTO NACIONAL DE EMPLEO E FORMACIÓN PROFESIONAL. *Campus MSP-INEFOP*. 2018. Disponível em: <<https://campus.msp.gub.uy>>.

ção bi ou tripartite (sindicatos, governo e, no caso do setor privado, empresas), mostrou-se nos últimos anos fonte de importantes políticas públicas negociadas e acordadas entre os últimos atores, como os cargos de alta dedicação e a variável salarial vinculada a capacitações a respeito de temas relevantes para a saúde pública do país.

## Referências

- ARAN, Daniel; LACA, Hernán. Sistema de salud de Uruguay. *Salud Pública de México*, v. 53, suplemento 2, p. S265- S274, 2011.
- CARPIO, Carmen; BENCH, Natalia Santiago Bench. *The Health Workforce in Latin America and the Caribbean: An Analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru, and Uruguay*. Washington, DC: World Bank, 2015.
- DIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD; SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY. *Lecciones aprendidas a dos años del acuerdo médico sobre Cargos de Alta Dedicación*. III Jornadas de Recursos Humanos del SNIS, Agosto de 2014.
- DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. *Sistema de Registro de Profesionales de la Salud*. In: IV Encuentro Iberoamericano de Migración de Profesionales de la Salud Reunión de la Red Iberoamericana de Migraciones de Profesionales de la Salud (RIMPS). 17 y 18 de noviembre de 2011 Montevideo, Uruguay. Disponível em: <[http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/ivenc\\_migra\\_uru\\_nov11/AnibalSuarez.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/ivenc_migra_uru_nov11/AnibalSuarez.pdf)>.
- GONZÁLEZ, Pilar; LANGONE, Diego; SUÁREZ, Aníbal. *La Enfermería en el Uruguay: Características Actuales y Perspectivas de Desarrollo*. Ministerio de Salud Pública - División de Recursos Humanos del SNIS, Documento de Trabajo N° 3, 2011.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – INE. *Uruguay en Cifras 2014*. Disponível em: <[http://www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay\\_en\\_cifras\\_2014.pdf/aac28208-4670-4e96-b8c1-b2abb93b5b13](http://www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay_en_cifras_2014.pdf/aac28208-4670-4e96-b8c1-b2abb93b5b13)>.
- INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.
- MINISTERIO DE LA SALUD; INSTITUTO NACIONAL DE EMPLEO E FORMACIÓN PROFESIONAL. *Campus MSP-INEFOP*. 2018. Disponível em: <<https://campus.msp.gub.uy>>.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – MSP. División Evaluación y Monitoreo del Personal de Salud. *Experiencia Uruguaya en medición de brechas de Recursos Humanos en Salud*. Dirección General del SNIS, Dezembro de 2014. Disponível em: <[http://www.observatoriorh.org/panama/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo\\_brechas/uruguay.pdf](http://www.observatoriorh.org/panama/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_brechas/uruguay.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. *Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud: Desarrollo y presentación de los primeros resultados*. Fevereiro de 2010. Disponível em: <[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Libro\\_Primer\\_Censo\\_Nacional\\_de\\_RHS\\_-\\_versión\\_digital.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Libro_Primer_Censo_Nacional_de_RHS_-_versión_digital.pdf)>.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA – UDELAR. *Carreras de grado*. Disponível em: <<http://www.universidad.edu.uy/carreras/index/majorTypeId/1>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global Health Observatory data repositior*. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444?lang=em>>.

\_\_\_\_\_. *Technical Notes - Global Health Workforce Statistics database*. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/statistics/TechnicalNotes.pdf>>.

# **Venezuela: regulação da formação e do exercício profissional dos profissionais de saúde**

Venezuela: Regulation on training and professional exercise of health workforce

---

Maria Eugênia Bodra<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

## Introdução

A realização do direito à saúde depende de diversos fatores, dentre eles, da existência de sistemas e políticas de saúde que contemplem o desenvolvimento adequado da força de trabalho em saúde. A identificação do modo pelo qual as profissões de saúde são reguladas em cada país permite que sejam elaboradas estratégias regionais e globais de desenvolvimento desta força de trabalho. Esta pesquisa teve por fim coletar e analisar dados que permitam facilitar a compreensão da regulação das profissões de saúde na Venezuela.

A República Bolivariana da Venezuela<sup>1</sup> é um estado federal organizado em 23 estados, um Distrito Capital (que compreende Caracas, a capital) e as dependências federais (311 ilhas, “cayos” e ilhotas), 335 municípios e 1.123 paróquias/vilas.

Em 2007, o país tinha uma percentagem de 13 médicos e oito enfermeiros para cada 10.000 habitantes, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>2</sup>.

Em 2013, a população estimada era de 31,4 milhões de pessoas, conforme dados do Banco Mundial<sup>3</sup> atualizados até maio de 2017, e a expectativa de vida do país era de 75 anos. Entre 2000 e 2014, a Venezuela fez diversos investimentos públicos, inclusive em grandes programas sociais denominados “missões” para fornecer serviços básicos e transferir recursos à população excluída<sup>4</sup>. Neste período, verificou-se uma redução da desigualdade social, já que o índice Gini caiu de 0,49 em 1998, para 0,40 em 2012. A expectativa de vida cresceu de 71,8 para 74,1 anos para ambos os gêneros e a mortalidade infantil caiu de 26,7 para 14,6/1000 habitantes entre 1998 e 2013<sup>5</sup>.

No entanto, em razão do colapso dos preços internacionais do petróleo e diante de uma política macro e microeconômica inadequada<sup>6</sup>, sua situação social e econômica foi significativamente afetada e os avanços obtidos estão sendo revertidos. Dados do Banco Mundial demonstram que a economia da Vene-

---

<sup>1</sup> INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

<sup>2</sup> ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. *PLISA - Plataforma de Información em Salud para las Americas*. Disponível em: <[http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com\\_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=347](http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=347)> Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>3</sup> THE WORLD BANK. *The World Bank in Venezuela*. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/en/country/venezuela/overview>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>4</sup>Id. *Ibid*.

<sup>5</sup>THE collapse of the Venezuelan health system. *The Lancet*, v. 391, n. 10128, 07 abr. 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00277-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00277-4/fulltext). Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>6</sup>THE WORLD BANK. *op. cit*.

zuela encolheu 8,2% em 2015 e 16,1% em 2016. A expectativa para 2017 é de um encolhimento de 11,9%<sup>7</sup>.

Além disso, houve um aumento da mortalidade infantil em torno de 30% entre 2015 e 2016, e um aumento da mortalidade materna em torno de 66% entre 2014 e 2016<sup>8</sup>.

Em razão das limitações da pesquisa descritas a seguir, este trabalho ficou restrito ao levantamento de dados, com ênfase naqueles produzidos entre os anos de 1999 (data da última Constituição) e 2014, quando tem início o agravamento da crise econômica e social que atinge o país. Por este motivo, não foi possível elaborar uma análise do quadro normativo e político, nem apresentar uma conclusão final sobre os modelos regulatórios dos profissionais de saúde da Venezuela na atualidade.

## Metodologia e limitações da pesquisa

Inicialmente, foram examinadas as publicações do Banco Mundial, da OMS e do Instituto Sul Americano de Governo de Saúde (ISAGS), bem como os sites oficiais do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e no site da Missão Sucre.

Também foram identificados documentos por meio da “busca integrada” dos sites da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e da biblioteca da Faculdade de Direito da USP.

Foi realizada ainda uma busca na base de dados LILACS com os seguintes descritores: “Salud e Venezuela”; “Medico e Venezuela”; “Enfermeria e Venezuela”; “Farmaceutico e Venezuela”; “Bioanalista e Venezuela”; “Bioquimico e Venezuela”; “Odontologo e Venezuela”; “Nutricionista e Venezuela”; “Psicologo e Venezuela”; “Kinesiologo e Venezuela”; “Fisioterapeuta e Venezuela”; “Fonoaudiologo e Venezuela”; “Recursos Humanos e Salud e Venezuela”; “Recursos e Salud e Venezuela”; “RH e Salud e Venezuela”. Foram localizados 53 documentos e cinco foram selecionados para análise. Por meio do descritor “Salud e Venezuela”, foram localizados 68 documentos, mas apenas um foi selecionado para análise. Desse total (121 documentos), 14 documentos não foram localizados para a análise inicial.

Ainda na base de dados LILACS, com os descritores “Trabalho e Saúde e Venezuela” foram encontrados 183 documentos. Foram examinados os documentos publica-

<sup>7</sup>THE WORLD BANK. *Global economic prospects: Latin America and the Caribbean*. 09 jan. 2018. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/region/lac/brief/global-economic-prospects-latin-america-and-the-caribbean>. Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>8</sup>FRASER, B. Data reveal state of Venezuelan health system. *The Lancet*, v. 389, n. 10084, 27 maio 2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31435-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31435-6). Acesso em: 09 fev. 2020.

dos até 1996. Também foi feita pesquisa com os descritores “Health and Workforce and Venezuela”. O exame inicial foi feito até os documentos publicados em 1996. Também foi feita pesquisa com os descritores “Education and Health and Venezuela”, sendo que foram localizados 352 documentos. Foram examinados os documentos publicados até a data de 2000. Deste total, oito documentos foram selecionados para análise e 10 documentos não foram localizados.

A pesquisa sistemática, que recorreu a outras bases de dados, foi feita por outro núcleo de pesquisa do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA). Por meio dela, foram localizados três documentos.

Não foi possível realizar uma missão de pesquisa à Venezuela, nem qualquer contato com profissionais daquele país, o que é um aspecto limitador da investigação.

Em razão do escasso material científico localizado sobre o tema, optamos por incluir e citar documentos encontrados livremente na internet. Boa parte das leis de exercício profissional indicadas a seguir, foi localizada por meio de pesquisa livre, feita na rede, conforme será ressaltado e indicado ao longo do texto. Mesmo que tais documentos não possam comprovar o sentido, nem o conteúdo da “regulação” vigente no país, ao menos podem apontar indícios para uma pesquisa futura.

## Resultados

### I Sistema de saúde

A Constituição da Venezuela foi aprovada em 1999, por referendo popular. Os arts. 83 e 84 reconhecem a saúde como direito e a responsabilidade do Estado em gerir um sistema público de saúde<sup>9</sup>

*Artículo 83: El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa [...].*

*Artículo 84: [...] el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo..., el sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades..., la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación,*

---

<sup>9</sup>INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. op. cit. p. 780.



*ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud [...]».*

Segundo Alejandra Carrillo Roa<sup>11</sup>, apesar da Constituição de 1999 ter determinado a criação de um sistema público nacional de saúde e a integração dos recursos financeiros (incluindo os recursos públicos), a legislação específica não foi aprovada, apesar dos diferentes projetos de lei preparados e debatidos na Assembleia Nacional com este objetivo.

Mahmood<sup>12</sup> explica que no início do governo Chávez, esforços foram feitos para estabelecer um sistema de saúde baseado no conceito de Medicina Social da América Latina, de natureza mais coletiva do que individual, focado nas determinantes sociais, políticas e econômicas da saúde. Entretanto, houve forte resistência da Federação Médica Venezuelana, alinhada aos partidos políticos que perderam o poder em 1990 e ao setor privado de saúde que se opunha às tentativas de Chávez de reinventar o sistema de saúde com base em um sistema público forte.

Para atender à demanda da população por acesso à saúde, de acordo com Mahmood<sup>13</sup>, em 2003 foram estabelecidas Missões Sociais que se tornaram os motores do processo de mudança social na Venezuela, sendo que a Missão Social de Barrio Adentro foi uma das primeiras a serem estabelecidas. As missões sociais são programas criados como estruturas paralelas que podem estar completamente fora do objetivo dos ministérios governamentais ou atuar em colaboração com eles.

Tinker Salas reforça este quadro. Segundo o autor,

*Facing resistance from the Venezuelan Medical Federation (VMF), the government contracted with Cuba to provide doctors to staff an emerging network of clinics. The Barrio Adentro program expanded gradually to include several thousand Cuban and Venezuelan doctors and a parallel number of health professionals and staff. At its height, it provided medical services in several thousand clinics and several hundred diagnostic centers. The ubiquitous Barrio Adentro clinics, typically red brick modules built*

<sup>10</sup> VENEZUELA. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Disponível em: <<https://venezuela.justia.com/federales/constitucion-de-la-republica-bolivariana-de-venezuela/titulo-i/>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

<sup>11</sup> ROA, Carrillo Alejandra. Sistema de salud em Venezuela: un paciente sin remedio?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, e00058517, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/11678-4464-csp-34-03-e00058517.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>12</sup> MAHMOOD, Qamar; MUNTANER, Carles. Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela. *Global Health Promotion*, v. 20, n.1, p. 59–67. 10.1177/1757975913476902 <http://ped.sagepub.com>. Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>13</sup> Id. *Ibid.*

*at times with the assistance of the local community, served as the heart of the program*<sup>14</sup>.

Alejandra Carrillo Roa<sup>15</sup> destaca que a criação da Missão Social de Barrio Adentro, como um sistema de saúde paralelo que compete por recursos com o sistema tradicional de saúde, acabou aumentando a fragmentação do setor. É esta também a opinião de Bonvecchio<sup>16</sup>, segundo quem, o Sistema Público Nacional de Saúde não se concretizou em razão da não aprovação da Lei Orgânica da Saúde<sup>17</sup> correspondente, mantendo-se o sistema tradicional, com uma maior fragmentação, em razão da descentralização dos serviços de saúde aos estados (década de 1990) e a criação da Missão Social de Barrio Adentro.

Conforme *The Lancet*<sup>18</sup>, o programa Missão Social de Barrio Adentro foi financiado principalmente pela empresa Petróleos de Venezuela (PDVSA). De um lado, foram abertas clínicas novas, na periferia, para atendimento primário, oferecendo equipamentos novos. De outro, o financiamento dos hospitais públicos permaneceu sendo insuficiente, de modo que muitos estabelecimentos ou foram desativados ou permaneceram em funcionamento precário.

Conforme Bonvecchio<sup>19</sup>, o sistema de saúde da Venezuela é composto de um setor público e um setor privado. O setor público está constituído pelo Ministério do Poder Popular para a Saúde (MS), organismos de saúde descentralizados, instituições de seguridade social – principalmente Instituto Venezuelano de Seguros Sociais (IVSS), Instituto de Previsão Social das Forças Armadas (IPSA), Instituto de Previsão e Assistência Social do Ministério da Educação, Cultura e Desportos (IPASME), PDVSA e universidades. O setor privado é constituído por aqueles que prestam seus serviços por meio de pagamento direto e por companhias de seguro de saúde.

Ainda segundo Bonvecchio<sup>20</sup>, o MS é financiado com recursos do governo central, estados e municípios. O IVSS é financiado com cotizações patronais, dos trabalhadores e aportes do governo. Ambas as instituições contam com sua própria rede de atenção primária ambulatoria e hospitalar. O IPASME, o IPSA e as universidades são financiados com aportes dos empregadores e dos tra-

<sup>14</sup> TINKER-SALAS, Miguel. *Venezuela – what everyone needs to know*. Oxford University Press, 2015. p. 194.

<sup>15</sup> ROA, Carrillo Alejandra. op. cit.

<sup>16</sup> BONVECCHIO, A. et al. Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública de México*, v. s. 2, 2011.

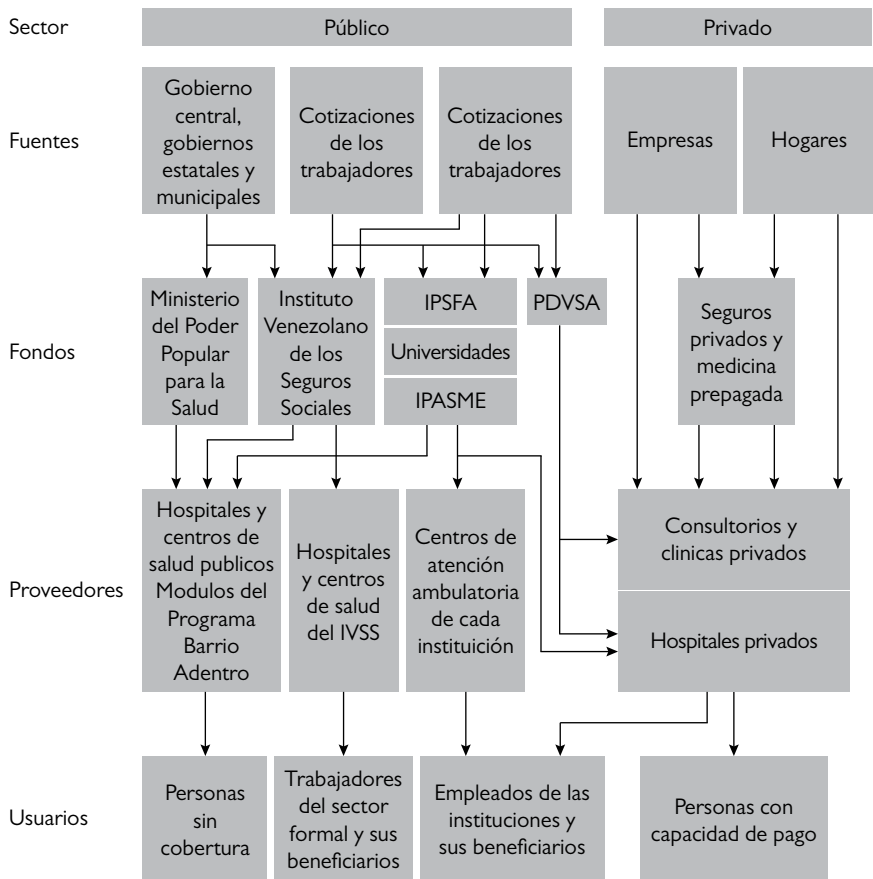
<sup>17</sup> GOBIERNO BOLIVARIANO DE VENEZUELA. Universidad Nacional Experimental de la Seguridad. *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Disponível em: <<http://repositorios.unes.edu.ve:8080/jspui/bitstream/123456789/35711/LEY%20ORGANICA%20DEL%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20SALUD.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

<sup>18</sup> CANCEL, D. In Venezuela, two public-health systems grow apart *The Lancet*, v. 370, n. 9586, 11 ago. 2017. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61215-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61215-X/fulltext). Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>19</sup> BONVECCHIO, A. et al. op. cit.

<sup>20</sup> Id. *Ibid.*

balhadores. Também contam com sua rede própria de estabelecimentos para atenção ambulatoria, mas contratam os serviços hospitalares principalmente com o setor privado, à exceção do IPSFA que conta com sua rede de hospitais. As empresas públicas como a PDVSA contratam serviços privados de saúde. O setor privado é financiado com o pagamento direto dos usuários no momento de recebimento dos serviços ou através do pagamento de prêmios de seguros de saúde. A atenção é ofertada em consultórios e clínicas privadas (Figura 1).



Fonte: BONVECCHIO, A. et al.<sup>21</sup>

**Figura 1.** Sistema de saúde venezuelano

<sup>21</sup> BONVECCHIO, A. et al. op. cit., p. S276.

Já o ISAGS apresenta uma classificação diversa: o subsistema público é formado pelas instituições prestadoras de serviços de saúde adstritas à Administração Pública, cujo financiamento provém de recursos públicos: MS, o IVSS e o IP-SFA. O subsistema privado é formado por instituições prestadoras de serviços de saúde cujo financiamento provém de fontes privadas, como o pagamento “*out of pocket*” ou por empresas seguradoras<sup>22</sup>.

Conforme dados do Banco Mundial, no período compreendido entre os anos 2000 e 2014, verifica-se um crescimento e posteriormente uma redução dos gastos públicos em saúde e um aumento significativo dos gastos privados e “*out of pocket*”<sup>23</sup> (Tabela 1).

**Tabela 1.** Gastos públicos em saúde, 2000 a 2014, na Venezuela

Ano	Gasto público/ PIB	Gasto público/ GTS	Gasto público/ Gasto do governo	Gasto privado/ PIB	Gasto privado/ GTS	Out of pocket/ Gasto privado	Out of pocket/ GTS
2000	2,2	44,1	7,3	2,7	55,9	88,9	49,7
2001	2,3	44,9	7,4	2,9	55,1	90,3	49,7
2002	2,2	43,6	7,3	2,8	56,4	90,9	51,2
2003	2,1	42,1	6,7	2,9	57,9	90,6	52,4
2004	2,2	45,2	8,3	2,6	54,8	88,8	48,7
2005	2,2	45,9	8,3	2,5	54,1	87,1	47,2
2006	2,2	45,8	8,5	2,6	54,2	84,7	45,9
2007	2,5	46,9	6,6	2,8	53,1	86,9	46,1
2008	1,2	30,9	4,3	2,7	69,1	88,9	61,4

Continua

<sup>22</sup> INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. op. cit., p.787-788.

Continuação: **Tabela I.** Gastos públicos em saúde, 2000 a 2014, na Venezuela

Ano	Gasto público/ PIB	Gasto público/ GTS	Gasto público/ Gasto do governo	Gasto privado/ PIB	Gasto privado/ GTS	Out of pocket/ Gasto privado	Out of pocket/ GTS
2009	2,5	42,9	9	3,3	57,1	89,9	51,3
2010	2,1	41,5	9,1	2,9	58,5	89,9	52,6
2011	2,3	44,5	8,8	2,9	55,5	89,9	49,9
2012	1,7	34,9	5,9	3,1	65,1	89,9	58,5
2013	1,5	31,3	6,4	3,4	68,7	91,1	62,6
2014	1,5	29,3	5,8	3,7	70,7	91,1	64,3

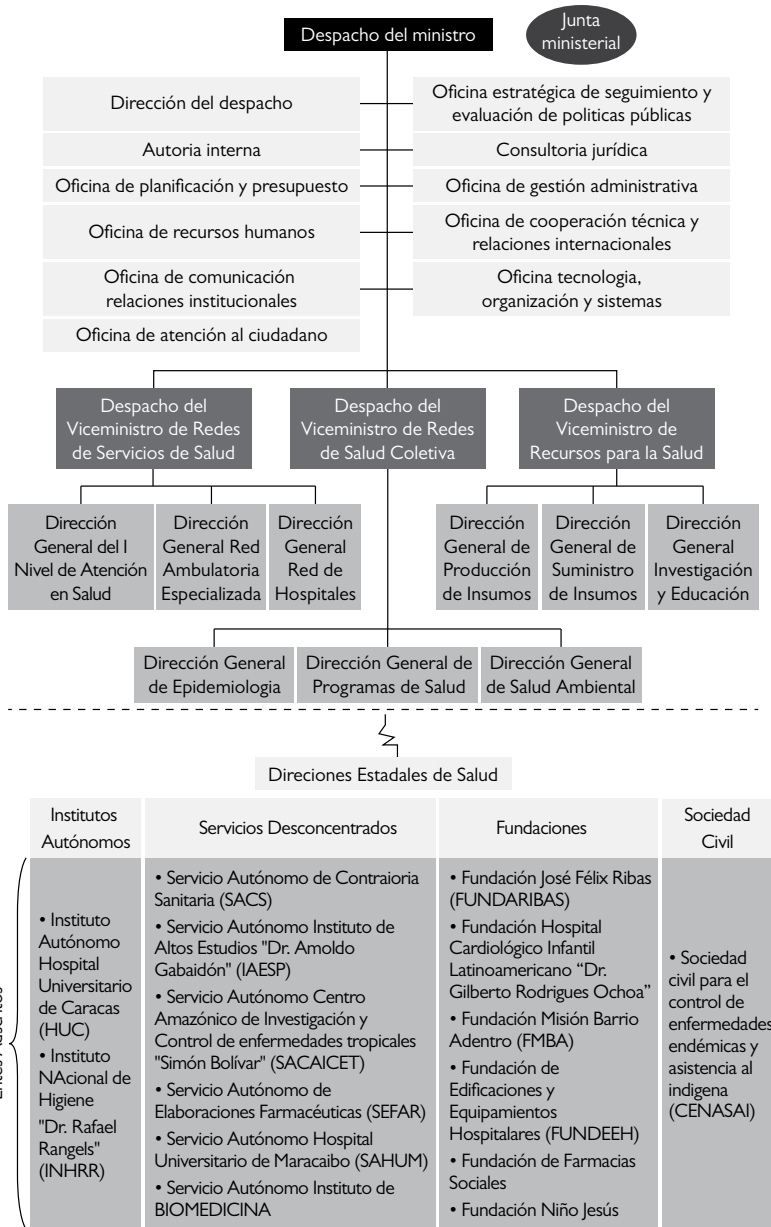
Legenda: PIB – Produto Interno Bruto; GTS – Gasto Total em Saúde.

Nota: Os números foram arredondados para a primeira casa decimal.

Fontes: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018; Banco Mundial.

A estrutura do MS consta da publicação do ISAGS<sup>24</sup>. A partir de 2005 houve uma reestruturação que foi concluída em 26 de dezembro de 2006, com a publicação do Decreto n. 5077/2006 (*Gaceta Oficial* n. 38591, de 26 de dezembro de 2006). O MS passou a contar com uma estrutura de três despachos de vice-ministros: o despacho de vice-ministro da Rede de Saúde Coletiva, o despacho de vice-ministro de Redes de Serviços de Saúde e o despacho de vice-ministro de Recursos para a Saúde (Figura 2). Sob este último, encontra-se a Direção Geral de Investigação e Educação que é responsável pela planificação e formação de recursos humanos, juntamente com o Instituto de Altos Estudos e o Instituto Nacional de Higiene.

<sup>24</sup>INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. op. cit., p. 787-788, 814.



Fonte: ISAGS<sup>25</sup>

**Figura 2.** Estrutura do Ministério do Poder Popular para a Saúde, segundo o ISAGS

## II Regulação do exercício profissional

O art. 105 da Constituição da Venezuela trata das condições para o exercício das profissões: “*Artículo 105. La ley determinará las profesiones que requieren título y las condiciones que deben cumplirse para ejercerlas, incluyendo la colegiación*”.

De acordo com o ISAGS<sup>26</sup>, o exercício dos profissionais de saúde é regulado pelos códigos deontológicos de exercício e pelas leis de exercício em medicina e farmácia, assim como enfermagem e bioanálises (similar a bioquímica em outros países da América Latina).

O MS está encarregado de registrar os profissionais de saúde mediante o Serviço Autônomo de Controladoria Sanitária (SACS), segundo estabelecido na Lei Orgânica de Saúde e no Regulamento Interno deste Ministério<sup>27</sup>.

Com exceção da lei que regula o exercício da medicina, localizada no site da Assembleia Nacional da Venezuela, as outras cinco leis indicadas abaixo foram localizadas em sites aleatórios. Por este motivo, optamos por restringir a pesquisa. Selecionamos apenas as leis que contêm indícios de terem sido aprovadas pelo órgão legislativo (que apresentam data e número da *Gaceta Oficial da República Bolivariana da Venezuela – Gaceta Oficial* – onde foram publicadas) e deixamos de buscar os códigos deontológicos e normas administrativas (Tabela 2).

**Tabela 2.** Legislação sobre profissões de saúde na Venezuela

Profissão	Ano	Número da <i>Gaceta Oficial</i>
Medicina	2011	GO 39.823
Enfermagem	2005	GO 38.263
Farmácia	1928	GO 16.551
Bioquímica	1973	GO 30.160
Nutrição	1998	GO 36.526
Fisioterapia	2008	GO 38.985

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

A despeito das dúvidas quanto à vigência e à exatidão das normas localizadas livremente na *internet*, optamos por transcrever abaixo, fazendo as devidas ressalvas, apenas os artigos que tratam do escopo e dos requisitos para o exercício das seis profissões.

<sup>26</sup>Id. *Ibid.*, p. 813-814.

<sup>27</sup>Id. *loc. cit.*

## 1 Medicina

A Lei de Exercício da Medicina foi reformada em 2011 e a sua íntegra foi publicada na *Gaceta Oficial* n. 39.823<sup>28</sup>. Não foi possível identificar se esta lei foi regulamentada pelo Executivo Nacional, conforme determina o item segundo das suas disposições transitórias. Também não foi possível confirmar se esta lei chegou a entrar e/ou se ainda está vigor. De todo modo, feitas as devidas ressalvas, vale a pena examinar os arts. 1º a 5º que definem o escopo da profissão médica e os requisitos para seu exercício.

*Artículo 1. El ejercicio de la medicina se regirá por las disposiciones de la presente Ley y su Reglamento, así como por los lineamientos que con sujeción a aquellas dicte el Ejecutivo Nacional.*

*Artículo 2. A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la medicina la prestación de atención médica preventivo-curativa a la población, por parte de los profesionales médicos y médicas, mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, reducción de los factores de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, restitución de la salud y rehabilitación física o psico-social de las personas y de la colectividad en los ámbitos familiar, comunitario, laboral y escolar; la determinación de las causas de muerte; el peritaje y asesoramiento médico-forense, así como la investigación y docencia en las ciencias médicas.*

*Artículo 3. Los y las profesionales legalmente autorizados y autorizadas para el ejercicio de la medicina son los Doctores y Doctoras en Ciencias Médicas, los Médicos Cirujanos, Médicas Cirujanas, Médicos Integrales Comunitarios y Médicas Integrales Comunitarias. Las acciones relacionadas con la atención médica, que por su naturaleza no tuvieren necesariamente que ser realizadas por los médicos o médicas, deberán ser supervisadas por éstos o éstas y se determinarán en el Reglamento de esta Ley. Los y las profesionales universitarios y universitarias de otras ciencias de la salud, legalmente calificados, calificadas, autorizados y autorizadas por los órganos*

---

<sup>28</sup> ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Ley del Ejercicio de la Medicina*. Disponível em: < <https://alc.com.ve/wp-content/uploads/2013/10/Ley-del-Ejercicio-de-la-Medicina.pdf> >. Acesso em: 09 fev. 2020.



*competentes para ello, realizarán sus actividades de acuerdo con las normas contenidas en sus respectivas leyes de ejercicio profesional.*

#### *Capítulo II Del ejercicio de la profesión*

*Artículo 4. Para ejercer la profesión médica en la República, se requiere:*

- 1. Poseer el Título de Doctor o Doctora en Ciencias Médicas, Médico Cirujano, Médica Cirujana, Médico Integral Comunitario o Médica Integral, Comunitaria, expedido por una universidad venezolana de acuerdo con las leyes que rigen la materia.*
- 2. Inscribir el Título correspondiente en un Registro Principal, de conformidad con la ley.*
- 3. Estar inscrito en el Colegio de Médicos u otra Organización MédicoGremial.*
- 4. Cumplir las demás disposiciones contenidas al efecto en esta Ley y su Reglamento.*

*Artículo 5. Los médicos extranjeros o médicas extranjeras, podrán ejercer la profesión en territorio venezolano cuando sean nacionales de países donde los venezolanos y venezolanas tengan las mismas prerrogativas, debiendo llenar para ejercer, los requisitos exigidos en el artículo anterior, en el artículo 8 y los que exigen a los venezolanos y venezolanas en el respectivo país de origen para ejercer la profesión.*

Para fornecer uma ideia da abrangência e do conteúdo da lei, vale destacar que seu art. 14 trata dos requisitos para o exercício de especialidades médicas, seus arts. 22 e 23 tratam da obrigatoriedade de registro dos títulos perante o MS e outros órgãos, os arts. 54 e seguintes tratam da constituição e do funcionamento dos Colégios de Médicos ou Organizações Médico-Gremiais e do Tribunal Disciplinar, os arts. 68 e seguintes tratam das federações médicas, os arts. 102 e seguintes tratam das infrações ao exercício legal da medicina e os arts. 104 e seguintes tratam dos diversos tipos de sanção.

## **2 Enfermagem**

A regulação da profissão de enfermagem é resultado do trabalho de várias gerações de enfermeiras, atuantes nos serviços e na docência e organizações profissionais que promoveram a aprovação desta lei, conforme aponta o trabalho

da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), publicado em 2011, que trata da Regulação da Profissão de Enfermagem na América Latina<sup>29</sup>.

Foi localizado na internet documento que se refere à Lei de Exercício Profissional de Enfermagem, publicada em 01 de setembro de 2005 na *Gaceta Oficial* n. 38.263<sup>30</sup>. O item 4º das Disposições Transitórias define que a lei deverá ser regulamentada no prazo de 180 dias pelo Executivo Nacional.

No entanto, de acordo com a OPAS<sup>31</sup>, até aquela data (2011), a lei ainda não havia sido regulamentada. Também não foi possível confirmar se esta norma chegou a entrar e/ou se ainda está em vigor. De todo modo, feitas as devidas ressalvas, vale a pena examinar o texto dos arts. 1º a 4º da lei, que definem o escopo e as atividades compreendidas pela enfermagem:

*Artículo 1. El objeto de la presente Ley sera regular el ejercicio de la enfermería segun estas disposiciones, su Reglamento, las normas de etica profesional, los acuerdos, tratados, pactos y convenciones suscritos por la Republica sobre la matéria.*

*Artículo 2. A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:*

*1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.*

*2. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.*

---

<sup>29</sup>ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. Regulacion de la enfermería en América Latina. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, n. 56. Washington, 2011. p. 251.

<sup>30</sup>LEY de Ejercicio de la Enfermería. *Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela*, n. 38.263, Caracas, 01 set. 2005.

<sup>31</sup>Id. *Ibid.*

3. Ejercer sus funciones en los ámbitos de planificación y ejecución de los cuidados directos de enfermería que le ofrece a las familias y a las comunidades.

4. Ejercer las prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la experiencia y educación continua.

Las funciones que determinan las competencias de los o las profesionales de la enfermería serán las establecidas en el manual descriptivo de cargos, aprobado por el Ministerio con competencia en materia de salud, así como en el Reglamento de la presente Ley.

Artículo 3. El enfermero o enfermera es un profesional egresado de una universidad, instituto o colegio universitario venezolano, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia, con conocimientos, habilidades y destrezas que se ocupan del cuidado de las personas, familias y comunidades durante todas las fases del proceso de crecimiento y desarrollo, en la salud y en la enfermedad, durante la discapacidad, la rehabilitación y, hasta en la muerte, así como la gestión del cuidado y servicio.

Artículo 4. El ámbito de aplicación de esta Ley comprende además del ejercicio profesional de la enfermería, las áreas de la docencia e investigación en todas las dependencias que presten servicios de salud, ya sean públicas o privadas.

Os arts. 5º e seguintes tratam dos requisitos para o exercício profissional:

Artículo 5. Para el ejercicio de la profesión de la enfermería en la República Bolivariana de Venezuela, se requiere:

1. Haber realizado estudios técnicos o superiores, los cuales se comprobarán al:

a. Poseer título de Licenciado o Licenciada en Enfermería expedido por una universidad venezolana reconocida, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia.

b. Poseer título de Técnico Superior Universitario en Enfermería expedido por instituto o colegio

*universitario reconocido, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia.*

*c. Poseer el título de Técnico Medio en Enfermería expedido por un centro o instituto educativo medio y diversificado, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia.*

*2. Registrar el título correspondiente en las oficinas públicas que establezcan las leyes e inscribirlo en el Ministerio con competencia en materia de salud.*

*3. Cumplir con todas las disposiciones de esta Ley y su Reglamento. Parágrafo Único: En caso de haber obtenido los títulos referidos en este artículo en una institución educativa extranjera, éstos deberán ser revalidados en la República Bolivariana de Venezuela, de acuerdo con lo establecido en las respectivas leyes de la República.*

Para fornecer uma ideia do conteúdo e abrangência da lei, vale destacar que os arts. 24 e seguintes tratam das infrações ao exercício ilegal da enfermagem, os arts. 27 e seguintes tratam dos conselhos e federações profissionais, seus tribunais e sanções e os arts. 50 e seguintes tratam da Federação de Colégios Profissionais.

Segundo o relatório da OPAS, boa parte das normas previstas no Código Deontológico de Enfermagem de 1990 foi incorporada pela lei de 2005: normas sobre direitos e obrigações dos enfermeiros, normas éticas, normas sobre honorários, sobre segredo profissional, entre outras.

### **3 Farmácia**

Foi localizado, na internet, texto que se refere à Lei de Exercício da Farmácia, publicado em 07 de julho de 1928, na *Gaceta Oficial* n. 16.551<sup>32</sup>. No entanto, como nos casos anteriores, não foi possível localizar a regulamentação da Lei, nem verificar se ela chegou a entrar em vigor e/ou ainda está em vigor. De todo modo, feitas as devidas ressalvas, vale a pena examinar o texto dos arts. 1º, 2º, 3º e 5º que tratam do escopo e dos requisitos para o exercício da profissão.

*Artículo 1. El ejercicio de la Farmacia comprende la elaboración, tenencia, importación, exportación y expendio de drogas, preparaciones galénicas,*

<sup>32</sup> LEY de Ejercicio de la Farmacia. *Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela*, n. 16.551, Caracas, 07 jul. 1928. Disponível em: <<http://www.defiendete.org/html/de-interes/LEYES%20DE%20VENEZUELA/LEYES%20DE%20VENEZUELA%20II/LEY%20DE%20EJERCICIO%20DE%20LA%20FARMACIA.htm>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

*productos químicos, productos biológicos, especialidades farmacéuticas y en general toda sustancia medicamentosa.*

*Artículo 2. Sólo pueden ejercer la Farmacia en Venezuela las personas que posean el título de farmacéutico expedido o revalidado conforme a la Ley y las que posean las licencias expedidas el año 1914 por el Ministerio de Relaciones Interiores, licencias que fueron declaradas definitivas con fecha 8 de junio de 1920.*

*Único. La Dirección de Sanidad Nacional sólo concederá permisos para ejercer la Farmacia en los lugares donde no ejerzan las personas mencionadas en este artículo; y dado el carácter provisional de los ya concedidos por la Ley anterior, éstos no tendrán efecto sino en los lugares donde no ejerzan farmacéuticos titulares.*

*Artículo 3. Toda persona autorizada para ejercer la profesión de farmaceuta debe matricularse en la Oficina Central de Sanidad Nacional y cumplir con las demás obligaciones que le imponen las leyes y reglamentos, sin cuyo cumplimiento no podrá ejercer legalmente dicha profesión.*

*[...]*

*Artículo 5. La reválida del Título de farmacéutico expedito por un Instituto Oficial extranjero, de reconocida reputación científica, se obtendrá tanto para los nacionales como para los extranjeros, de conformidad con la Ley de Exámenes y de Certificados y Títulos Oficiales.*

Para fornecer uma ideia do conteúdo e abrangência da lei, vale destacar que a lei também apresenta um rol de condutas proibidas, define infrações profissionais e sanções de natureza administrativa e penal.

## 4 Bioquímica

Foi localizado na internet documento que se refere à Lei de Exercício do Bioquímico, publicada em 23 de julho de 1973 na *Gaceta Oficial* n. 30.160<sup>33</sup>. Como nos casos anteriores, não foi possível identificar se esta lei foi regulamentada pelo

---

<sup>33</sup> JUSTIA VENEZUELA. *Ley de Ejercicio del Bioanálisis*. Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela, n. 30.160, Caracas, 23 jul. 1973. Disponível em: < <https://venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-de-ejercicio-del-bioanálisis/gdoc/>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

Executivo Nacional, nem se entrou e/ou ainda está em vigor. De todo modo, vale a pena examinar o texto dos arts. 1º e 2º, que definem o campo da bioquímica:

*Artículo 1. El ejercicio profesional del bioanálisis se regirá por la presente Ley y su Reglamento.*

*Artículo 2. El ejercicio de esta profesión consiste en el análisis de muestras provenientes de seres humanos, realizados mediante métodos científicos y tecnología propios del laboratorio clínico para suministrar datos al proceso de diagnóstico de enfermedades, su prevención y terapéutica.*

*Parágrafo Primero: Los profesionales legalmente autorizados por la presente Ley, podrán analizar, además, muestras provenientes de vegetales o animales.*

*Parágrafo Segundo: El ejercicio de cualquier especialización en alguna rama de las ciencias biológicas, con actividades comprendidas dentro del bioanálisis, cuando se circunscriba a su campo específico, no se considera ejercicio del bioanálisis a los efectos de esta Ley.*

*Parágrafo Tercero: Los análisis a que se refiere el presente artículo deberán ser ordenados por el profesional correspondiente, salvo en los casos de investigación científica.*

O art. 3º define os requisitos para o exercício da profissão:

*Artículo 3. El ejercicio del bioanálisis es de la competencia de los profesionales legalmente autorizados con tal objeto, según los requisitos siguientes:*

*a) Las personas que posean títulos de Licenciados en bioanálisis, expedido o revalidado por una universidad venezolana;*

*b) Las personas que antes de la promulgación de la presente Ley, hubieran obtenido título de bioanálisis o técnicos de laboratorios clínicos, expedido o revalidado por una universidad venezolana;*

*c) Los profesionales universitarios del campo de la salud que hasta la fecha de promulgación de la presente Ley hayan venido ejerciendo el laboratorio clínico. A los efectos que corresponda, la Federación de Colegios de Bioanálisis de Venezuela solicitará del respectivo Colegio profesional la información pertinente;*

d) *Los profesionales médicos que hayan realizado cursos de especialización no menores de tres (3) años, debidamente aprobados por las autoridades universitarias venezolanas y en tal virtud obtenido el título de Patólogo Clínico o título equivalente. A los efectos que corresponda, la Federación de Colegios de Bioanalistas de Venezuela solicitará del respectivo Colegio profesional la información pertinente.*

e) *Las personas que poseen certificados o diplomas de laboratoristas clínicos o técnicos de laboratorio expedidos por el Instituto de Ciencias Experimentales, Instituto Nacional de Higiene e institutos venezolanos autorizados oficialmente para expedirlo hasta 1951; los egresados de la promoción de Instituto Nacional de Higiene en 1953;*

f) *Las personas egresadas de la división de laboratorios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social hasta el año 1960, con diez (10) años de servicio continuo y las personas que hayan estado ejerciendo ininterrumpidamente la profesión de bioanálisis en forma integral durante los diez(10) años anteriores a la promulgación de la presente Ley. A tal efecto, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, una vez comprobado el número ininterrumpido de años de ejercicio profesional, otorgará la autorización correspondiente.*

E o art. 5º trata do registro dos títulos:

*Artículo 5. Para poder ejercer la profesión de bioanálisis los titulares y demás personas autorizadas por la presente Ley, deberán cumplir los siguientes requisitos: a) Registrar su título o autorización expedida por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con arreglo a lo dispuesto en el artículo 54 de la Ley de Registro Público; b) Inscribir su título o autorización expedida por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en el Registro que a tal efecto se llevará en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; c) Inscribirse en el Colegio profesional respectivo de la Jurisdicción donde ejerza; [...]*

Para fornecer uma ideia da abrangência e conteúdo da lei, vale destacar que o art. 4º confere ao Estado, por meio das universidades, a competência para regular os estudos de pós-graduação; o art. 6º define as hipóteses de exercício ilegal da profissão; os arts. 12 e seguintes tratam dos colégios profissio-

nais; os arts. 17 e seguintes tratam da Federação de Colégios de Bioquímicos; e os arts. 29 e seguintes tratam das sanções profissionais de natureza administrativa e penal.

## 5 Nutrição

Foi localizado na internet, documento que se refere à Lei de Exercício da Nutrição, publicada em 27 de agosto de 1998 na *Gaceta Oficial* n. 36.526<sup>34</sup>. Como nos casos anteriores, não foi possível identificar se a lei foi regulamentada pelo Executivo Nacional, nem se entrou e/ou ainda está em vigor. De todo modo, feitas as devidas ressalvas, vale a pena examinar o texto dos arts. 1º, 4º e 5º, que definem o campo de atuação do profissional de nutrição:

*Artículo 1. El ejercicio de la profesión de Licenciado en Nutrición y Dietética se regirá por las disposiciones de esta Ley, su Reglamento, los Reglamentos Internos y el Código de Ética Profesional que dictare el Colegio de Nutricionistas y Dietistas de Venezuela.*

[...]

*Artículo 4. Se entiende por ejercicio de la profesión del Licenciado en Nutrición y Dietética el cumplimiento de las actividades encaminadas a investigar, ejercitar, promover, evaluar, conservar, defender y rehabilitar el estado nutricional de la población en todos sus órdenes sociales y en las actividades inherentes a la alimentación, producción, conservación, almacenamiento, fortificación, propaganda del alimento y productos alimenticios, sin perjuicio de aquellas que, en la aplicación de su propia Ley de ejercicio, puedan ser ejercidas por otros profesionales.*

*Artículo 5. Constituyen actividades propias de los Licenciados en Nutrición y Dietética, amparados por esta Ley, las siguientes:*

*a) La dirección y ejercicio de actividades técnicas y administrativas en las instituciones públicas o privadas que tengan que ver con la alimentación y la nutrición de la población, así como el libre ejercicio de la profesión;*

---

<sup>34</sup>JUSTIA VENEZUELA. *Ley de Ejercicio de la Profesión del Licenciado en Nutrición y Dietética*. Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela, n. 36.526, Caracas, 27 ago. 1998. Disponível em: <<https://venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-de-ejercicio-de-la-profesion-del-licenciado-en-nutricion-y-dietetica/gdoc/>>. Acesso em: 09 fev. 2020.



- b) Dirigir y/o asesorar a empresas de industrialización y concesionarias de alimentos;*
- c) Asesorar a establecimientos industriales del ramo;*
- d) Participar y/o asesorar en materia de planificación, desarrollo, ejecución y evaluación de políticas y estrategias alimentarias y nutricionales del país;*
- e) Orientar y/o asesorar profesionalmente en lo concerniente a la nutrición humana en instituciones públicas y privadas de rehabilitación nutricional y estética;*
- f) Asesorar en la planificación, desarrollo, ejecución de normas y procedimientos de los programas, proyectos y planes en materia de alimentación y nutrición de la población;*
- g) Participar y/o asesorar en la planificación, desarrollo, ejecución y evaluación de programas de educación nutricional;*
- h) Supervisar, convalidar y evaluar mediante estudios previos todas las dietas que se publiquen o sean promovidas en los medios de comunicación;*
- i) Supervisar, vigilar y avalar los programas dirigidos a la población referidos a dietas y preparación de alimentos; y*
- j) Supervisar y/o asesorar los comedores escolares, populares e industriales.*

Os arts. 9º e 10º tratam dos requisitos para o exercício profissional:

*Artículo 9. Están protegidos por esta Ley aquellos profesionales que obtengan, revaliden o convaliden título de Licenciado en Nutrición y Dietética, en una institución creada o autorizada por la Ley de Universidades y que cumplan los siguientes requisitos:*

- a) Obtener el título de Licenciado en Nutrición y Dietética expedido por una universidad venezolana, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia o por otras universidades de países donde los venezolanos tengan las mismas prerrogativas, previo el cumplimiento de los requisitos exigidos para tal fin;*
- b) Quienes hayan obtenido el título de Dietista en una universidad del país antes del año 1971; y*
- c) Aquellas excepciones debidamente justificadas por el Colegio de Nutricionistas y Dietistas de Venezuela.*

*Artículo 10. Los mencionados profesionales protegidos en el artículo 9º de esta Ley, deberán inscribirse en el Colegio de Nutricionistas y Dietistas de Venezuela, en el Registro Público de acuerdo a las normas reglamentarias y en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.*

Para fornecer uma ideia da abrangência e conteúdo da lei, os arts. 14 e seguintes tratam do Colégio de Nutricionistas e suas competências; o art. 32 trata do Tribunal Disciplinar; o art. 33 trata do exercício ilegal da profissão; e os arts. 35 e seguintes tratam das respectivas sanções.

## 6 Fisioterapia

Foi localizado na internet, documento que se refere à Lei que regula o exercício da Fisioterapia na Venezuela, publicada em 01 de agosto de 2008 na *Gaceta Oficial* n. 38.985<sup>35</sup>. Não foi possível conferir se a lei entrou e/ou ainda está em vigor. De todo modo, feitas as devidas ressalvas, vale a pena examinar o texto dos arts. 1º, 2º e 5º que tratam do campo da fisioterapia:

*La Fisioterapia.*

*Artículo 1. La presente Ley tiene por objeto regular el ejercicio de la profesión de Fisioterapia, así como prever normas destinadas a regular la protección y supervisión de su ejercicio en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela.*

*Artículo 2. La Fisioterapia es una profesión del área de la salud, de libre ejercicio, con formación y educación universitaria. Su objetivo principal es el estudio, la valoración funcional, comprensión y manejo del movimiento del cuerpo humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del individuo. En tal sentido, las acciones de esta disciplina deben estar orientadas a la investigación, promoción, prevención, habilitación y rehabilitación con el fin de recuperar al máximo posible las funciones de las personas, mejorar su calidad de vida y contribuir con el desarrollo social. El o la fisioterapeuta.*

[...]

---

<sup>35</sup> LEY de Ejercicio de la Fisioterapia. *Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela*, n. 38.985, Caracas, 01 ago. 2008. Disponível em: <<http://actualidadlaboral.com.ve/admini/wp-content/uploads/Ley%20del%20Ejercicio%20de%20la%20Fisioterapia%20-Gaceta%20Oficial%20N38985%20del%201%20de%20agosto%20de%202008.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

*Artículo 5. El ejercicio de la Fisioterapia contempla:*

- 1. Valorar las deficiencias, limitaciones funcionales, actividad y participación, producto de accidentes, enfermedades y cambios naturales de la condición física del individuo, cuyo diagnóstico médico se ha realizado aplicando técnicas, métodos e instrumentos propios de la disciplina.*
- 2. Diagnosticar y cuantificar las deficiencias, limitaciones funcionales, restricciones en la actividad física y participación como resultado de la valoración fisioterapéutica.*
- 3. Planificar el programa y establecer los objetivos de tratamiento para las deficiencias, limitaciones funcionales, restricciones en la actividad física y participación encontradas aplicando para ello modalidades propias y exclusivas de su disciplina, tales como: agentes físicos, técnicas especializadas, técnicas manuales y ejercicios terapéuticos.*
- 4. Evaluar tanto los objetivos como los resultados de las técnicas de tratamiento.*
- 5. Participar en el desarrollo de planes, programas y proyectos de políticas públicas, de promoción del movimiento corporal humano y de la salud.*
- 6. Participar en el desarrollo de planes, programas y proyectos de políticas públicas de habilitación de la discapacidad.*
- 7. Participar en el desarrollo de los planes, programas y proyectos de políticas públicas de prevención de la discapacidad.*
- 8. Alentar y promover el desarrollo de planes, programas y proyectos de políticas públicas para la participación de las personas con discapacidad en actividades deportivas y recreativas.*
- 9. Participar en el desarrollo de planes, programas y proyectos de políticas públicas para la identificación y eliminación de obstáculos para las personas con y sin discapacidad.*
- 10. Participar en el desarrollo de planes, programas y proyectos de políticas públicas para la atención comunitaria a las personas con discapacidad.*

11. *Recopilar información y datos de investigación adecuados con el fin de elaborar estadísticas que permitan formular y aplicar políticas de promoción, habilitación, servicios de rehabilitación e integración de personas con discapacidad.*

12. *Ejecutar investigaciones científicas, destinadas a la renovación y construcción de conocimientos científicos tecnológicos que contribuyan al desarrollo de la profesión.*

13. *La gerencia de servicios fisioterapéuticos en los sectores de seguridad social, salud, trabajo y educación.*

14. *La dirección y gestión de programas académicos para la formación de fisioterapeutas.*

15. *La docencia en universidades, colegios universitarios y escuelas de fisioterapia.*

16. *La asesoría para el diseño, ejecución y dirección de programas de desarrollo social.*

17. *Atender a los pacientes referidos por los médicos de las distintas especialidades y de otros profesionales relacionados con la salud.*

18. *El ejercicio libre de su profesión en hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, departamentos de fisioterapia, consultorios, salas de rehabilitación integral, centros penitenciarios, centros educativos, deportivos, gimnasios, en la residencia del paciente, área docente y en todos aquellos lugares donde su conocimiento científico pueda aportar beneficios a la comunidad.*

19. *Garantizar la calidad de la acción terapéutica organizando en cada jornada, el número de pacientes que puedan atender por hora.*

Os arts. 3º e 7º tratam dos requisitos para o exercicio profissional da Fisioterapia:

*Artículo 3. El o la fisioterapeuta es aquel o aquella a quien el Estado le ha dado la potestad para el ejercicio de la profesión de fisioterapia, mediante el otorgamiento de un título universitario expedido por una institución de educación superior, nacional o extranjera, que haya cumplido con los requisitos establecidos en la presente Ley y leyes de la República Bolivariana de Venezuela.*

*Artículo 7. Para ejercer la profesión se requiere:*

1. *Poseer el título de Licenciado, Licenciada, Técnico Superior o Técnica Superior en Fisioterapia, expedido por una institución de educación superior habilitada por el Estado, conforme con las leyes.*
2. *Poseer títulos otorgados por universidades extranjeras, que en virtud de tratados internacionales sean equivalentes y que hayan sido revalidados o convalidados por una universidad de la República Bolivariana de Venezuela.*
3. *Registrar el título en las Oficinas Públicas de Registro conforme lo establezcan las leyes e inscribirlos en la Unidad de Registro de Título del Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de salud.*
4. *Participar en el desarrollo de programas de servicio de políticas públicas, promoción del movimiento corporal, habilitación, rehabilitación y prevención de la discapacidad.*
5. *Ejercer la profesión cuando por acuerdos internacionales, en condición de tránsito, hayan sido requeridos por la República para el ejercicio de la profesión.*

*Parágrafo Único. Los y las profesionales con títulos extranjeros, contratados y acreditados por el Estado o el sector privado con fines de investigación, docencia y asesoramiento, no estarán autorizados o autorizadas para el ejercicio independiente de la profesión en la República Bolivariana de Venezuela.*

Para fornecer uma ideia da abrangência e conteúdo da lei, vale destacar que os arts. 21 e seguintes tratam dos Colégios Profissionais e da Federação Venezuelana de Fisioterapeutas; os arts. 32 e seguintes tratam do Tribunal Disciplinar; os arts. 34 tratam do exercício ilegal da profissão; e os arts. 36 e seguintes tratam dos procedimentos e das sanções de natureza administrativa e penal.

Como visto, poucas informações puderam ser obtidas em sites oficiais do governo (Assembleia Nacional, MS e Ministério da Educação) e em artigos científicos sobre o tema. No entanto, por meio de dados coletados também em pesquisas livres feitas na internet, há indícios de que a regulação das profissões de saúde na Venezuela tende a ser disciplinada com base em norma do Poder Legislativo nacional – lei aprovada pela Assembleia Nacional, que define obrigações éticas, escopo da profissão e requisitos para o exercício profissional, constituição e funcionamento dos órgãos e colégios profissionais, infrações e sanções ao exercício da profissão, tribunais disciplinares, dentre outros temas.

### III Regulação da formação profissional

A Lei Orgânica de Educação da Venezuela, de 1980, foi publicada na *Gaceta Oficial* n. 2.635, de 28 de julho de 1980<sup>36</sup>. Em seu art. 30, reconhece a autonomia universitária dos institutos de educação superior. Em 1999, a autonomia universitária passou a ser reconhecida pela Constituição venezuelana em seu art. 109:

*Artículo 109. El Estado reconocerá la autonomía universitaria como principio y jerarquía que permite a los profesores [...] dedicarse a búsqueda del conocimiento a través de la investigación científica [...]. Las universidades autónomas se darán sus normas de gobierno [...]*

O relatório da OPAS menciona o art. 182 da Lei das Universidades, no seguinte contexto:

*En general para todas las carreras, la constitución reconoce la autonomía universitaria y enumera las entidades oficiales. El artículo 182 de la Ley de universidades dispone que los títulos y certificados que expiden las universidades privadas sólo producirán efectos legales al ser refrendados por el Ejecutivo Nacional, por órgano del Ministerio de Educación. Asimismo establece que la Oficina de Planificación del Sector Universitario (OPSU) – oficina técnica auxiliar del Consejo Nacional de Universidades – se encarga de instrumentar las políticas y estrategias para la educación superior y como oficina técnica del Consejo Nacional de Universidades y del Ministerio de Educación Superior, es de su competencia estudiar la aprobación de nuevas carreras, sedes, núcleos y universidades tanto oficiales como privadas y presentar sus recomendaciones al Consejo Nacional de Universidades<sup>37</sup>.*

Ainda de acordo com o relatório da OPAS “*existe también un Consejo Consultivo de Postgrado que evalúa las solicitudes de funcionamiento y acredita a los postgrados que lo soliciten*”<sup>38</sup>.

<sup>36</sup> ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Ley Orgánica de Educación*. Disponível em: <<http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/2018/08/Ley-Org%C3%A1nica-de-Educaci%C3%B3n.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>37</sup> ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. *Regulación de la enfermería en América Latina*. op. cit., p. 255-256.

<sup>38</sup> Id. *Ibid.*, p. 255.

Ainda neste relatório consta que:

*No se localizó un sistema formal de evaluación y acreditación de la educación superior. Conforme a información obtenida em el portal del Ministerio de Educación, existe um proyecto denominado CRESIES (Proyecto de control, registro y seguimiento de instituciones de educación superior oficiales y privadas) concebido com el fin de establecer los principales mecanismos de educación superior que permitan determinar y asegurar la calidad de las mismas, para el beneficio justo del desarrollo del país y de cada una de nuestras regiones, estados y municipios.*

De outro lado, no site do Ministério da Educação<sup>39</sup>, em junho de 2018, constava que a partir da Resolução n. 2533/2007, emitida pelo Ministério da Educação Superior, foi criado o Registro Nacional de Instituições, Programas, Graduações e Titulações de Educação Universitária devidamente autorizados pelo governo, com o fim de evitar ofertas educativas enganosas.

De acordo com ISAGS:

*Los médicos cirujanos generales em Venezuela son formados em universidades públicas (12 programas) y los médicos integrales comunitarios (um programa nacional com 12 núcleos) em carreras que duran seis años.*

*La formación de los profesionales em Farmacia, Odontología, Bioanálisis, Nutrición y Dietética se desarrolla generalmente em universidades públicas.*

*Em cuanto a los licenciados em Tecnología de los Alimentos, hay dos programas de formación em universidades públicas; once escuelas universitarias para la formación de Licenciados em Enfermería, seis para formación de Licenciados em Biología; cinco para formación em Química; dos programas de formación de Licenciados em Fisioterapia com cuatro y cinco años de duración; una universidad pública y cuatro núcleos com formación de Licenciados em Gestión en Salud Pública durante cuatro años; cuatro universidades públicas forman Licenciados em Trabajo Social, com cinco años de formación y en una universidad pública se forman Licenciados em Radioterapia, com una duración de la carrera de cuatro años.*

---

<sup>39</sup>MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN. Disponível em: <<http://me.gob.ve/>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

*Para superar deficiências em la formación de personal técnico cardiopulmonar, de fisioterapia, electromedicina, cito e histo-tecnologia, radiologia, radiodiagnóstico y terapia de lenguaje entre otras, trabajan conjuntamente el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior y el Ministerio del Poder Popular para la Salud para la creación de programas novedosos de formación<sup>40</sup>.*

Segundo o ISAGS, a formação da força de trabalho em saúde é responsabilizada do Estado: “nas universidades públicas, mediante programas ativos de nível técnico e profissional, restando muito pouca responsabilidade sobre este tema às instituições privadas”<sup>41</sup> (tradução nossa).

É o que diz também Bonvecchio et al.:

*Tal como lo establece el artículo 84 de la Constitución, el Estado tiene la obligación de ejercer la rectoría y de gestionar el SPNS. El MS es el órgano rector del sector salud y entre sus principales responsabilidades destacan: 1) la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud, **incluyendo las políticas relacionadas con la formación de profesionales del área de la salud**; 2) la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos; 3) la regulación de las instituciones privadas y públicas que prestan servicios de salud; 4) la regulación y fiscalización de los medicamentos, desde su fabricación hasta su uso en pacientes; 5) la gestión y participación en la salud pública de capacitación y permanente formación de personal para la salud; y 6) la acreditación y certificación de los establecimientos de atención médica y de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud<sup>42</sup>. (Destaques nossos)*

O MS “conta com Direções Gerais e organismos incumbidos da planificação e a formação de recursos humanos, entre eles a Direção Geral de Investigação e Educação, o Instituto de Altos Estudos e o Instituto Nacional de Higiene<sup>43</sup>” (tradução nossa).

<sup>40</sup>INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. op. cit., p. 814

<sup>41</sup>Id. loc. cit.

<sup>42</sup>BONVECCHIO, A. et al. op. cit.

<sup>43</sup>INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. op. cit., p. 814.



A Direção Geral de Investigação e Educação tem como objetivo desenhar políticas e estratégias orientadas à programação e execução de planos e programas de formação e capacitação da força de trabalho em saúde:

nos níveis de graduação, pós-graduação e “permanente”, em articulação com os diferentes organismos, ministérios e missões sociais de saúde e educação. Entre suas metas, incluem-se também impulsionar e promover investigações científicas e tecnológicas orientadas a elevar a qualidade de vida da população e garantir a sustentabilidade e eficiência das redes do Sistema de Saúde, de acordo com o plano de Desenvolvimento a nível local e regional<sup>44</sup>.

Entre suas faculdades estão:

desenhar políticas e estratégias que orientem a docência e a investigação para o Sistema de Saúde;

formular planos e projetos que promovam o desenvolvimento de competências com base nas prioridades e estratégias das políticas e situação de saúde do país, com participação das comunidades devidamente organizadas conforme a lei;

coordenar e promover a corresponsabilidade setorial e intersetorial com universidades, centros de investigação e demais instituições nacionais e internacionais, competentes para desenvolver planos, programas e projetos em docência e investigação em matéria de saúde;

coordenar e apoiar a execução de planos e projetos que impulsionem o desenvolvimento de investigações e tecnologias em áreas de alta prioridade para o Ministério da Saúde, em concordância com os órgãos e entes competentes;

definir as diretrizes para o desenho e elaboração dos programas de formação nos diferentes níveis de capacitação da força de trabalho no campo da saúde, centrados na ética e na pertinência social;

acreditar as diversas instituições que formam profissionais e técnicos de saúde, de acordo com as prioridades estabelecidas nas políticas do Ministério da Saúde como órgão reitor nesta matéria;

<sup>44</sup>INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. op. cit., p. 814.

elaborar as normas internas e estabelecer mecanismos de regulação para a certificação e recertificação do exercício dos profissionais e técnicos do setor de saúde; e

elaborar as normas internas e estabelecer mecanismos de aprovação bioética para a certificação de projetos de investigação e para a difusão dos produtos desenvolvidos<sup>45</sup>. (Tradução nossa)

#### O Instituto de Altos Estudos em Saúde Pública “Dr. Arnaldo Gabaldón”

tem como missão a execução de políticas integrais de formação de força de trabalho em saúde pública através do desenho e desenvolvimento de pós-graduação, educação permanente, investigação, capacitação e assessoria que permitam contribuir para a construção e consolidação do SPNS, respondendo às necessidades sociais prioritárias da população venezuelana<sup>46</sup>. (Tradução nossa)

#### O Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”

é um ente técnico científico vinculado ao Ministério do Poder Popular para a Saúde, habilitado para outorgar títulos acadêmicos, formar profissionais da saúde em estudos de quarto nível (especialização) e na área de vigilância sanitária dos medicamentos e do diagnóstico das enfermidades causadas por fungos, assim como diversas graduações e cursos de extensão em temas de impacto em saúde pública, como a vigilância sanitária de alimentos<sup>47</sup>. (Tradução nossa)

### **IV Políticas relacionadas à força de trabalho da saúde**

Conforme ISAGS, para desenvolver a força de trabalho da saúde, o governo adotou novas estratégias de formação de profissionais<sup>48</sup>.

O programa de formação em enfermagem<sup>49</sup> (Missão Sucre) incorporou um grande contingente de bacharéis ao programa de formação como técnicos su-

---

<sup>45</sup>INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. op. cit., p. 814-815.

<sup>46</sup>Id. loc. cit.

<sup>47</sup>Id. loc. cit.

<sup>48</sup>INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. op. cit., p. 812.

<sup>49</sup>Id. loc. cit.

periores em enfermagem. Os Programas Nacionais de Formação (acadêmicos) foram desenvolvidos em diversas regiões do país sob a coordenação de várias universidades nacionais, sendo que tais programas estão vinculados aos estabelecimentos de atenção primária de Barrio Adentro.

A Missão Sucre<sup>50</sup> surge como alternativa de educação universitária a partir de 2003, mas permanece integrada ao Ministério da Educação Universitária. São 26 programas nacionais de formação, dentre eles: administração, direito, artes plásticas, eletrônica, geologia, turismo. Das nove profissões de saúde ora pesquisadas, apenas enfermagem consta na Missão Sucre.

No site da Missão Sucre, há informação sobre a reitoria do sistema de educação universitária venezuelano. Lá consta que as políticas e os serviços de educação e saúde são de competência do poder público (art. 156 da Constituição).

A Lei Orgânica da Administração Pública estabelece como órgãos superiores de direção o presidente e o vice-presidente da República, o Conselho de Ministros, os ministros e vice-ministros. O fundamento legal a que faz referência é o Decreto n. 5103/2006, que trata da Administração Pública Nacional. De acordo com o art. 15 deste decreto, cabe ao Ministério da Educação Universitária a regulação, a formulação e o encaminhamento de políticas, o planejamento e a realização das atividades do Executivo Nacional em matéria de educação universitária. No mesmo site<sup>51</sup>, consta a estrutura do ministério; os *organismos desconcentrados* e os *entes descentralizados*, dentre eles a Missão Sucre).

O relatório da OPAS menciona uma política específica para a carreira de enfermagem (formação técnica):

*Respecto a la educación técnica, la Resolución n°659 del 4 de septiembre de 1985 dicta los lineamientos generales que definen la política del Estado Venezolano para la formación de técnico superior en la especialidade de enfermeira<sup>52</sup>.*

Conforme o ISAGS<sup>53</sup>, também foi criado o Programa Nacional de Formação em Medicina Integral Comunitária, sob a direção e supervisão de um comitê interinstitucional que desenha, apoia e avalia continuamente seu desenvolvimento: O Ministério da Educação Universitária, o MS, a Delegação Médica Cubana e as seis universidades participantes. O programa foi impulsionado em 2005

---

<sup>50</sup>MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA. *Misión Sucre*. Disponível em: <<http://www.misionsucre.gov.ve/#fundacion>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>51</sup> Id. *Ibid.*

<sup>52</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. *Regulación de la enfermería en América Latina*. op. cit., p. 256.

<sup>53</sup> INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. op. cit., p. 813.

quando se iniciou o curso com matrícula de 15.403 alunos. Em 2011 graduou-se o primeiro grupo de médicos integrais composto por 8.200 novos profissionais. Neste mesmo ano, havia 28.000 estudantes em curso e outros 22.000 seguiam os estudos tradicionais.

Por fim, na internet foi localizado documento denominado “Memória 2013” do MS<sup>54</sup>, que relata linhas de ação da instituição, objetivos alcançados, obstáculos da gestão, informação dos entes adstritos, entre outros. Neste documento, foram identificados dois projetos relacionados à formação e capacitação de talento humano, envolvendo os seguintes descritores: (i) expandir e consolidar os serviços de saúde de forma oportuna e gratuita (Formação e Capacitação de Talento Humano em Saúde Pública); e (ii) fortalecer a prevenção e o controle de enfermidades (Formação e Capacitação de Talento Humano em Saúde Pública).

Esses projetos encontram-se localizados sob a diretriz denominada “Suprema Felicidade Social” e têm como objetivo consolidar o Sistema Público Nacional de Saúde por meio do aprofundamento do Programa Barrio Adentro. Os órgãos envolvidos são o Instituto de Altos Estudos em Saúde Pública e o Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, bem como a Direção Geral de Investigação e Educação.

Também foi localizado na internet o artigo “Políticas para o Ensino Superior no âmbito do projeto revolucionário bolivariano da Venezuela: aspectos históricos e conceituais”, que trata das políticas educacionais da Venezuela pós-governo Chávez<sup>55</sup>.

Como dito, em razão das limitações da pesquisa, este trabalho ficou restrito ao levantamento de dados, com ênfase naqueles produzidos entre os anos de 1999 (data da última Constituição) e 2014, quando tem início o agravamento da crise econômica e social que atinge o país. Por este motivo, não foi possível elaborar uma análise do quadro normativo e político, nem apresentar uma conclusão final sobre os modelos regulatórios dos profissionais de saúde da Venezuela na atualidade. De todo o modo, mesmo que tais documentos não possam comprovar o sentido, nem o conteúdo da “regulação” vigente no país, ao menos podem apontar indícios para uma pesquisa futura.

---

<sup>54</sup> MINISTÉRIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. *Memoria 2013*. Caracas, 2014. Disponível em: <<https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2016/07/Memoria-MPPS-2013.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>55</sup> RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; NOGUEIRA, Francis Mary Guimaraes. Políticas para o ensino superior no âmbito do projeto revolucionário bolivariano da Venezuela: aspectos históricos e conceituais. *Perspectiva*, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 603-628, out. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2009v27n2p603>>. Acesso em: 09 fev. 2020. <https://doi.org/10.5007/2175-795X.2009v27n2p603>.

## Referências

- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Ley del Ejercicio de la Medicina*. Disponível em: < <https://alc.com.ve/wp-content/uploads/2013/10/Ley-del-Ejercicio-de-la-Medicina.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- \_\_\_\_\_. *Ley Orgánica de Educación*. Disponível em: <<http://www.minci.gob.ve/wp-content/uploads/2018/08/Ley-Org%C3%A1nica-de-Educaci%C3%B3n.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- BONVECCHIO, A. et al. Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública de México*, v. s. 2, 2011.
- CANCEL, D. In Venezuela, two public-health systems grow apart *The Lancet*, v. 370, n. 9586, 11 ago. 2017. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61215-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61215-X/fulltext). Acesso em: 09 fev. 2020.
- FRASER, B. Data reveal state of Venezuelan health system. *The Lancet*, v. 389, n. 10084, 27 maio 2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31435-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31435-6). Acesso em: 09 fev. 2020.
- GOBIERNO BOLIVARIANO DE VENEZUELA. Universidad Nacional Experimental de la Seguridad. *Ley Organica del Sistema Nacional de Salud*. Disponível em: <<http://repositorios.unes.edu.ve:8080/jspui/bitstream/123456789/357/1/LEY%20ORGANICA%20DEL%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20SALUD.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2020.
- INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD – ISAGS. *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.
- JUSTIA VENEZUELA. *Ley de Ejercicio del Bioanálisis*. Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela, n. 30.160, Caracas, 23 jul. 1973. Disponível em: < <https://venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-de-ejercicio-del-bioanalisis/gdoc/>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- \_\_\_\_\_. *Ley de Ejercicio de la Profesión del Licenciado en Nutrición y Dietética*. Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela, n. 36.526, Caracas, 27 ago. 1998. Disponível em: <<https://venezuela.justia.com/federales/leyes/ley-de-ejercicio-de-la-profesion-del-licenciado-en-nutricion-y-dietetica/gdoc/>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- LEY de Ejercicio de la Enfermería. *Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela*, n. 38.263, Caracas, 01 set. 2005.
- LEY de Ejercicio de la Farmacia. *Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela*, n. 16.551, Caracas, 07 jul. 1928. Disponível em: <<http://www.defiendete.org/html/de-interes/LEYES%20DE%20VENEZUELA/LEYES%20DE%20VENEZUELA%20II/LEY%20DE%20EJERCICIO%20DE%20LA%20FARMACIA.htm>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

- LEY de Ejercicio de la Fisioterapia. *Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela*, n. 38.985, Caracas, 01 ago. 2008. Disponível em: <<http://actualidadlaboral.com.ve/admini/wp-content/uploads/Ley%20del%20Ejercicio%20de%20la%20Fisioterapia%20-Gaceta%20Oficial%20N38985%20del%201%20de%20agosto%20de%202008.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- MAHMOOD, Qamar; MUNTANER, Carles. Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela. *Global Health Promotion*, v. 20, n.1, p. 59–67. 10.1177/1757975913476902 <http://ped.sagepub.com>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN. Disponível em: <<http://me.gob.ve/>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- MINISTÉRIO DEL PODER POPULAR PARA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA. *Misión Sucre*. Disponível em: <<http://www.misionsucre.gov.ve/#fundacion>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- MINISTÉRIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. *Memoria 2013*. Caracas, 2014. Disponível em: <<https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2016/07/Memoria-MPPS-2013.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. *PLISA – Plataforma de Información em Salud para las Americas*. Disponível em: <[http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com\\_content&view=article&id=515:indicadoresvz&Itemid=347](http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresvz&Itemid=347)> Acesso em: 09 fev. 2020.
- \_\_\_\_\_. Regulacion de la enfermeria en América Latina. *Serie Recursos Humanos para la Salud*, n. 56. Washington, 2011. p. 251.
- RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães. Políticas para o ensino superior no âmbito do projeto revolucionário bolivariano da Venezuela: aspectos históricos e conceituais. *Perspectiva*, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 603-628, out. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2009v27n2p603>>. Acesso em: 09 fev. 2020. <https://doi.org/10.5007/2175-795X.2009v27n2p603>.
- ROA, Carrillo Alejandra. Sistema de salud em Venezuela: un paciente sin remedio?, *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, e00058517, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00058517.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- THE collapse of the Venezuelan health system. *The Lancet*, v. 391, n. 10128, 07 abr. 2018. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00277-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00277-4/fulltext). Acesso em: 09 fev. 2020.
- WORLD BANK. *DataBank – Health nutrition and population statistics*. Disponível em: <[http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?Code=SH.XPD.PCAP&Id=7f18f0c5&Report\\_Name=Health&populartype=series#](http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?Code=SH.XPD.PCAP&Id=7f18f0c5&Report_Name=Health&populartype=series#)>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- \_\_\_\_\_. *Global economic prospects: Latin America and the Caribbean*. 09 jan. 2018. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/region/lac/brief/global-economic-prospects-latin-america-and-the-caribbean>. Acesso em: 09 fev. 2020.

● *Venezuela: regulação da formação e do exercício profissional dos profissionais de saúde*

WORLD BANK. *The World Bank in Venezuela*. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/en/country/venezuela/overview>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

TINKER-SALAS, Miguel. *Venezuela – what everyone needs to know*. Oxford University Press, 2015. p. 194.

VENEZUELA. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Disponível em: <<https://venezuela.justia.com/federales/constitucion-de-la-republica-bolivariana-de-venezuela/titulo-i/>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

**Estudos comparados das normas  
reguladoras das profissões técnicas  
de nível médio de análises clínicas,  
enfermagem e radiologia da  
Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai**

Compared studies of regulatory standards  
for medium-level technical professions in  
clinical analysis, nursing and radiology in  
Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay

---

Marina de Neiva Borba<sup>1</sup>  
Gabrielle Kölling<sup>1</sup>  
Isadora da Silveira Steffens<sup>1</sup>  
Jameson Vinícius Martins da Silva<sup>1</sup>  
Caroline de Araújo Rodas<sup>1</sup>  
Nathalia Fernandes de Carvalho<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.



## Introdução

Criado em 1991 pelo Tratado de Assunção, o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) é uma iniciativa de integração regional que possui entre outros órgãos deliberativos e consultivos o Grupo Mercado Comum (GMC), cujas resoluções são cogentes, ou seja, devem ser acatadas pelos quatro Estados-Partes: Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai.

O GMC é formado por 14 Subgrupos de Trabalho que são órgãos técnicos divididos por áreas específicas. Em 1996, a Resolução GMC n. 151/1996 criou o Subgrupo de Trabalho n. 11 (SGT11) sobre a saúde, cuja coordenação geral fica a cargo dos Coordenadores Nacionais dos quatro Estados-Partes e as tarefas são definidas na Pauta Negociadora.

O SGT11 é composto por três áreas de trabalho: a Comissão de produtos para a saúde (COPROSAL), a Comissão de vigilância em saúde (COVIGSAL) e a Comissão de serviços de atenção à saúde (COSERATS), sendo essa última subdividida em três subcomissões: a Subcomissão de serviço de saúde (SCOPSS), a Subcomissão de desenvolvimento e exercício profissional (SCOEJER) e a Subcomissão de avaliação e uso de tecnologias em serviços de saúde (SCOTECNO).

A livre circulação da força de trabalho em saúde no MERCOSUL é, portanto, um dos programas e pautas de trabalho do SCOEJER. Nesse sentido, em 2004, foi aprovada a Resolução GMC n. 27, que instituiu a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no MERCOSUL<sup>1,2</sup>, frente à necessidade de padronização mínima de informações sobre os profissionais de saúde e de criação de registros nacionais suscetíveis de homologação entre os Estados-Partes.

Vale acrescentar que essa resolução aprovou uma lista de profissões de grau universitário comuns aos Estados-Partes para que sejam harmonizadas e incorporadas à essa matriz mínima de registro de profissionais de saúde do MERCOSUL.

Oportuno lembrar que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>3</sup>, os profissionais da saúde diferenciam-se dos técnicos e auxiliares da saúde:

---

<sup>1</sup> MERCOSUL. Grupo Mercado Comum. *Resolução n. 27/2004*. Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no MERCOSUL. Disponível em: <[http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas\\_web/Resoluciones/PT/RES\\_027-004-Matriz%20min%20prof%20saude-Port\\_At%203-04.PDF](http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_027-004-Matriz%20min%20prof%20saude-Port_At%203-04.PDF)>. Acesso em: 10 mai. 2018.

<sup>2</sup> Vale esclarecer que a internalização dessa resolução já foi feita pelos quatro países: na Argentina, por meio da Res. MSyA n. 604/2005; no Brasil, pela Portaria MS n. 552, de 13 de abril de 2005; no Paraguai, pelo Decreto n. 10209/2007; e no Uruguai, pelo Decreto n. 282/2007.

<sup>3</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Classification of health workforce statistics: Mapping occupations to the international standard classification*, s.d., Genebra. Disponível em: <[http://www.who.int/hrh/statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2018.

Os **profissionais de saúde** estudam, promovem ou fornecem serviços de saúde preventivos, curativos, de reabilitação e com base em um extenso corpo de conhecimento teórico e empírico para diagnóstico e tratamento de doenças e outros problemas de saúde. Eles podem realizar pesquisas sobre doenças humanas e maneiras de tratá-los e, supervisionar outros trabalhadores. O conhecimento e as habilidades necessárias são normalmente obtidos como resultado de **estudos em instituição de ensino superior** em área de conhecimento relacionada com a saúde por um **período de 3-6 anos** que visa a obtenção de um primeiro diploma ou qualificação superior (destaques nossos).

Os **técnicos e auxiliares** de saúde realizam tarefas técnicas e práticas para apoiar o diagnóstico e tratamento de doenças, lesões e deficiências, e para apoiar a implementação de planos de saúde, tratamento e encaminhamento geralmente estabelecidos por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Exigências de qualificação formal específica são frequentemente um requisito essencial para a entrada nessas ocupações; excepcionalmente, a experiência de trabalho relevante e a formação prolongada no local de trabalho podem substituir a educação formal (destaques nossos).

Assim, de maneira geral, profissionais de saúde são aqueles que realizam ações e serviços relacionados à promoção, prevenção e recuperação da saúde, cujas competências para o exercício profissional foram adquiridas em uma instituição de ensino superior, enquanto que os técnicos e auxiliares de saúde são aqueles que realizam tarefas técnicas e práticas para apoiar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, cujas habilidades foram adquiridas mediante qualificação formal específica, via de regra, materializada por cursos técnicos profissionais de nível médio.

A partir dessas e outras iniciativas para migração dos profissionais de saúde, torna-se, pois, imperioso mapear e comparar informações relativas às ocupações técnicas e auxiliares de saúde, especificamente: os técnicos de análises clínicas, enfermagem e radiologia, cujas atuações junto aos demais profissionais são imprescindíveis para efetivação do direito à saúde.

Assim, os objetivos deste capítulo são mapear e comparar as normas jurídicas vigentes que regulam às profissões técnicas de nível médio de análises clínicas, enfermagem e radiologia da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

Para isso, realizou-se uma pesquisa qualitativa, com finalidade descritiva, realizada mediante a utilização das técnicas bibliográfica e documental. Essa pesquisa bibliográfica e documental pautou-se no levantamento de normas jurídicas vigentes relacionadas às profissões técnicas de radiologia, análises clínicas e enfermagem. Foram pesquisados os atos normativos reguladores da formação e do exercício profissional dessas ocupações técnicas na Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, utilizando-se como descritor o nome de cada ocupação técnica. Foram excluídos, portanto, os atos normativos revogados. A partir do levantamento desse *corpus* documental, foram eleitas as seguintes categorias analíticas para levantamento de dados dessas três profissões técnicas: quanto à formação, competência regulatória e instituições formadoras; quanto ao exercício profissional, órgãos competentes para o registro e fiscalização profissional.

Nos tópicos seguintes, serão explicitadas as normas jurídicas reguladoras das profissões técnicas de nível médio de análises clínicas, enfermagem e radiologia da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai para, em seguida, ser feita a comparação entre elas.

## **I Normas jurídicas reguladoras das profissões técnicas de nível médio de análises clínicas, enfermagem e radiologia da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai**

### **I Argentina**

A regulação da formação profissional na Argentina é de competência do governo federal. Nesse sentido, o Congresso Nacional sancionou a Lei da Educação Técnica Profissional (Lei n. 26.058/2005)<sup>4</sup> que regulamentou a educação técnica profissional de nível médio e superior não universitário (art. 1º).

De acordo com o art. 9º dessa Lei, a oferta de cursos técnicos:

*ARTICULO 9º. Están comprendidas dentro de la presente ley las instituciones del Sistema Educativo Nacional que brindan educación técnico profesional, de carácter nacional, jurisdiccional y municipal, ya sean ellas de gestión estatal o privada; de nivel medio y superior no universitario y de formación profesional incorporadas en el Registro Federal de Instituciones de Educación Técnico Profesional, a saber:*

---

<sup>4</sup>ARGENTINA. *Ley de Educación Técnico Profesional – Ley 26.058/2005*. Disponível em: <<http://www.inet.edu.ar/wp-content/uploads/2012/10/ley-26058.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

*a) Instituciones de educación técnico profesional de nivel medio.*

*b) Instituciones de educación técnico profesional de nivel superior no universitario.*

*c) Instituciones de formación profesional. Centros de formación profesional, escuelas de capacitación laboral, centros de educación agraria, misiones monotécnicas, escuelas de artes y oficios, escuelas de adultos con formación profesional, o equivalentes.*

O Conselho Federal de Educação detém a competência para aprovar critérios e parâmetros mínimos para as carreiras técnicas de nível médio e superior não universitária (art. 22, Lei n. 26.058/2005), constituindo um marco de referência para os processos de homologação de títulos e certificações da educação técnica profissional.

Já a regulação do exercício profissional dos técnicos de saúde, dentre os quais se incluem os técnicos de análises clínicas, enfermagem e radiologia, é feita pela lei nacional n. 17.132/1967<sup>5</sup> e pelas legislações provinciais.

De acordo com o art. 42 da Lei n. 17.132/1967, são consideradas atividades de colaboração da medicina e odontologia, entre outros, os “enfermeiros”, os “assistentes de radiologia” e os “assistentes de laboratório” que poderão exercer suas atividades desde que tenham (art. 44): diploma concedido por uma universidade pública ou privada habilitada pelo governo federal; diploma concedido por universidade estrangeira e revalidado nacionalmente; diploma concedido por escolas reconhecidas pela Secretaria Estadual de Saúde Pública, de acordo com as regulamentações provinciais; ou, por fim, os argentinos natos, graduados em universidades estrangeiras, que preencham os requisitos exigidos pelas universidades públicas para validação dos seus títulos.

Ademais, cada província irá regulamentar a carreira e o regime legal para exercício profissional dos técnicos de saúde no seu âmbito jurisdicional. Em Buenos Aires, por exemplo, recai sobre a autoridade sanitária provincial (art. 12 da Lei n. 1831/2005<sup>6</sup>): a regulação e fiscalização do exercício das diferentes especialidades técnicas (alínea “a”); o registro ou inscrição para atuação profissional (alíneas “c” e “d”); o exercício do poder disciplinar (alínea “f”), entre outras atribuições.

---

<sup>5</sup>ARGENTINA. *Ley nacional 17132/1967*. Ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares. Disponível em: <<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-Nacional-Nº-17132-Ejercicio-de-la-Medicina-Odontologia-y-Actividades-Auxiliares.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

<sup>6</sup>BUENOS AIRES. *Ley 1831/2005*. Régimen legal para el ejercicio profesional de los técnicos de la salud de la ciudad. Disponível em: <<http://www2.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley1831.html>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

Assim, na Argentina, a regulação da formação e do exercício profissional das profissões técnicas de análises clínicas, enfermagem e radiologia é ampla e geral, não havendo uma legislação específica para cada uma. De modo geral, o governo federal regula normas gerais sobre formação e exercício profissional e os governos provinciais exercem efetivamente o registro, a fiscalização e aplicação de sanções.

## 2 Brasil

No Brasil, a educação profissional técnica de nível médio é regida pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB) – Lei n. 9.394/1996<sup>7</sup> – que estabelece que a sua formação geral poderá ser articulada ou subsequente ao ensino médio.

O órgão que detém a competência regulatória para a formação dos profissionais técnicos é a Câmara de Educação Básica, componente do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação, cujas atribuições, entre outras, são examinar os problemas da educação de nível médio e deliberar sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais propostas pelo Ministério da Educação (art. 9º, §1º, alíneas “a” e “c”, da Lei n. 4.024/1961<sup>8</sup>).

Nesse sentido, a Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação editou a Resolução n. 6/2012, definindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Médio<sup>9</sup>.

O art. 10 dessa resolução dispõe que a “oferta de curso de Educação Profissional Técnica de Nível Médio em instituições públicas e privadas, em quaisquer das formas, deve ser precedida da devida autorização pelo órgão competente do respectivo sistema de ensino”. Isso significa, por exemplo, que para ser ofertado um curso técnico em uma instituição estadual é necessária autorização pelo conselho estadual de educação.

Logo, no Brasil, há uma ampla rede de oferta de cursos técnicos de nível médio: as escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (SUS), institutos federais, Sistema “S” (Senai, Senac, Senat, Senar), universidades públicas e privadas, escolas técnicas estaduais e municipais públicas e privadas.

---

<sup>7</sup>BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L9394.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

<sup>8</sup>BRASIL. Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L4024compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L4024compilado.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

<sup>9</sup>BRASIL Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução n. 6, de 20 de setembro de 2012. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=11663-rceb006-12-pdf&category\\_slug=setembro-2012-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=11663-rceb006-12-pdf&category_slug=setembro-2012-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

Por sua vez, o exercício profissional das profissões técnicas de análises clínicas, enfermagem e radiologia encontra-se regulamentado por lei e/ou pelos respectivos conselhos profissionais, sendo necessário analisar cada caso.

Em relação ao exercício dos técnicos em análises clínicas, a Resolução n. 485, de 21 de agosto de 2008<sup>10</sup>, devido à necessidade de unificar as terminologias da formação do técnico de nível médio que atua na área das Análises Clínicas, considerou como técnico de laboratório de análises clínicas o auxiliar técnico em laboratório de análises clínicas, o técnico em patologia clínica e o técnico em biodiagnóstico se houver características similares de formação.

Com isso, ratificou-se a determinação da Lei n. 3.820/1960 que regulamenta o registro dos profissionais não farmacêuticos, dentro os quais se inclui o técnico de análises clínicas, pelo conselho regional de farmácia da respectiva jurisdição de atuação (art. 14, parágrafo único, alínea “a”<sup>11</sup>).

Em decorrência disso, também compete aos conselhos regionais de farmácia a fiscalização do exercício profissional e a aplicação de sanções por infrações à lei e aos deveres da profissão (art. 10, alínea “c”, da Lei n. 3.820/1960).

Quanto aos profissionais técnicos da área da enfermagem, a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, considera como técnicos de enfermagem (art. 7º) o titular de diploma ou certificado de técnico em enfermagem que tenha sido expedido de acordo com a legislação pertinente e registrado pelo órgão competente (inciso I), além do titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola estrangeira que tenha o diploma revalidado no Brasil ou que seja registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural (inciso II)<sup>12</sup>.

De acordo com o art. 2º dessa lei, as atividades profissionais somente podem ser exercidas após inscrição no conselho regional de enfermagem da respectiva área de atuação, a quem incumbirá, nos termos da Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973<sup>13</sup>, o dever de fiscalização do exercício profissional (art. 15, inciso II), observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal, e o dever de aplicar sanções aos infratores do Código de Deontologia de Enfermagem (art. 18).

---

<sup>10</sup> BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. *Resolução n. 485, de 21 de agosto de 2008*. Dispõe sobre o âmbito profissional de técnico de laboratório de nível médio em análises clínicas. Disponível em: <<http://cff-br.implanta.net.br/portaltaltransparencia/#publico/Listas?id=704808bb-41da-4658-97d9-c0978c6334dc>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

<sup>11</sup> BRASIL. *Lei n. 3.8620, de 11 de novembro de 1960*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L3820.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3820.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

<sup>12</sup> BRASIL. *Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

<sup>13</sup> BRASIL. *Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973*. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973\\_4162.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

Finalmente, o exercício profissional dos técnicos em radiologia é regulamentado pela Lei n. 7.394, de 29 de outubro de 1985<sup>14</sup>, e pelo Decreto n. 92.790, de 17 de junho de 1986<sup>15</sup>, que estabelecem as seguintes condições para atuação profissional:

Lei n. 7.394, de 29 de outubro de 1985

Art. 2º - São condições para o exercício da profissão de Técnico em Radiologia:

I – ser portador de certificado de conclusão do ensino médio e possuir formação profissional mínima de nível técnico em Radiologia;(Redação dada pela Lei n. 10.508, de 10.7.2002)

II – possuir diploma de habilitação profissional, expedido por Escola Técnica de Radiologia, registrado no órgão federal (vetado).

Cumpridos esses requisitos, os técnicos em radiologia deverão se inscrever no conselho regional de técnicos em radiologia (art. 23, incisos I e II, do Decreto n. 92.790/86), a quem também competirá a fiscalização do exercício profissional (art. 23, inciso III) e, quando for necessário, a aplicação de penas disciplinares (art. 25).

Verifica-se, portanto, que a profissão de técnico de radiologia é a única dos três casos ora estudados a ter uma lei específica regulamentadora e um conselho federal e regional específicos.

### 3 Paraguai

Até a entrada em vigor da Lei n. 4995/2013<sup>16</sup>, que regulamenta a educação superior no Paraguai, o Instituto Nacional de Saúde, órgão componente do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS), detinha maior protagonismo em relação à formação dos técnicos da área da saúde, controlando o processo de admissão, avaliação e registro de alunos, tudo em parceria com o Ministério de Educação e Ciências (MEC).

<sup>14</sup> BRASIL. *Lei n. 7.394, de 29 de outubro de 1985*. Regula o Exercício da Profissão de Técnico em Radiologia, e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7394.htm#art2i](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7394.htm#art2i)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

<sup>15</sup> BRASIL. *Decreto n. 92.790, de 17 de junho de 1986*. Regulamenta a Lei nº 7.394, de 29 de outubro de 1985, que regula o exercício da profissão de Técnico em Radiologia e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D92790.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D92790.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

<sup>16</sup> PARAGUAI. *Ley 4995/2013*. Educación Superior. Disponível em: <<http://www.cones.gov.py/ley-4995-de-educacion-superior/>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

Essa lei, entretanto, transferiu tais competências do Instituto Nacional de Saúde para a Direção Geral de Educação Superior do MEC, que atualmente é o órgão competente para regular o ensino profissional técnico no país.

De acordo com os arts. 3º e 58 dessa Lei, os institutos de formação profissional de terceiro nível, que compreendem, entre outros, os institutos técnicos profissionais, são responsáveis por ofertar esse ensino profissionalizante nas diferentes áreas do saber técnico e prático.

Ademais, o art. 61 dessa Lei estabelece que a educação superior compreende os cursos de pré-graduação, de graduação e de pós-graduação.

Esses cursos de pré-graduação são ofertados para “a preparação de ocupações de caráter operativo e instrumental para o exercício da profissão técnica”, outorgando o título de Técnico Superior em uma especialidade técnica específica (art. 62, alínea “a”, da Lei n. 4995/2013). Tais cursos, portanto, assemelham-se aos cursos superiores não universitários previstos pela legislação argentina.

O órgão regulador da abertura e oferta desses cursos de pré-graduação é a Direção de Institutos Técnicos Superiores, componente da Direção Geral de Educação Superior (DGES) do MEC, à qual também se atribui a outorga de títulos. O registro desses títulos outorgados no MEC confere habilitação para o exercício profissional (arts. 71 e 72 da n. 4995/2013).

Além disso, para a obtenção da habilitação para o exercício profissional na área da saúde, os egressos desses institutos de formação técnica devem efetuar registro na Direção de Registros e Controle de Profissões em Saúde (órgão componente da Direção Nacional Estratégica de Recursos Humanos de Saúde), consoante o art. 3º da Resolução MSPBS n. 800/2016<sup>17</sup>.

O art. 8º dessa resolução determina, ainda, que a habilitação para o exercício dos profissionais de saúde terá duração de três anos para os de nível técnico e auxiliar, tornando-se necessária, ao fim desse prazo, a renovação da habilitação, sob pena de serem impedidos de exercer suas funções.

Verifica-se, portanto, que ao MSPBS do Paraguai compete o registro, habilitação e fiscalização do exercício profissional dos técnicos, enquanto que, ao MEC, compete a regulação do ensino profissional.

---

<sup>17</sup> PARAGUAI. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. *Resolucion n. 800/2016*. Establece el reglamento para el registro y habilitacion de profesionales en ciencias de la salud con titulos expedidos en el pais y en el extranjero y se abroga la resolucion s.g. n° 844/2010. Disponível em: <<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/drcps/adjunto/656387-ResolucionN800ReglamentoparaRegistro.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.



Diferentemente do Brasil, a regulação do exercício profissional é ampla e geral para todas as ocupações técnicas de saúde, não havendo legislação específica para os técnicos de análises clínicas, enfermagem e radiologia.

#### 4 Uruguai

No Uruguai, a formação é regulamentada pela Lei Geral da Educação (Lei n. 18.437, de 16 de janeiro de 2009<sup>18</sup>) que estabelece seis níveis da educação formal. A formação técnica profissional enquadra-se no nível de ensino médio superior e os cursos técnicos não universitários, na educação terciária, conforme art. 22.

A competência da regulação e controle da formação técnica de nível médio superior e profissional é da Administração Nacional de Educação Pública (ANEP), órgão componente do Sistema Nacional de Educação Pública do Uruguai (art. 54 da Lei n. 18.437). Tal função é exercida especificamente pelo Conselho de Educação Técnico-Profissional (CETP) (anteriormente, Universidade do Trabalho do Uruguai – UTU), órgão a ela subordinado (art. 62, alínea “d”).

No âmbito do Sistema Nacional de Educação Pública, a formação de técnicos em diversas áreas da produção e serviços será de responsabilidade do Instituto Superior Terciário, constituído por uma rede de instituições localizadas em diversas regiões do país (art. 87 da Lei n. 18.437).

A Escola Universitária de Tecnologia Médica, que faz parte da Faculdade de Medicina da *Universidad de la República* (UDELAR), regida pela Lei Orgânica n. 12.549, de 16 de outubro de 1958, também oferta cursos técnicos na área da saúde, entre eles, o de técnico em anatomia patológica, auxiliar de enfermagem e de tecnólogo em radioterapia. Além da UDELAR, existem outras universidades e escolas privadas que oferecem cursos técnicos em saúde. A UDELAR possui autonomia em relação aos cursos por ela oferecidos.

Em relação aos cursos oferecidos pelo setor privado, o Conselho Consultivo de Ensino Terciário Privado do Ministério da Educação e Cultura (MEC) é responsável pela autorização e habilitação dos cursos privados, nos termos do art. 26 do Decreto n. 104/2014<sup>19</sup>.

Já a regulação do exercício de profissionais de saúde no Uruguai é competência do Ministério de Saúde Pública (MSP), conforme arts. 13 e 14 da Lei Orgânica

---

<sup>18</sup> URUGUAY. *Ley n. 18.437, de 16 de janeiro de 2009. Ley general de educación*. Disponível em: <[https://www.ces.edu.uy/ces/index.php?option=com\\_content&view=article&id=569:ley-no-18437-ley-general-de-educacion-160109&Itemid=78](https://www.ces.edu.uy/ces/index.php?option=com_content&view=article&id=569:ley-no-18437-ley-general-de-educacion-160109&Itemid=78)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

<sup>19</sup> URUGUAY. *Decreto n. 104, de 28 de abril de 2014*. Disponível em: <[http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/54856/1/decreto\\_104-014.pdf](http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/54856/1/decreto_104-014.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

de Saúde Pública (Lei n. 9202, de 12 de janeiro de 1934<sup>20</sup>), que determina que ninguém poderá atuar como técnico ou auxiliar sem inscrever previamente o título que o habilite para tal no MSP. Dessa forma, o registro de títulos, concedidos pelo setor público ou privado, é requisito obrigatório para o exercício profissional na área da saúde.

Atualmente, o setor do MPS responsável por esse controle é o Departamento de Habilitação e Controle de Profissionais de Saúde, consoante Decreto 460/2001<sup>21</sup> de 27 de novembro de 2001.

A Comissão de Saúde Pública, criada pelo art. 24 e seguintes da Lei Orgânica de Saúde Pública, componente do MSP, é responsável por, entre outras atribuições, fiscalizar o exercício profissional, apurar as faltas cometidas na sua atuação e aplicar sanções a todos os profissionais da área da saúde e seus auxiliares.

Dentre os técnicos em saúde ora investigados, apenas o de auxiliar de enfermagem possui uma regulamentação específica: a Lei n. 18.815, de 14 de outubro de 2011, que regulamenta a profissão de enfermagem, tanto no nível universitário quanto no nível auxiliar.

As demais profissões técnicas estudadas, portanto, são regidas pela a Lei Orgânica de Saúde Pública de 1943, não havendo um regramento específico.

Verifica-se, portanto, que a regulação da formação no Uruguai é responsabilidade do Sistema Nacional de Educação Pública e a regulação do exercício profissional fica a cargo do Ministério da Saúde Pública.

## **II Comparação das normas jurídicas reguladoras das profissões técnicas de nível médio da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai**

A partir de todo esse levantamento normativo e documental da regulação da formação e do exercício profissional dos técnicos de análises clínicas, enfermagem e radiologia, procedeu-se a análise comparativa regulatória de cada uma das categorias explicitadas neste capítulo.

Para isso, os resultados apresentados foram inicialmente compilados no Quadro 1, logo abaixo, que se refere à comparação da regulação da formação dos técnicos na Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

---

<sup>20</sup>URUGUAY. *Ley n. 9202, de 12 de janeiro de 1934*. Ley Organica de Salud Publica. Disponível em: <<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Ley%209.202%20Organica%20de%20Salud%20Publica.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

<sup>21</sup>URUGUAY. *Decreto n. 460, de 27 de novembro de 2001*. Reestructura de salud pública. Disponível em: <<http://archivo.presidencia.gub.uy/decret/2001decret.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

**Quadro 1.** Comparação da regulação da formação dos técnicos entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai

Categories analíticas	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Nível de educação formal	Técnico médio e superior não universitário	Nível médio	Técnico superior (pré-graduação)	Técnico médio e superior não universitário
Normas reguladoras da formação técnica	Lei da Educação Técnica Profissional (Lei n. 26.058/05)	Lei de Diretrizes e Bases (Lei n. 9.394/96) e Resolução MEC/CNE/CEB n. 6/12	Lei da Educação Superior (Lei n. 4995/13)	Lei Geral da Educação (Lei n. 18.437/09)
Competência Regulatória da Formação	Conselho Federal de Educação	Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação	Direção Geral de Educação Superior (DGES) do Ministério de Educação e Ciências (MEC)	Ministério da Educação e Cultura (MEC), Administração Nacional de Educação Pública (ANEP) e <i>Universidad de la Republica</i> (UDELAR)
Instituições Formadoras	Escolas Técnicas de Nível superior (não universitário) públicas ou privadas ou universidades públicas ou privadas	Escolas técnicas do SUS, institutos federais, Sistema "S" (Senai, Senac, Senat, Senar), universidades públicas e privadas, escolas técnicas estaduais e municipais públicas e privadas	Institutos técnicos profissionais	Escola Universitária de Tecnologia Médica da Faculdade de Medicina da UDELAR e Universidades ou Escolas Públicas e Privadas

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

Esses dados do Quadro 1 revelam que, quanto ao nível de educação formal, a formação dos técnicos de análises clínicas, enfermagem e radiologia: (i) são de nível médio superior e nível superior não universitário na Argentina e no Uruguai; (ii) são de nível superior não universitário no Paraguai (chamado de "pré-graduação"); e (iii) são de nível médio no Brasil.

Nos três primeiros casos (Argentina, Uruguai e Paraguai), verifica-se uma correspondência entre os níveis de educação formal (nível médio superior e nível superior não universitário) com a *International Standard Classification of Edu-*

*cation 1997 (ISCED-97)*<sup>22</sup> elaborado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

De acordo com a ISCED-97, a educação secundária superior – que corresponde ao ensino médio no Brasil – é aquela mais especializada, que se inicia normalmente aos 15 ou 16 anos de idade, que completando o ensino secundário e prepara para o ensino superior e/ou para o mercado de trabalho. Já a educação superior não universitária – sem correspondência no Brasil – é aquela cujos programas abrangem a fronteira entre o ensino médio e o ensino superior e, por isso, não podem ser considerados universitários.

Os cursos técnicos ou profissionalizantes dos quatro países, portanto, são classificados como de nível médio, secundário ou superior não universitário. Isso é relevante para fins de comparação de programas específicos e, por conseguinte, viabilizar a migração da força de trabalho no âmbito do MERCOSUL.

Quanto ao marco normativo de regulação da formação técnica, nos quatro países pesquisados (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), leis de caráter nacional dispõem sobre normas gerais para oferta de ensino técnicos.

Igualmente, em todos os Estados-Partes, competências regulatórias para a formação técnica foram designadas para órgãos componentes dos sistemas de educação nacionais: o Conselho Federal de Educação na Argentina; a Câmara de Educação Básica no Brasil; a Direção Geral de Educação Superior no Paraguai; e a Administração Nacional de Educação Pública, o Ministério da Educação e Cultura e a UDOLAR no Uruguai.

As instituições responsáveis pela oferta desses cursos, de modo geral, são as escolas ou institutos técnicos ligados ou não a universidades públicas ou privadas.

Em relação ao exercício profissional, os resultados anteriormente apresentados foram compilados no Quadro 2, abaixo, que descreve comparativamente a regulação do exercício profissional desses profissionais nos quatro Estados integrantes do MERCOSUL.

---

<sup>22</sup> A Classificação Internacional Padronizada da Educação (ISCED) serve para a sistematização das informações relacionadas à educação, permitindo a apresentação de estatísticas e a comparação de dados entre países. Foi concebida pela UNESCO no início dos anos 70, sendo aprovado durante a Conferência Internacional sobre Educação realizada em Genebra em 1975 e posteriormente endossado pela Conferência Geral da UNESCO em Paris. (Tradução livre) (UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION – UNESCO. International Standard Classification of Education – ISCED 1997. Disponível em: <[http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/isced\\_1997.htm](http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/isced_1997.htm)>. Acesso em: 23 jul. 2018).

**Quadro 2.** Comparação da regulação do exercício profissional dos técnicos entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai

Categories analíticas	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Normas reguladoras do exercício profissional	Lei nacional n. 17.132/67 e leis provinciais (Ex: Lei da Cidade Autônoma de Buenos Aires n. 1831/05)	Análises clínicas - Lei n. 3.820/60 e Resolução CFF n. 485/08; enfermagem - Lei n. 7.498/86 e Lei n. 5.905/73; radiologia - Lei n. 7.394/85 e Decreto n. 92.790/86	Resolução MSPBS n. 800/16	Lei Orgânica de Saúde Pública (Lei n. 9202/34); enfermagem - Lei n. 18.815/11
Competência regulatória do exercício profissional	Autoridade sanitária provincial	Conselhos profissionais	Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPBS)	Ministério de Saúde Pública
Registro/matrícula/ inscrição profissional	Autoridade sanitária provincial	Conselhos regionais profissionais	Direção de Registros e Controle de Profissões em Saúde do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai (MSPBS)	Departamento de Habilitação e Controle de Profissionais de Saúde do Ministério de Saúde Pública (MSP)
Fiscalização do exercício profissional e aplicação de sanção	Autoridade sanitária provincial	Conselhos regionais profissionais	Direção de Registros e Controle de Profissões em Saúde do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai (MSPBS)	Comissão de Saúde Pública do Ministério de Saúde Pública (MSP)

Fonte: Cepedisa, Modelos Regulatórios do Mercosul, 2018.

Conforme dados constantes no Quadro 2, as normas reguladoras do exercício profissional dos técnicos, diferentemente do que se levantou na regulação da formação, variam de Estado para Estado: na Argentina, além de uma lei nacional, as leis provinciais também versam sobre o exercício profissional de

todos os técnicos de saúde; no Brasil, essa normatização é representada por leis federais específicas de cada ocupação técnica, bem como seus decretos regulamentadores e complementados por resoluções do conselho federal da respectiva profissão; no Paraguai, o exercício profissional é regido somente por resolução do MSPBS; e no Uruguai, a Lei Orgânica da Saúde Pública disciplina de modo geral o exercício de todos os auxiliares e técnicos de saúde, exceto os técnicos de enfermagem, pois é a única das profissões técnicas estudadas em que há uma lei nacional específica.

A diversidade normativa da regulação do exercício profissional reflete, igualmente, competência regulatória para disciplinar a atuação desses técnicos. Em três países, Brasil, Paraguai e Uruguai, órgãos ou entidades federais ou nacionais possuem tal incumbência. São eles, respectivamente: os conselhos federais específicos de cada profissão, o MSPBS e o Ministério da Saúde Pública. Na Argentina, diferentemente, essa competência foi designada à autoridade sanitária provincial.

Essa divergência de competência regulatória, especialmente na Argentina, pode impor entraves à padronização de procedimentos necessários para a migração dos técnicos de análises clínicas, enfermagem e radiologia entre esses países integrantes do MERCOSUL.

Quanto ao registro (também denominado de inscrição ou matrícula) dessas ocupações técnicas para a habilitação do exercício profissional, verifica-se, do mesmo modo, uma variação: enquanto na Argentina e no Brasil o registro ocorrerá no âmbito jurisdicional da respectiva área de atuação, respectivamente, pela autoridade sanitária provincial e pelos conselhos regionais profissionais específicos de cada ocupação, no Paraguai e no Uruguai, tais inscrições serão realizadas por órgãos específicos do Ministério da Saúde Pública: Direção de Registros e Controle de Profissões em Saúde pertencente à Direção Nacional Estratégica de Recursos Humanos de Saúde (DNERHS) no Paraguai; e Departamento de Habilitação e Controle de Profissionais de Saúde no Uruguai.

Na primeira situação, que envolve Brasil e Argentina, emerge a possível dificuldade de implementação padronizada do registro das profissões técnicas, tendo em vista a capilaridade de órgãos com tal atribuição. Logo, a situação fática do Paraguai e Uruguai parece ser mais propícia aos ideais de operacionalização e controle da base de dados das matrículas.

Finalmente, a competência para fiscalização do exercício profissional e aplicação de sanções aos que descumprirem os deveres e atribuições profissionais, tal como o registro, recai sobre: a autoridade sanitária provincial na Argentina; os conselhos regionais profissionais no Brasil; a Direção de Registros e Controle de Profissões em Saúde pertencente à Direção Nacional Estratégica de Recursos Humanos de Saúde (órgão pertencente ao MSPBS) no Paraguai; e a Comissão de Saúde Pública do Ministério de Saúde Pública no Uruguai.

Nesse ponto, a diversidade dos órgãos responsáveis pela fiscalização dos técnicos e aplicação de sanções, provavelmente, dificultará o intercâmbio de informações sobre a atuação desses profissionais, comprometendo a segurança e confiabilidade da migração dessa força de trabalho.

## Considerações finais

O mapeamento e a análise comparativa da regulação da formação e do exercício profissional dos técnicos de análises clínicas, enfermagem e radiologia fornecem informações relevantes para subsidiar a implementação da migração dessa força de trabalho entre os Estados-Partes do MERCOSUL.

Quanto à formação dessas ocupações, verificou-se que os cursos técnicos ou profissionalizantes ofertados na Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai possuem o mesmo nível educacional: ensino médio, secundário e/ou superior não universitário.

Essa constatação interessa, portanto, para fins de comparação de programas específicos das áreas técnicas de saúde e, por conseguinte, para viabilizar a circulação desses profissionais técnicos no âmbito do MERCOSUL.

Em relação ao exercício profissional, entretanto, revelou-se uma diversidade normativa entre os países.

Na Argentina, constatou-se que o governo federal detém a competência regulatória geral sobre o exercício profissional, que é exercida em harmonia com os governos provinciais que efetivamente promovem o registro, a fiscalização e aplicação de sanções. Não foram identificadas normas específicas para as três profissões técnicas ora estudadas.

Já no Brasil, verificou-se uma grande densidade normativa sobre o exercício profissional de cada um dos técnicos de análises clínicas, enfermagem e radiologia. Essas normas variam de leis federais, à decretos regulamentadores e resoluções dos conselhos profissionais da respectiva área de atuação. Nesse sentido, inclusive, vale ressaltar que os técnicos de radiologia, além de uma lei regulamentadora própria, possuem um Conselho Federal específico desses profissionais técnicos.

Diferentemente do Brasil, a regulação do exercício profissional no Paraguai, de competência do Ministério da Saúde, é ampla e geral, para todas as ocupações técnicas de saúde, não havendo legislação específica para os técnicos de análises clínicas, enfermagem e radiologia.

Tal como no Paraguai, a regulação do exercício profissional no Uruguai fica a cargo do Ministério da Saúde Pública, sendo geral para todas os técnicos e auxiliares de saúde, exceto quanto aos auxiliares de enfermagem que também são regulados por uma lei nacional específica.

Essa diversidade de competência regulatória do exercício profissional entre os quatro Estados-Partes reflete a variedade dos órgãos responsáveis pelo registro, fiscalização e aplicação de sanções aos técnicos.

Por conseguinte, isso dificulta a implementação padronizada do registro das profissões técnicas, a operacionalização das bases de dados de matrículas e o intercâmbio de informações sobre a atuação e infrações desses profissionais, comprometendo a segurança e confiabilidade da migração dessa força de trabalho.

## Referências

ARGENTINA. *Ley de Educación Técnico Profesional* – Ley 26.058/2005. Disponível em: <<http://www.inet.edu.ar/wp-content/uploads/2012/10/ley-26058.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Ley nacional 17132/1967*. Ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares. Disponível em: <<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-Nacional-N.-17132-Ejercicio-de-la-Medicina-Odontologia-y-Actividades-Auxiliares.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

BRASIL. *Decreto n. 92.790, de 17 de junho de 1986*. Regulamenta a Lei n. 7.394, de 29 de outubro de 1985, que regula o exercício da profissão de Técnico em Radiologia e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D92790.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D92790.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 3.8620, de 11 de novembro de 1960*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L3820.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3820.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L4024compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L4024compilado.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973*. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973\\_4162.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 7.394, de 29 de outubro de 1985*. Regula o Exercício da Profissão de Técnico em Radiologia, e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7394.htm#art2i](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7394.htm#art2i)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L9394.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. *Resolução n. 6, de 20 de setembro de 2012*. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=11663-rcebo06-12-pdf&category\\_slug=setembro-2012-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=11663-rcebo06-12-pdf&category_slug=setembro-2012-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 10 jun. 2018.



- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. *Resolução n. 485, de 21 de agosto de 2008*. Dispõe sobre o âmbito profissional de técnico de laboratório de nível médio em análises clínicas. Disponível em: <<http://cff-br.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/Listas?id=704808bb-41da-4658-97d9-c0978c6334dc>>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- BUENOS AIRES. *Ley 1831/2005*. Régimen legal para el ejercicio profesional de los técnicos de la salud de la ciudad. Disponível em: <<http://www2.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley1831.html>>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- FRANZOI, Naira Lisboa. Profissão. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. pp. 228-232.
- MERCOSUL. Grupo Mercado Comum. *Resolução n. 27/ 2004*. Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no MERCOSUL. Disponível em: <[http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas\\_web/Resoluciones/PT/RES\\_027-004-Matriz%20min%20prof%20saude-Port\\_At%203-04.PDF](http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_027-004-Matriz%20min%20prof%20saude-Port_At%203-04.PDF)>. Acesso em: 10 mai. 2018.
- PARAGUAI. Ministerio de Salud Publica Y Bienestar Social. *Resolucion n. 800/2016*. Establece el reglamento para el registro y habilitacion de profesionales en ciencias de la salud con titulos expedidos en el pais y en el extranjero y se abroga la resolucion s.g. n° 844/2010. Disponível em: <<https://www.msps.gov.py/dependencias/drcps/adjunto/656387-ResolucinN800ReglamentoparaRegistro.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- \_\_\_\_\_. *Ley 4995/2013*. Educación Superior. Disponível em: <<http://www.cones.gov.py/ley-4995-de-educacion-superior/>>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION – UNESCO. *International Standard Classification of Education – ISCED 1997*. Disponível em: <[http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/isced\\_1997.htm](http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/isced_1997.htm)>. Acesso em: 23 jul. 2018.
- URUGUAY. *Decreto n. 104, de 28 de abril de 2014*. Disponível em: <[http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/54856/1/decreto\\_104-014.pdf](http://educacion.mec.gub.uy/innovaportal/file/54856/1/decreto_104-014.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- \_\_\_\_\_. *Decreto n. 460, de 27 de novembro de 2001*. Reestrutura de salud pública. Disponível em: <<http://archivo.presidencia.gub.uy/decret/2001decret.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- \_\_\_\_\_. *Ley n. 9202, de 12 de janeiro de 1934*. Ley Organica de Salud publica. Disponível em: <<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Ley%209.202%20Organica%20de%20Salud%20Publica.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- \_\_\_\_\_. *Ley n. 18.437, de 16 de janeiro de 2009*. Ley general de educación. Disponível em: <[https://www.ces.edu.uy/ces/index.php?option=com\\_content&view=article&id=569:ley-no-18437-ley-general-de-educacion-160109&Itemid=78](https://www.ces.edu.uy/ces/index.php?option=com_content&view=article&id=569:ley-no-18437-ley-general-de-educacion-160109&Itemid=78)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Classification of health workforce statistics: Mapping occupations to the international standard classification*, s.d., Genebra. Disponível em: <[http://www.who.int/hrh/statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2018.

# **Estudo comparado sobre a regulação de profissões de saúde na África do Sul, Canadá e Índia**

Comparative study on the regulation  
of health workforce in South Africa,  
Canada and India

---

Matheus Falcão<sup>1</sup>  
Fernando Aith<sup>1</sup>

## Introdução

Como parte do projeto “Arranjos institucionais de mediação das diferentes instituições de regulação de profissões de saúde no Brasil: itinerário jurídico-administrativo de criação de novas profissões de saúde e aperfeiçoamento da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde/MS”, foi criado o Núcleo de Estudos Comparados, com o objetivo de comparar modelos regulatórios da força de trabalho em saúde.

O Núcleo estudou os modelos regulatórios de força de trabalho em saúde da África do Sul, Austrália, Canadá e Índia. Para cada um, buscou-se contextualizar os sistemas de saúde e político nacional, a partir de revisão bibliográfica e documental; identificar os principais elementos dos modelos regulatórios, a partir de pesquisa documental, especialmente de normas jurídicas; e apurar detalhes específicos e importantes, via reuniões com parceiros acadêmicos e atores institucionais em missões de pesquisa, durante as quais procurou-se validar os dados encontrados.

O estudo foi executado a partir de parcerias acadêmicas em cada um dos países estudados, particularmente com o *Health Law, Ethics and Policy Research Center*, da Universidade de Ottawa e Universidade de Toronto, no Canadá; a *Public Health Foundation of India*, da Índia; e o *Health Law Sydney*, da Universidade de Sydney, na Austrália.

### I Modelos regulatórios

A ideia de modelo regulatório de força de trabalho em saúde contém três eixos estruturantes formados por normas jurídicas e instituições: formação em saúde, prática profissional em saúde e políticas para a força de trabalho em saúde. Descrever o modelo envolve assim a identificação das normas gerais que regulamentam o funcionamento de cada eixo, as instituições que criam e as competências que lhes conferem. Uma ressalva importante é que o recorte desta pesquisa não inclui a regulação laboral, isto é, não lidou com as partes relacionadas ao Direito do Trabalho no que toca às profissões de saúde, ainda que se reconheça a importância dessa área.

Pelo conceito de norma geral, compreende-se uma norma que ordena determinado sistema definindo seus principais atores institucionais, que por sua vez exercerão suas competências regulando o modelo em que estão inseridos, ou seja, definindo seu conteúdo, também por via de normas jurídicas. Convém observar que a identificação do modelo regulatório em três eixos não propõe uma divisão estanque. Ao contrário, espera-se que seu funcionamento seja articulado, dada a conexão temática.

## II Nota sobre direito comparado

A atividade de comparar não pode ser mera sobreposição de instituições, sob o risco de não apresentar qualquer conclusão válida. A metodologia deve ser capaz de sobrepor circunstâncias, com todas as suas características particulares, feita ainda a ressalva de que ainda assim o método contém limitações, já que a perfeita descrição de determinada realidade é praticamente impossível.

O direito comparado surge com relevância na academia jurídica no início do século XX e pode ser compreendido como um conjunto de conhecimentos que tocam à comparação entre sistemas jurídicos. É certo que cada país possui o seu sistema jurídico, que, em geral, reflete suas características políticas, sociais, econômicas e culturais e está assentado em um conjunto de instituições, como a constituição, o parlamento, os ministérios etc., ainda assim convencionou-se na literatura acadêmica o reconhecimento de alguns tipos ideais de sistemas jurídicos, especialmente o modelo de *common law*, ou modelo anglo-saxão, e o modelo de *civil law*, ou modelo romano-germânico. Suas diferenças estão principalmente nas fontes do direito, com uma centralidade maior das cortes e de suas decisões no conteúdo do sistema legal anglo-saxão. Reconhece-se ainda outros sistemas jurídicos, como o islâmico e o hindu, mas em essência, é comum que os países mesquem elementos de diferentes matrizes e apresentem tendências mais fortes ou mais fracas em direção a uma delas.

A abordagem aqui escolhida, que parece bem responder a essa pluralidade, é eminentemente funcional, isto é, procura-se identificar funções comumente exercidas nos modelos regulatórios (autorregulação, assessoramento, coordenação etc.) e quais as instituições a exercem e como o fazem.

## Metodologia

A primeira etapa metodológica consistiu em identificar o contexto de cada sistema de saúde. Esse passo envolve abordagem essencialmente qualitativa, em que se pretende descrever a situação geral que envolve o modelo regulatório de profissões de saúde de cada país. Tal situação inclui indicadores socioeconômicos gerais, quais sejam Índice de Desenvolvimento Humano, Produto Interno Bruto, Produto Interno Bruto *per capita*, Índice Gini, população e território; indicadores socioeconômicos relacionados ao sistema de saúde, quais sejam expectativa de vida ao nascer, mortalidade infantil, número de médicos por habitante, número de enfermeiros por habitante, número de parteiras por habitante e número de leitos médicos por habitante.

Além dos indicadores quantitativos, a contextualização de cada modelo envolve também duas etapas descritivas eminentemente qualitativas, a primeira quanto à organização socioeconômica, especificamente quanto a

distribuição territorial da população e inequidades territoriais e descrição qualitativa da estrutura institucional básica do sistema de saúde. Nesta etapa, os elementos abordados para cada país podem ser diferentes, a depender de sua relevância para o estudo. Por vezes, inclusive, a identificação de um ou mais elementos de contexto relevantes pode acontecer de forma indutiva, a partir de outra etapa do percurso metodológico, razão pela qual as três fases deste processo metodológico foram revistas a todo momento, conforme se avançou com a pesquisa.

A coleta de dados nesta etapa se deu a partir de fontes diferentes. Privilegiou-se fontes oficiais, como relatórios técnicos de organizações internacionais e formações fornecidas pelas próprias autoridades responsáveis pela administração dos sistemas pesquisados. Algumas das fontes primordiais de pesquisa desta etapa são bancos de dados e relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de seus escritórios regionais, do Banco Mundial, do Fundo Monetário Internacional e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Os elementos jurídicos aqui destacados têm por fonte principal as constituições nacionais de cada país.

A segunda etapa do percurso metodológico tem por objetivo a compreensão do modelo regulatório em si. Consiste em pesquisa documental e na identificação para cada um dos três eixos estruturantes (formação, prática profissional e políticas para força de trabalho em saúde): normas gerais, instituições de que tratam e competências que lhes atribuem. Além disso, são levantadas as normas produzidas pelas instituições dentro de suas competências, por exemplo, resoluções editadas por determinado conselho médico. Estas normas, contudo, que formam o conteúdo mais concreto do modelo, não são compiladas de forma exaustiva e sua busca assume contorno exploratório. Sua demonstração parcial, entretanto, vem acompanhada de justificativa acerca das limitações da coleta.

A compreensão do modelo, no eixo formativo, envolve as normas que organizam o ensino universitário, isto é, a criação de instituições de ensino superior responsáveis pela formação de profissionais de saúde, sua avaliação, seu credenciamento, a definição de seus currículos, organização de estágios e residências, controle sobre o setor privado, o funcionamento de seu sistema de pós-graduação, incluindo especialidades e especializações, a revalidação de diplomas estrangeiros, eventuais relações com formulação e a implementação de políticas públicas, competências ministeriais em matéria de educação e quaisquer outros elementos relativos à formação.

Em relação ao eixo de prática profissional, busca-se compreender a regulação dos requisitos para o exercício profissional, tais como normas de ética profissional, registro e habilitação de profissionais, existência de sistema de autorregulação e sua estrutura, existência de outras instituições com essas

atribuições e seu funcionamento. Ainda neste ponto, busca-se compreender a inserção de associações profissionais e sindicatos no modelo regulatório. Por hipóteses, assume-se que tal funcionamento pode ser tanto formal, por via de instrumentos de parceria com o poder público que lhe delegam competências ou participação direta em fóruns institucionais, quanto informal, enquanto ator político da sociedade civil.

Finalmente, no terceiro eixo buscou-se encontrar as normas e instituições relativas à organização direta do sistema de saúde, especialmente em matéria de vigilância e atenção à saúde, no que concerne à inserção da força de trabalho no sistema, bem como instrumentos utilizados pelo poder público para manejar a força de trabalho de saúde nacional em favor de mudanças no sistema de saúde. As possibilidades nesse eixo são amplas e podem incluir desde arranjos institucionais com o intuito de produzir consensos regulatórios até programas governamentais que intervenham na distribuição territorial ou entre especialidades de profissionais de saúde.

A divisão em três eixos é funcional para compreensão do modelo, contudo cada sistema de saúde é único e seus elementos se complementam e interagem entre si, sendo plenamente concebível a existência de instituições presentes em mais de um eixo, especialmente quanto às políticas de saúde. Desse modo, é necessário que a atividade de pesquisa adapte a metodologia ao se defrontar com tais resultados. É necessário também que os métodos aplicados sejam capazes de identificar processos em andamento, por exemplo, projetos de lei em tramitação, o que se resolveu com as missões de pesquisa, etapa metodológica conclusiva deste trabalho.

### III África do Sul

#### I Perfil socioeconômico

A África do Sul é o Estado mais austral do continente africano e encontra-se dividido em nove províncias. O país conta com um sistema político constitucional democrático, com divisão de poderes e sufrágios universais periódicos. O sistema constitucional não reconhece uma capital, mas sim três, cada uma desempenhando o papel de sediar um poder: executivo, legislativo e judiciário. Assim, Pretória é a sede do Poder Executivo; a Cidade do Cabo, do Poder Legislativo; e Bloemfontein, do Poder Judiciário. A história recente da África do Sul é marcada pelo regime do *apartheid*, que estabeleceu um severo regime segregacionista com base na origem étnica, marginalizando a imensa maioria não branca da população e que teve seu fim em 1990. O fim do regime contou com a aprovação de uma nova constituição. O país também foi marcado no fim do século XX pelo aumento massivo dos índices de contaminação pelo vírus HIV.

**Quadro 1.** Perfil socioeconômico da África do Sul

Indicador	Dado
População estimada	52.776.000*
População com menos de 15 anos	30%*
População acima de 60 anos	9%*
Idade média	26 anos*
População vivendo em áreas urbanas	64%*
Taxa de fecundidade	2,4 por mulher
PIB per capita	US\$ 12.240*
Classificação de renda do Banco Mundial	Médio alto*
Expectativa de Vvida	59 anos*
IDH ajustado a desigualdade	0.699**
Índice Gini	63.1***

Nota: \*South Africa: WHO statistical profiles (2013); \*\*UNDP: Human Development Indices and Indicators, 2018; \*\*\* World Bank: World Development Indicators, 2013.

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

**2 Sistema de saúde**

A Seção 27 da Constituição da República da África do Sul estabelece que “todos têm direito ao acesso a serviços de saúde, incluindo serviços de saúde reprodutiva”. O país mantém um sistema público de saúde gerido com três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, mantidos pelas províncias sul-africanas. Ao Ministério da Saúde cabe a coordenação e o desenvolvimento de políticas e diretrizes. A maior parte da população sul-africana acessa os serviços de saúde em seu país por via do sistema público, sendo o serviço privado restrito a quem o pode pagar. Em 2012, estimava-se que 16% da população do país tinha acesso ao setor privado de saúde. Os serviços públicos de saúde são regulados pelo *The National Health Act, 61 of 2003*.

**3 Modelo de regulação de força de trabalho em saúde****3.1 Apresentação**

Diante do previsto na Seção 27 da Constituição da República da África do Sul de que “todos têm direito ao acesso a serviços de saúde, incluindo serviços de saúde reprodutiva”, a Constituição reconhece assim genericamente o direito à saúde e o mandato estatal para regular os aspectos a ele relacionados. A norma geral que regula o sistema de serviços de saúde sul-africano é o *National Health Act n. 61, de 2003*, que inclui a força de trabalho em saúde como elemento constitutivo do serviço.



A África do Sul possui um diploma legal central que unifica parte de seu modelo regulatório de profissões de saúde, o *Health Professions Act 56 of 1974*, aqui abreviado para HPA, que estabelece o Conselho de Profissões de Saúde da África do Sul (*Health Professions Council of South Africa*) e as comissões profissionais, para promover controle sobre a educação, formação, registro e prática de profissionais de saúde, além de regular outros tópicos incidentais. O ato passou por revisão em 2007, momento em que foram incluídos novos aspectos regulatórios, especialmente quanto à política para a força de trabalho em saúde.

Além disso, as profissões de enfermagem e obstetrícia são especificamente reguladas por um diploma legal específico, o *Nursing Act 33 of 2005*; a profissão de técnico dental, pelo *Dental Technicians Act of 19 of 1979*; a profissão de farmacêutico, pelo *Pharmacy Act 53 of 1974*, que também regula outros aspectos de serviços farmacêuticos; o conjunto de profissões de serviço social, *Social Services Professions Act, 110 of 1978*; e o conjunto de profissões de saúde chamadas de aliadas pelo *The Allied Health Professions Act, 63 of 1982*.

O Ministério da Saúde desempenha função central no modelo sul-africano, ficando responsável por aprovar todas as regulações relacionadas aos dois atos, ainda que em muitos casos só o possa fazer após consultar o Conselho de Profissões, as comissões e eventualmente os profissionais atingidos. Elementos importantes como o reconhecimento de novas profissões de saúde e a definição de seu escopo de prática ficam a seu cargo. Além disso, o ministério é responsável pelas políticas de saúde, em geral, incluído aquelas voltadas à força de trabalho em saúde.

A apresentação do modelo regulatório da força de trabalho em saúde da África do Sul é feita por suas instituições centrais, com suas competências e características, bem como sua associação com todas as profissões de saúde reguladas no país. Em seguida, apresenta um panorama das políticas de saúde voltadas à força de trabalho e são destacados alguns aspectos regulatórios. Algumas entidades apresentadas, especialmente os conselhos profissionais, recebem a designação de órgão público estatutário, entidades públicas com personalidade jurídica.

### 3.2 Atores institucionais centrais

#### 3.2.1 Conselho de Profissões de Saúde da África do Sul

O Conselho de Profissões de Saúde da África do Sul é um órgão público estatutário estabelecida pelo HPA e com sede na cidade de Pretória. Suas funções originais, estabelecidas desde 1974, são coordenar as atividades das comissões profissionais, assessorando e cuidando de sua intercomunicação, auxiliar na promoção da saúde da população; reportar ao Ministério da Saúde informações relevantes a partir do exercício de suas funções; submeter ao Ministério da Saúde um plano quinquenal sobre seus objetivos e meios de busca-los, bem como reportar semestralmente suas atividades.

No ano de 2007, a Lei Nacional foi reformada, incluindo-se no rol de funções do Conselho: a regular a relação entre diferentes profissões com vistas ao interesse público; determinar políticas estratégicas para força de trabalho em saúde, em acordo com a política nacional de saúde e em matérias como financiamento, educação, formação, registro, ética profissional, procedimentos disciplinares, escopo de prática profissional, temas que envolvam mais de uma profissão e manutenção da qualidade dos serviços; promover diretrizes para educação e formação; assessorar o Ministério da Saúde no cumprimento da lei; proteger o público em matérias que envolvam prestação de serviços de saúde; exercer suas funções em acordo com a política de saúde estabelecida pelo Ministério; garantir a investigação e o cumprimento das medidas legais em caso de faltas disciplinares; e reportar semestralmente ao ministério da Saúde sua situação financeira, bem como zelas pela correta aplicação dos recursos em seu âmbito e no âmbito das comissões.

Para tanto, o conselho tem como competências adquirir ou dispor de propriedade em seu nome, podendo inclusive demandar empréstimos; prestar assistência financeira às comissões profissionais para que bem executem suas funções; propor representações contra profissionais de saúde, após consulta à comissão profissional correspondente e em observância à política nacional de saúde; editar normas em qualquer área que o conselho julgar conveniente para atingir os objetivos do HPA; delegar seus poderes a comissões profissionais, comitês ou pessoas; realizar outras funções definidas pela política nacional de saúde. Por política nacional de saúde pode-se compreender as normas aprovadas pelo Ministério da Saúde no âmbito de suas competências.

O conselho é composto por representantes das comissões profissionais, um representante do Departamento de Saúde, indicado pelo Ministro da Saúde, um representante do Departamento de Educação, indicado pelo Ministério da Educação, nove representantes da sociedade não registrados como profissionais de saúde, um representante do Serviço Militar de Saúde da África do Sul, indicado pelo Ministério da Defesa, três pessoas indicadas pela Associação de Vice-Chanceleres das Universidade Sul-Africanas e uma pessoa com formação jurídica, indicada pelo Ministério da Saúde. A representação das comissões profissionais é proporcional ao número de profissionais de saúde registrados em cada uma delas, não podendo exceder o total de dezesseis representantes nem o mínimo de pelo menos um representante por comissão. A lei ainda traz outros requisitos para ser membro do conselho, como ter cidadania sul-africana e não exercer ou ter exercido nos últimos doze meses atividade político-partidária.

### 3.2.2 Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde da África do Sul é diretamente ligado à Presidência da República e exerce diversas funções regulatórias no sistema de saúde nacional. O HPA não reserva um trecho com disposições específicas para os deveres

e competências do ministério dentro da regulação de profissões de saúde, contudo lhe atribui centralidade e lhe fornece alguns poderes. A centralidade se dá pelo fato de as ações do conselho e das comissões profissionais terem de ser executadas de acordo com a política nacional de saúde definida pelo ministério, conforme definido na Seção 3 e por suas ações serem sempre lhe reportadas. A tabela ao final deste tópico apresenta o conjunto de políticas aprovadas pelo ministério entre os anos de 2001 e 2011.

Em relação às suas competências, o Ministério da Saúde deve indicar os membros do conselho, conforme já visto, pode dissolver o conselho se julgar que a entidade não está cumprindo com seus objetivos legais e exercer suas atividades até que uma nova composição seja indicada, conforme definido na Seção 6 (3), encerrar o mandato de um Conselheiro, nos termos da Seção 6 (6), apontar o registrador, conforme a Seção 12 (1), corrigir qualquer ato tomado dentro dos poderes concedidos pelo HPA se julgar necessário, conforme definido pela Seção 14, estabelecer as comissões profissionais, conforme definido pela Seção 15, definir o escopo de prática das profissões, conforme define a Seção 33.

**Quadro 2.** Políticas para a força de trabalho em saúde aprovadas pelo Ministério da Saúde sul-africano

<b>Norma regulatória</b>	<b>Ano</b>	<b>Descrição</b>
<i>Human Resource Strategy</i>	2001	Definição, requerimentos de prática e escopo de prática de todas as categorias de profissionais de saúde.
<i>Policy on Remunerative Work outside Public Service</i>	2002	Autorização a profissionais de medicina para trabalhar no setor privado enquanto trabalham no setor público.
<i>Scarce Skills Allowance</i>	2003	Incentivos financeiros para reter no setor público profissionais com habilidades em escassez.
<i>Human Resources for Health Planning Framework</i>	2006	Diretrizes do Plano Nacional em Recursos Humanos para a Saúde.
<i>Policy on Remuneration of Health Professionals Working in Public Health Service</i>	2007	Programa de incentivo financeiro para profissionais de saúde trabalhando no sistema público.
<i>Nursing Strategy</i>	2008	Estratégias para manter profissionais enfermeiros no sistema de saúde.
<i>Policy on Employment of Foreign Health Professionals Working in Public Health Service</i>	2008	Princípios e diretrizes para o emprego de profissionais de saúde estrangeiros no sistema público de saúde.
<i>Human Resources for Health Strategy South Africa</i>	2011	Estratégia de planejamento em relação à força de trabalho em saúde
<i>Policy Guideline on the Requirements for Practice of Medical Professionals in South Africa</i>	2018	Política para esclarecer o processo a ser seguido para prática da profissão médica.

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

### 3.2.3 Autorregulação: comissões e conselhos profissionais

As comissões profissionais são órgãos públicos definidos pela Seção 15 do HPA para regular suas profissões correspondentes. Cada profissão regulada dentro do escopo do ato está vinculada assim a uma comissão profissional. Seu objetivo primário é garantir a execução da lei supervisionando a conduta de seus profissionais registrados, contribuindo assim para a melhora das condições de vida da população. Dentro desse objetivo, deve comunicar-se com outras comissões profissionais, com o conselho e com autoridades na área de saúde para executar suas funções, cuidar da boa qualidade formativa dos profissionais, fazer recomendações ao conselho e guiar os profissionais de saúde no bom exercício de suas funções.

Suas competências definidas pela lei são a de suspender registros profissionais, após procedimento disciplinar, definir padrões de qualidade de instituições formativas, o credenciamento e o reconhecimento da qualificação de profissionais após o registro. As comissões também desempenham um papel central no registro de profissionais de saúde, já que definem parâmetros e participam do processo, contudo tal competência é essencialmente do conselho, que pode compartilhá-la com as comissões, a depender de seu interesse. Assim, o conselho deve definir quais matérias definidas pela comissão exigem sua ratificação e recomendar ao Ministério da Saúde que incorpore à sua regulação.

A composição das comissões profissionais deve obedecer a alguns termos presentes na lei, devendo ser formada por membros indicados pelo Ministério da Saúde dentre os profissionais registrados da profissão correspondente, por 20% de representantes da sociedade que não sejam profissionais registrados, por representantes de instituições educacionais de relevância, por autoridades públicas de saúde e, se necessário, por ao menos uma pessoa com formação jurídica. Os termos exatos da composição de cada comissão são definidos no dispositivo ministerial que a estabelece.

A definição específica do funcionamento de cada comissão se dá pela norma que a estabelece e constitui seus poderes. A competência para estabelecer, modificar ou revogar comissões profissionais de saúde é do Ministério da Saúde, após escutar o conselho ou sob sua recomendação, sendo que qualquer modificação de comissões profissionais já existentes só pode ser feita com consulta à entidade e à classe profissional afetada, conforme definido pela Seção 15. O Quadro 3 lista as 12 comissões profissionais existentes no modelo sul-africano, suas profissões reguladas correspondentes e a norma em vigência que a constitui com o ano de aprovação.

Além das comissões profissionais, há outras quatro entidades no modelo regulatório sul-africano que exercem função autorregulatória, isto é, que exercem função de regulação profissional e são compostas majoritariamente pelos pró-

prios profissionais regulados. São elas o Conselho Sul-Africano de Enfermagem (*South African Nursing Council*), o Conselho Sul-Africano de Profissões de Serviço Social (*South African Council for Social Service Professions*), o Conselho de Farmácia da África do Sul (*South Africa Pharmacy Council*), o Conselho Sul-Africano de Técnicos Dentais (*South African Dental Technicians Council*) e o Conselho de Profissões de Saúde Aliadas da África do Sul (*The Allied Health Professions Council of South Africa*).

Cada um desses conselhos é estabelecido por uma lei própria, que versa sobre os mesmos termos do HPA, mas para a profissão regulada. Já as comissões profissionais são estabelecidas por norma regulatória aprovada pelo Ministério da Saúde. O ato em vigor que estabeleceu as comissões foi o *Government Notice R75*, de 16 de janeiro de 1998, emendado em 2003 para incluir as comissões de saúde ambiental e cuidados emergenciais. O Quadro 3 apresenta as entidades regulatórias com as profissões reguladas correspondentes e a norma constitutiva. No caso das comissões, optou-se por apresentar as normas específicas que as regulam, para além da norma de 1998, quando existem.

**Quadro 3.** Instituições reguladoras das profissões de saúde da África do Sul e legislação de referência

Entidade responsável	Profissões reguladas	Norma constitutiva e ano
CPSAS; <i>Board for Dental Assisting, Dental Therapy and Oral Hygiene</i>	Assistentes dentais; terapeutas dentais; higienista oral	<i>Regulations relating to the Constitution of the Professional Board for Dental Therapy and Oral Hygiene, 2008</i>
CPSAS; <i>Dietetics and Nutrition</i>	Dietética; nutrição	<i>Regulations relating to the Constitution of the Professional Board for Dietetics, 2008</i>
CPSAS; <i>Board for Emergency Care</i>	Cuidados emergenciais	<i>Government Notice 1102: "Establishment of the Professional Boards" – 2003</i>
CPSAS; <i>Board for Environmental Health</i>	Saúde ambiental	<i>Regulations relating to the Constitution of the Professional Board for Environmental Health Practitioners, 2008</i>
CPSAS; <i>Board for Medical and Dental (and medical science)</i>	Medicina; odontologia	<i>Government Notice 75: "Establishment of the Professional Boards" – 16 de Janeiro de 1998</i>
CPSAS; <i>Board for Medical Technology</i>	Tecnologia médica	<i>Regulations relating to the Constitution of the Professional Board for Medical Technology, 2008</i>
CPSAS; <i>Board for Occupational Therapy, Medical Orthotics, Prosthetics and Arts Therapy</i>	Terapia ocupacional; medicina ortótica e protética; terapia artística	<i>Regulations relating to the Constitution of the Professional Board for Occupational Therapy, Medical Orthotics/Prosthetics and Arts Therapy, 2008</i>

Continua

Continuação: **Quadro 3.** Instituições reguladoras das profissões de saúde da África do Sul e legislação de referência

Entidade responsável	Profissões reguladas	Norma constitutiva e ano
CPSAS; <i>Board for Optometry and Dispensing Opticians</i>	Optometria; óptica	<i>Regulations relating to the Constitution of the Professional Board for Optometry and Dispensing Opticians, 2008</i>
CPSAS; <i>Board for Physiotherapy, Podiatry and Biokinetics</i>	Fisioterapia; podologia; biocinética	<i>Regulations relating to the Constitution of the Professional Board for Physiotherapy, Podiatry and Biokinetics, 2008</i>
CPSAS; <i>Board for Psychology</i>	Psicologia	<i>Regulations relating to the Constitution of the Professional Board for Psychology, 2008</i>
CPSAS; <i>Board for Radiography and Clinical Technology</i>	Radiografia; tecnologia clínica	<i>Regulations relating to the constitution of the Professional Board for Radiography and Clinical Technology, 2008</i>
CPSAS; <i>Board for Speech Language and Hearing Professions</i>	Fonologia; audiologia	<i>Regulations relating to the constitution of the Professional Board for Speech, Language and Hearing Professions, 2008</i>
<i>South African Nursing Council</i>	Enfermagem; obstetrícia	<i>Nursing Act 33 of 2005</i>
<i>South African Council for Social Service Professions</i>	Serviço social; cuidados com crianças e jovens	<i>Social Services Professions Act, 110 of 1978</i>
<i>South Africa Pharmacy Council</i>	Farmácia	<i>Pharmacy Act 53 of 1974</i>
<i>South African Dental Technicians Council</i>	Técnicos dentais; tecnólogos dentais	<i>Social Services Professions Act, 110 of 1978</i>
<i>The Allied Health Professions Council of South Africa</i>	Ayurveda; medicina chinesa; acupuntura; quiropraxia; homeopatia; naturopatia; osteopatia; fitoterapia; aromaterapia; massagem terapêutica; reflexologia; <i>unnani-tibb</i>	<i>The Allied Health Professions Act, 63 of 1982</i>

Legenda: CPSAS - Conselho de Profissões de Saúde da África do Sul

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

### 3.3 Aspectos regulatórios específicos

#### 3.3.1 Escopo de prática

A definição do escopo de prática de profissionais de saúde na África do Sul é de responsabilidade do Ministério da Saúde, que o faz por via da aprovação de norma regulatória em seu âmbito de atuação. Dessa forma, qualquer conflito de fundo normativo que envolva o exercício de determinada profissão pode ser resolvido pela aprovação de nova norma ministerial. Conforme já

visto, essa norma deve ser editada após recomendação do conselho profissional responsável.

Ainda assim, a expressão escopo de prática aparece na legislação sul-africana como uma diretiva geral para a prática de determinada profissão, do que uma norma que crie vedações para outros profissionais, ou seja, um profissional de saúde sob a regulação estatal não deve observar as normas de outras profissões, mas sim as suas. Um exemplo que pode ser analisado é a norma do ministério que define o escopo de prática das profissões de enfermagem e obstetrícia (*Regulations Regarding the Scope of Practice of Nurses and Midwives*), que define escopo de prática como “os parâmetros dentro de que um profissional de enfermagem que tenha atingido as qualificações prescritas e os requerimentos de registro pode praticar”.

### 3.3.2 Regulação da formação superior

A regulação da formação superior em saúde na África do Sul é desempenhada pelas entidades de autorregulação profissional, seja o Conselho de Profissões e as comissões profissionais seja os outros conselhos estabelecidos em lei, com a supervisão e a autoridade do Ministério da Saúde, que é a principal autoridade no modelo sul-africano, conforme já visto. Além disso, o Departamento de Educação Superior e Formação também desempenha uma função relevante na definição de diretrizes para o ensino superior, ainda que os requisitos para o credenciamento sejam de competência dos conselhos.

A regulação de especialidades é de competência dos conselhos profissionais, sob supervisão do Ministério da Saúde. Especificamente para as profissões médica e odontológica, há uma entidade responsável pela regulação de especialidades, constituída sob o nome de Colégios de Medicina da África do Sul (*Colleges of Medicine of South Africa*), que também se encarrega de promover exames obrigatórios para a obtenção de títulos de especialista. Sua natureza seria de uma pessoa jurídica de direito privado não lucrativa.

Essa entidade, ainda que seja unificada em apenas uma instituição, é um conjunto de órgãos colegiados responsáveis pelo registro de especialistas médicos, credenciamento de instituições formativas que queiram formar tais especialistas e realização de um exame nacional para obtenção do título. Cada colegiado corresponde a uma especialidade, totalizando vinte e oito. Sua autoridade para exercer suas funções tem origem em delegação direta do Conselho de Profissões.

### 3.3.3 Aspectos sobre planejamento para a força de trabalho em saúde

Conforme apresentado, o Ministério da Saúde desempenha a função central na regulação de profissões de saúde. O mesmo se aplica para aspectos relacionados ao planejamento da força de trabalho em saúde. Conforme já visto, HPA

menciona sempre a submissão a regulação às políticas definidas pelo ministério. Uma questão presente no contexto sul-africano é perda de profissionais formados pela emigração, agravada pela falta de instituições formativas.

Uma medida encontrada para suprir essa demanda foi um convênio internacional celebrado entre os governos sul-africano e cubano para a formação de profissionais do país africano na ilha caribenha. Trata-se do Programa de Colaboração Nelson Mandela Fidel Castro, que financia os primeiros cinco anos de formação médica de estudantes em universidades cubanas para que depois retorne e se integre a alguma universidade nacional para concluir sua formação. Uma observação já levantada quanto à iniciativa menciona a dificuldade de integração que esses estudantes têm ao retornar ao seu país por déficits formativos. Essas lacunas na formação teriam relação sobretudo com as diferenças político-organizacionais entre os sistemas de saúde dos dois países e principalmente com o perfil epidemiológico cubano, que não inclui agravos de saúde típicos da África do Sul, inclusive a AIDS<sup>1</sup>.

#### **4 Síntese conclusiva**

O modelo regulatório de força de trabalho em saúde na África do Sul tem centralidade em seu Ministério da Saúde, que tem a competência de estabelecer as políticas nacionais de saúde, inclusive na área de força de trabalho. Suas funções são compartilhadas com o Departamento de Educação Superior e Treinamento, com o Departamento de Serviço Público e Administração, com o Conselho de Profissões de Saúde da África do Sul e com outros conselhos profissionais de saúde.

A regulação da formação de profissionais de saúde é tanto de responsabilidade ministerial quanto do Departamento de Educação Superior e Treinamento, que é responsável pela definição de diretrizes para instituições formativas. O credenciamento dessas instituições, contudo, é feito pelos conselhos profissionais, sob supervisão do Ministério da Saúde. No caso específico da profissão médica, há ainda entidades específicas responsáveis por realizar exames para o exercício de especialidades médicas, os Colégios de Medicina da África do Sul. Segundo relatório da OMS, o país tinha nove escolas com cursos de saúde, em 2012.

Em relação à prática profissional, a competência é eminentemente dos conselhos profissionais, mas com a supervisão e autoridade do Ministério da Saúde. Assim, ainda que a regulação do registro, da conduta disciplinar e os procedimentos a eles relacionados sejam de responsabilidade das entidades de autor-

---

<sup>1</sup> DONDA et al. Assimilating South African medical students trained in Cuba into the South African medical education system: reflections from an identity perspective. *BMC Medical Education*, v. 16, n. 281, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0800-4>



regulação, seus atos podem ser revistos a qualquer momento pelo ministério e desde sua aprovação devem estar em conformidade com as políticas nacionais de saúde. Os conselhos profissionais são estabelecidos por lei, sendo que um deles, tem responsabilidade regulatórios sobre diversas profissões.

Em relação à regulação da política de planejamento para a força de trabalho em saúde, há total centralidade do Ministério, que estabelece as políticas em seu âmbito de atuação. Uma medida encontrada no âmbito sul-africano foi uma cooperação com Cuba para a vinda de médicos da ilha americana para suprir a carência de profissionais na África do Sul. O ministério também acaba regulando diretamente aspectos importantes das profissões de saúde, como a definição de seu escopo de prática.

## IV Canadá

### I Perfil socioeconômico

O Canadá é localizado na América do Norte e tem um extenso território, o segundo maior do globo. Sua população, no entanto, se concentra no sul do país, na região próxima à fronteira com os Estados Unidos. Sua capital é Ottawa e seu maior cidade é Toronto. Além disso, são também relevantes cidades como Montreal e Vancouver. O país tem como línguas oficiais o francês e o inglês, em decorrência de sua história colonial, sendo que a população francófona se concentra a leste, sobretudo na província de Quebec. O país conta com treze divisões subnacionais, sendo dez províncias e três territórios federais. O Quadro 4 apresenta alguns indicadores socioeconômicos nacionais.

**Quadro 4.** Perfil socioeconômico do Canadá

Indicador	Dado
População estimada	35.182.000*
População com menos de 15 anos	16%*
População acima de 60 anos	21%*
Idade média	40 anos*
População vivendo em áreas urbanas	82%*
Taxa de fecundidade	1,7 por mulher*
PIB per capita	US\$ 42.000*
Classificação de renda do Banco Mundial	Alto*
Expectativa de vida (homem/ mulher)	81/ 85 anos*
IDH ajustado a desigualdade	0.926**
Índice Gini	32.6***

Nota: \*Canada: WHO statistical profiles, 2013; \*\*UNDP: Human Development Indices and Indicators, 2018; \*\*\*World Bank: World Development Indicators, 2013.

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

## 2 Sistema político

O Canadá é uma monarquia parlamentar e um país federal, mantendo a tradição jurídica do sistema de *common law*, ainda que na região francófona, especialmente na província de Quebec, considera-se que há um sistema híbrido formado por traços de *civil law*, especialmente no que toca ao direito privado.

A constituição do Canadá é formada por diferentes documentos e convenções, sendo o mais recente deles o *Constitution Act, 1982*, aprovado em 1982. Esse documento, em sua subseção 52 define um conjunto de outros documentos que junto a ele formam a constituição canadense, sendo sua essência o *Constitution Act, 1867*, documento aprovado em 1967 como *British North America Act, 1867*, junto a outros como *Statute of Westminster Act*, aprovado pelo Parlamento Britânico em 1931 e tornando facultativa a adesão dos domínios ingleses à ordem jurídica britânica.

O federalismo é um traço extremamente forte no sistema constitucional canadense e se caracteriza pela intensa autonomia gerencial e legislativa que as províncias têm. A divisão do território se dá em 10 províncias: *New Foundland and Labrador, Nova Scotia, Prince Edward Island, New Brunswick, Quebec, Ontário, Alberta, Manitoba, Saskatchewan* e *British Columbia*. Sua autonomia deriva diretamente da constituição. Além das províncias, o Canadá tem três territórios federais a norte, cuja autonomia deriva de ato do Parlamento Federal: Yukon, Territórios do Noroeste e Nunavut.

## 3 Direito à saúde no Canadá

Um traço extremamente forte na Constituição canadense é o sistema federativo. Desde 1867, já se previa nominalmente as primeiras províncias, inclusive com regulações próprias para cada. O *Constitution Act, 1982* confere às províncias a competência de cuidar da saúde da população, por via do artigo XX, de modo que, do ponto de vista de jurídico, a grande parte das competências em matéria sanitária ficaria restrita ao âmbito subnacional, entretanto a União possui uma competência importante que lhe confere um papel fundamental no sistema de saúde nacional: o poder de gastar.

Bem consolidado na teoria jurídica canadense, o poder de gastar deriva do fato de ter o União canadense grande montante de recursos tributários sob sua administração, permitindo-lhe financiar políticas a serem implementadas pelas províncias e lhes definir as linhas gerais. Essa competência derivada do sistema constitucional é um dos fundamentos para o sistema de saúde do país, criado em 1982 pelo *Canada Health Act*, que estabelece um sistema de acesso universal e gratuito.

A competência para regulação de força de trabalho em saúde no Canadá é assim restrita às províncias, o que faz com que cada entidade subnacional possa

estabelecer sua forma própria de regulação, ainda que existem elementos importante a ser considerados no plano nacional. Para este estudo, decidimos nos aprofundar no modelo de regulação da Província de Ontário, considerando sua relevância populacional e o fato de sua regulação ter sido pioneira em muitos aspectos, antes, contudo, convém que se tenha em mente as instituições e normas no plano nacional relevantes.

O Canadá apresenta um conjunto de instituições que exercem papel regulatório importante, mas que a adesão das instituições provinciais a seus ditames é voluntária. Isso ocorre pelo fato de, por um lado, existir forte autonomia provincial e por outro lado existir a conveniência em uniformizar.

#### **4 Modelo de regulação de força de trabalho em saúde**

Conforme já apresentado, as competências em matéria sanitária estão concentradas nas províncias e territórios no modelo canadense, o que inclui a regulação de profissões de saúde, ainda assim existem algumas instituições e procedimentos a nível nacional que merecem atenção pela função que desempenham. Essas entidades não podem exercer as competências mais importantes de um modelo Regulatório, como credenciar cursos de graduação e pós-graduação, registrar profissionais de saúde, instaurar medidas disciplinares, aprovar normas regulatórias ou mesmo definir políticas específicas para a força de trabalho em saúde, contudo, de alguma forma, possuem a adesão voluntária dos governos provinciais, que a incluem em seus modelos regulatórios locais, de onde deriva sua importância.

Essa apresentação consistirá nas entidades que desempenham função regulatória importante a nível federal no Canadá, especialmente na formação médica e em breves considerações sobre o planejamento da força de trabalho em saúde pelo Ministério da Saúde central. Em seguida, é analisado o modelo regulatório de Ontário, província canadense mais populosa e com o modelo regulatório estabelecido há mais tempo.

##### **4.1 Regulação da formação médica superior em SAÚDE**

###### **4.1.1 Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá**

O Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá (*Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*), aqui designado por *Royal College*, é uma entidade criada pelo parlamento canadense em 1929 com a função de supervisionar a educação médica de especialistas no país. Ainda que tenha criação legal, sua natureza jurídica é de uma organização não lucrativa, o que corresponde, guardadas as devidas diferenças, a uma pessoa jurídica de direito privado não empresarial.

Sua função é certificar as habilidades de especialistas médicos no exercício de sua profissão e a qualidade de cursos de medicina que os formam. Considerando o sistema federativo nacional, a adesão aos padrões de qualidade e diretrizes aprovadas pelo *Royal College* pelas entidades regulatórias subnacionais que registram os profissionais seria facultativa, contudo, todas as províncias e territórios canadenses o adotam como referência, como exceção de Quebec, por via de suas entidades regulatórias próprias. Dessa forma, o *Royal College* desempenha função central no credenciamento de escolas de medicina que queiram formar especialistas e no registro desses especialistas, inclusive definindo o exame nacional.

O registro de médico especialista conferido pelo *Royal College* tem dois requisitos: formação em curso de residência certificado pela entidade e aprovação no exame nacional. O primeiro requisito não se limita a cursos nacionais, uma vez que o *Royal College* pode credenciar programas em outros países que atendam aos seus critérios de qualidade, conferindo a estudantes formados nesses cursos a possibilidade de realizar o exame, ainda que eventualmente com critério extras, a depender da avaliação da instituição formadora de origem.

O Canadá possui atualmente 17 escolas médicas e todas utilizam o mecanismo de avaliação do *Royal College* para seus próprios cursos de residência, indicando uma efetiva incorporação das diretrizes da entidade em toda a educação médica canadense<sup>2</sup>.

#### 4.1.2 Colégio de Médicos de Família do Canadá

O Colégio de Médicos de Família do Canadá (*College of Family Physicians of Canada*) atua de forma similar ao *Royal College*, mas especificamente para especialidade de medicina de família. Ao contrário deste, sua criação não fundamentado em lei aprovada pelo parlamento, constituindo-se apenas como uma associação.

#### 4.1.3 Conselho Médico do Canadá

O Conselho Médico do Canadá (*Medical Council of Canada*), aqui abreviado para MCC, funciona de forma similar às duas entidades anteriores, contudo seu foco é o conjunto de cursos de graduação em medicina no Canadá. Sua criação se deu pelo *Canada Medical Act*, aprovado pelo Parlamento Nacional em 1912 e sua natureza jurídica é a de associação, isto é, de uma pessoa jurídica tipicamente de direito privado.

---

<sup>2</sup>TROMP, F. et al. Assessment of CanMEDS roles in postgraduate training: The validation of the Compass. *Patient Educ Couns.* v. 89, n. 1, p. 199-204, Out. 2012. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.028>

O MCC atua sobretudo cuidando dos exames nacionais destinados aos recém-egressos dos cursos de medicina. Os candidatos aprovados no exame obtêm o título de licenciado pelo Conselho Médico do Canadá (LMCC, na sigla em inglês), contudo esse título não corresponde ao registro para exercício da profissão, sendo apenas um título acadêmico. No entanto, todos as autoridades responsáveis pelo registro médico a nível provincial no Canadá o reconhecem como requisito. Dessa maneira, na prática, o Canadá tem um exame nacional de medicina.

O Conselho Administrativo do MCC é formado por 52 membros, incluindo dois indicados por cada entidade reguladora provincial ou territorial, um membro de cada universidade canadense que tenha uma escola médica, até cinco membros da sociedade, dois estudantes de medicina e dois residentes.

#### 4.1.4 *Health Canada*

A estrutura federativa do Canadá não abre grande espaço para a existência de uma entidade a nível nacional com competências regulatórias ou com poder de definir políticas de saúde vinculantes. Convém inclusive notar que o próprio poder do governo central canadense de direcionar as políticas de saúde nas províncias é derivado do poder de gastar. Ainda assim, existe nesse nível uma entidade que se assemelha ao que seria um ministério da saúde nacional, chamada de *Health Canada* (Saúde Canadá, em tradução literal). Suas ações refletem em larga medida as políticas do governo central e lhe cabe, além disso, a administração dos atos legislativos que tenham relação com a saúde, isto, é tomar a frente das atribuições do governo oriundas desses diplomas legais. Entre esses atos, está o *Canada Health Act*.

Além disso, a *Health Canada* pode exercer papel importante na definição de diretrizes e na harmonização regulatória entre as províncias. Ainda que suas definições possam não ter poder vinculante, seu papel acaba sendo de coordenação a nível nacional, promovendo iniciativas entre gestores e reguladores provinciais e financiando pesquisas que observem todo o país. Junto à Agência de Saúde Pública do Canadá (*Public Health Agency*), ao Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde (*Canadian Institute of Health Research*), à Comissão de Revisão de Preços de Medicamentos Patenteados (*Patented Medicine Prices Review Board*), à Agência Canadense de Inspeção Alimentar (*Canadian Food Inspection Agency*) e a *Pest Management Regulatory Agency* forma o conjunto de instituições do governo federal canadense com incidência regulatória, ainda que por vezes apenas do ponto de vista de pesquisas, sobre a saúde.

A principal instituição existente na estrutura da *Health Canada* para força de trabalho é o Comitê de Força de Trabalho em Saúde (*Committee on Health Workforce*). Criado em 2002, como um conselho consultivo com assentimento dos ministérios da saúde provinciais. Sua estrutura de governança inclui os

territórios, províncias e o governo central e sua função essencial é assessorar os ministérios da saúde canadenses em questões relacionadas ao planejamento da força de trabalho em saúde. Sua composição é formada por especialistas indicados por cada um dos governos.

#### 4.1.5 Caso *Waldman versus The Medical Services Commission of British Columbia*

O caso *Waldman versus The Medical Services Commission of British Columbia*, ou simplesmente *Waldman*, foi uma disputa judicial que chegou à Suprema Corte da Columbia Britânica e envolvia uma política relacionada à força de trabalho em saúde. Ainda que tenha se desenvolvido no âmbito provincial, ganhou notoriedade no campo do Direito Sanitário. A Comissão de Serviços Médicos da Província da Columbia Britânica tinha a competência de definir a taxa de serviços que profissionais médicos deveriam responder no exercício de suas funções. Três médicos contestaram na justiça a metodologia que a comissão escolhera para calcular a taxa de cada médico, que era baseada em critérios de local de atuação.

A medida adotada em 1996 definia que os profissionais receberiam 100%, 75% ou 50% da taxa de serviço a depender de eles prestarem seus serviços em locais com excesso de profissionais ou em locais com falta de profissionais. Assim, quanto mais sobrecarregada de médicos estivesse a região escolhida, menor seria a quantia recebida pelos profissionais. A medida também excetuava médicos que conseguissem comprovar a necessidade específica de seu trabalho na comunidade em que atuavam, os médicos já estabelecidos antes da medida e médicos treinados na Columbia Britânica. Além disso, conforme os novos médicos trabalhassem na província, acumulavam pontos, que ao chegarem a 100 permitiam ao profissional ganhar a remuneração completa sem a limitação geográfica.

Os solicitantes da medida judicial fundamentaram seus argumentos no *Constitution Act*, de 1982, especificamente em sua parte introdutória, que declara os direitos fundamentais, a *Canadian Charter of Rights and Freedom*. Alegavam que a decisão da comissão violava sua jurisdição, bem como que violava direitos constitucionais relacionadas à liberdade de movimento, definidos na Seção 06, ao direito à vida, liberdade e segurança pessoal, definidos na Seção 07, e à igualdade, definidos na Seção 15. Além de mencionarem alguns trechos do *Canada Health Act*.

A corte deu razão aos solicitantes. Inicialmente reconheceu que a comissão excedeu sua jurisdição e que, em acordo à Seção 12 do *Canada Health Act*, o pagamento de profissionais de saúde deve ser razoável, o que não era garantido pela estrutura definida pela entidade provincial. Reconheceu também a violação aos direitos de mobilidade, especialmente de mobilidade entre províncias. Não acolheu o argumento relacionado à proteção do direito à vida, liberdade e segurança pessoal e reconheceu que a medida era discriminatória ao negar a alguns médicos o benefício da remuneração completa.

## 5. Modelo de regulação de força de trabalho em saúde da Província de Ontário

A província de Ontário é a mais populosa das divisões subnacionais canadenses, tendo como capital Toronto e também abrigando Ottawa, a capital nacional. Sua população estimada é de 13,6 milhões de habitantes, totalizando aproximadamente 40% da população canadense. Sua estrutura política é definida a nível nacional pelo *Constitution Act*, de 1867. O Poder Executivo é formado a partir do Conselho Executivo de Ontário, selecionado a partir dos membros do Poder Legislativo, formado pela Assembleia Legislativa de Ontário. Dentre seus membros, elege-se o primeiro-ministro, que exerce a função de chefe de governo provincial. Junto ao primeiro-ministro, o Poder Executivo é exercido pelo tenente-governador (*Lieutenant governor*), que representa formalmente a monarquia britânica na província e é escolhido pelo governador-geral do Canadá, sob recomendação do primeiro-ministro.

Entre os membros do Conselho Executivo, encontra-se o ministro da saúde. O Ministério da Saúde, formalmente Ministério da Saúde e de Cuidados Prolongados (*Ministry of Health and Longterm Care*), foi estabelecido pelo *Ministry of Health and Long-Term Care Act*, de 1990 e regulado também pelo *Executive Council Act*. Na legislação canadense, as entidades do Poder Executivo podem receber a atribuição de administração de determinado estatuto legal, o que as torna a principal responsável por seu cumprimento e lhes dá o poder final de decisão sobre questões envolvendo as normas ali contidas. Segundo o sítio virtual do ministério, há 60 estatutos sob sua administração<sup>3</sup>, incluindo o principal diploma legal que versa sobre a força de trabalho em saúde.

O modelo de regulação de força de trabalho em saúde é centrado no *Regulated Health Professions Act* (RHPA), e em diplomas específicos para cada uma das profissões de saúde reguladas, além de regulações específicas oriundas de competências estabelecidas nesse ordenamento. O modelo opera como um sistema harmônico do ponto de vista legal, já que todas as normas fazem referência ao RHPA principal, que funciona como espécie de guarda-chuva e estabelece as principais instituições e procedimentos.

O RHPA foi aprovado em 1991 e sofreu diversas alterações, especialmente com a aprovação de novas leis específicas para reconhecimento de novas profissões reguladas. As entidades regulatórias importantes desse modelo são o Parlamento de Ontário, responsável pela aprovação da legislação, o Ministério da

---

<sup>3</sup>ONTARIO. Ministry of Health; Ministry of Long-Term Care. *Legislation - Ministry Statutes*. Disponível em: <<http://www.health.gov.on.ca/en/common/legislation/statutes/default.aspx>>

Saúde, o Conselho Consultivo de Regulação de Profissões de Saúde, a Comissão de Apelação e Revisão do Ministério da Saúde e de Cuidados Prolongados e os colegiados profissionais.

A estrutura do RHPA é dividida em três partes: um conjunto de dispositivos legais que formam a Lei em si, o primeiro anexo, que é um conjunto de leis que regulam cada uma das profissões de saúde e o segundo anexo, que corresponde ao Código Processual para Profissões de Saúde, que trata sobre os colegiados profissionais e sobre aspectos específicos da regulação, por exemplo, disciplina e registro. Todas as leis específicas de cada profissão devem incorporar as normas da legislação principal e do Código Processual, o que assegura a uniformização da regulação.

Além disso, a regulação tangencia outros diplomas legais, especialmente na regulação de profissão farmacêutica, quais sejam o *Drug and Pharmacies Act* e o *Drug Interchangeability and Dispensing Fee Act*, utilizados especialmente na definição de escopo de prática, conforme será apresentado.

## 5.1 Atores institucionais centrais

### 5.1.1 Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde é responsável pela administração do RHPA, que lhe atribui como deveres: garantir que as profissões de saúde sejam reguladas e coordenadas com vistas ao interesse público, que sejam desenvolvidos e mantidos padrões de prática profissional e que os indivíduos tenham acesso ao serviço de profissionais de saúde conforme suas escolhas, sendo tratados sempre com sensibilidade e respeito quando em contato com profissionais de saúde, com colegiados profissionais e com a comissão de revisão e apelação.

Suas competências, para atender a tais objetivos são: inquirir ou requerer dos colegiados profissionais informações a respeito da prática de determinada profissão em uma instituição ou localidade, supervisionar as atividades dos colegiados, requerer a um colegiado a edição, emenda ou revogação de qualquer norma aprovada dentro de sua competência, requerer que realize qualquer coisa que, em sua opinião, seja necessário ou aconselhável para promover os objetivos do RHPA.

As requisições feitas pelo Ministério aos colegiados devem ser atendidas, segundo a Seção 03 do RHPA, no prazo de 60 dias. Cabendo ao colegiado reportá-la ao ministério. Caso ele não o faça, o Governo de Ontário pode executá-la, inclusive revogando ou editando normas que seriam de competência da entidade profissional. Além disso, o ministério pode lhes indicar um supervisor, com poderes e por tempo determinados no ato de indicação. Essa possibilidade de exercício do poder de supervisão do ministério



deve ser tomada em hipóteses em que se verifique que o conselho não está exercendo bem suas funções de acordo com a lei. Para que seja efetivada, a intenção do Ministério em fazê-la deve ser comunicada ao conselho com 60 dias de antecedência.

### 5.1.2 Conselho Consultivo de Regulação de Profissões de Saúde

O Conselho Consultivo de Regulação de Profissões de Saúde (*Health Professions Advisory Council*), aqui chamado de Conselho Consultivo, é estabelecido pela Seção 07 do RHPA e é responsável por assessorar o Ministério de Saúde em questões relacionadas à regulação de profissões de saúde, sendo inclusive obrigatória sua consulta em diversas hipóteses. Considerando a centralidade do ministério no modelo regulatório de Ontário, o Conselho Consultivo também detém um papel importante.

O Conselho Consultivo é composto por ao menos cinco e não mais do que sete membros indicados pelo tenente-governador de Ontário, ouvido o Ministério da Saúde, que também designa seu presidente e seu vice-presidente. Seus mandatos têm duração de dois anos, renováveis por mais dois e nesse período são remunerados pelo Governo de Ontário. Os membros não podem ser funcionários públicos da província ou do governo federal (*Corwn Agency Act*) ou ter sido membro de algum dos órgãos de governança de colegiados profissionais (Conselho Diretor ou comitês).

As matérias a que cabe ao Conselho Consultivo se manifestar são: se determinada profissões de saúde não regulada deve ser regulada, se determinada profissões de saúde regulada deve ser desregulada, qualquer emenda à RHPA, programas para assegurar a qualidade profissional mantidos pelos Conselhos Profissionais, a relação entre pacientes e cada um dos conselhos profissionais e qualquer outra matéria relacionada à regulação de profissões de saúde que o Ministério da Saúde julgar conveniente submeter ao Conselho. O RHPA ainda estabelece que o Conselho só pode se manifestar quando solicitado pelo ministério, sendo vedado que assessorar qualquer outra pessoa ou instituição.

### 5.1.3 Comissão de Apelação e Revisão de Profissões

A Comissão de Apelação e Revisão de Profissões (*Health Professions Appeal and Review Board – HPARB*) é a instância responsável por reavaliar as decisões em matéria disciplinar tomadas pelos conselhos profissionais. Suas competências estão definidas no código de procedimentos anexo ao RHPA e sua compreensão total demanda ainda o conhecimento do *Public Service of Ontario Act*, que a permite empregar pessoas que não são servidores públicos na condução de perícias e investigações e do *Public Hospitals Act*, lei aprovada pelo Parlamento de Ontário que lhe confere a competência de conduzir audiência relativas a prerrogativas médicas dentro de hospitais.

A HPARB foi criada em 1998 por um ato específico, o *Health Appeal and Review Act, 1998*, que juntou duas instâncias de apelação distintas, uma para profissionais de saúde e outra para serviços hospitalares em uma só entidade. Sua composição é de doze membros indicados pelo tenente-governador da Província de Ontário para mandatos de três anos, renováveis por mais três. A pessoa indicada não pode ser servidora pública, ser ou ter sido membro de um colegiado profissional definido no RHPA ou do Conselho de Veterinários de Ontário.

#### 5.1.4 Autorregulação: colegiados

Os colegiados profissionais são entidades responsáveis por executar a maioria das funções regulatórias, sempre sob supervisão do Ministério da Saúde. O Quadro 5 a seguir apresenta todas as profissões reguladas na Província de Ontário, seu conselho correspondente e o ano de aprovação de sua lei correspondente, conforme apresentado no RHPA.

**Quadro 5.** Profissões regulamentadas na Província de Ontário

Lei e ano	Profissão regulada
<i>Audiology and Speech-Language Pathology Act, 1991</i>	Audiologia e terapia da fala
<i>Chiroprody Act, 1991</i>	Quiropodia
<i>Chiropractic Act, 1991</i>	Quiropraxia
<i>Dental Hygiene Act, 1991</i>	Higiene dental
<i>Dental Technology Act, 1991</i>	Tecnologia dental
<i>Dentistry Act, 1991</i>	Odontologia
<i>Denturism Act, 1991</i>	Denturismo
<i>Dietetics Act, 1991</i>	Dietética
<i>Homeopathy Act, 2007</i>	Homeopatia
<i>Kinesiology Act, 2007</i>	Kinesiologia
<i>Massage Therapy Act, 1991</i>	Massoterapeuta
<i>Medical Laboratory Technology Act, 1991</i>	Tecnologia em medicina laboratorial
<i>Medical Radiation Technology Act, 1991</i>	Tecnologia em radiologia
<i>Medicine Act, 1991</i>	Medicina
<i>Midwifery Act, 1991</i>	Obstetria
<i>Naturopathy Act, 2007</i>	Naturopatia
<i>Nursing Act, 1991</i>	Enfermagem
<i>Occupational Therapy Act, 1991</i>	Terapia ocupacional
<i>Opticianry Act, 1991</i>	Óptica
<i>Optometry Act, 1991</i>	Optometria

Continua

Continuação: **Quadro 5.** Profissões regulamentadas na Província de Ontário

<b>Lei e ano</b>	<b>Profissão regulada</b>
<i>Pharmacy Act, 1991</i>	Farmácia
<i>Physiotherapy Act, 1991</i>	Fisioterapia
<i>Psychology Act, 1991</i>	Psicologia
<i>Psychotherapy Act, 2007</i>	Psicoterapia
<i>Respiratory Therapy Act, 1991</i>	Terapia da respiração
<i>Traditional Chinese Medicine Act, 2006</i>	Medicina tradicional chinesa

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

Cada colegiado é estabelecido pela lei correspondente a sua profissão regulada, no entanto, o Código Processual de Profissões de Saúde, que deve compor todos os atos específicos regulamenta os aspectos principais que todos devem seguir, em sua Seção 02 e seguintes. Os colegiados são assim pessoas jurídicas sem capital próprio com o dever geral de trabalhar junto ao Ministério da Saúde para garantir, enquanto matéria de interesse público, que a população de Ontário tenha acesso adequado e suficiente a profissionais de saúde habilitados, qualificados e competentes. Em duas oportunidades, o RHPA destaca que as funções do Conselho devem ser exercidas como matéria de interesse público.

Para tal, têm como competências: regular a prática profissional, os padrões de qualidade necessários ao registro profissional, padrões de qualidade a serem observados pelos profissionais de saúde registrados, matérias de ética profissional, regular junto aos outros conselhos profissionais matérias relacionadas aos atos controlados, além de garantir a efetividade do RHPA e promover o contato entre a regulação e a população. A governança dos conselhos profissionais consiste em um conselho diretor e em comitês específicos, algum estabelecidos pelo RHPA e outros pelo próprio conselho.

As reuniões do conselho diretor devem ser públicas, inclusive em sua convocação, devendo o Ministério da Saúde e os membros serem convocados nominalmente. O conselho diretor pode decidir por não ter reuniões abertas ao público na hipótese de o tema em pauta envolver assunto de matéria pessoal ou tópico cuja publicidade da discussão pode atrapalhar a aderência posterior ao que o Conselho deseja promover. Os membros do conselho diretor são indicados pelo Governo de Ontário.

Os comitês obrigatórios por lei são: comitê executivo, comitê de registro, comitê de investigação, inquéritos e reclamações, comitê de disciplina, comitê de adequação à prática, comitê de qualidade e comitê de relação com os pacientes. Neste ponto, convém observar que os comitês de disciplina, adequação à prática e qualidade estão associados a medidas de disciplina contra profissionais de

saúde, tocando ao de disciplina, questões relacionadas ao comportamento do profissional, ao de adequação à prática, questões relacionadas à habilidade do profissional de exercer suas habilidades do ponto de vista de sua saúde, inclusive mental, e ao de qualidade, questões relativas à performance profissional.

## 5.2 Escopo de prática: atos controlados

O RHPA aborda a questão do escopo de prática de profissionais de saúde a partir de sua Seção 27, ao definir um conjunto de práticas que são restritas a determinados profissionais de saúde, os chamados atos controlados. Antes de adentrar os atos controlados em si, convém observar que a lei deixou pouca margem de regulação aos conselhos profissionais ao regular a matéria dessa forma, já que não lhes permitiu definir as práticas que suas profissões reguladas podem exercer. A partir do rol de atos controlados, as leis específicas de cada profissão autorizam ou não o profissional a exercê-lo. Dessa forma, a lei provincial protege sobretudo a garantia das competências formativas do profissional de saúde.

As hipóteses legais em que a prática de atos controlados é permitida por pessoas não registradas como profissionais que tenham autorização são: em situações de primeiros socorros, em atividades formativas essenciais para obtenção de diploma e sob supervisão de profissional autorizado, em tratamentos espirituais de acordo com a religião da pessoa que estiver realizando o tratamento, em tratamento dispensando a familiares, assistindo uma pessoa em suas atividades de vida diária. Além disso, a lei também não se aplica a curandeiros e parteiras aborígenes.

Os atos controlados definidos apenas no RHPA de Ontário são os seguintes:

- comunicar ao indivíduo ou a seu representante diagnóstico identificando alguma doença, a partir de sintomas visíveis, em situação em que o paciente e o representante provavelmente irão confiar no diagnóstico;
- realizar procedimento incisivo para além da derme, da membrana de alguma mucosa, da superfície da córnea e da superfície dos dentes;
- tratar de fraturas ósseas ou do deslocamento de juntas;
- mover as juntas da coluna além do limite psicológico usual do paciente com um impulso rápido;
- administrar substância por injeção ou inalação;
- inserir instrumento, mão ou dedo: (a) além do canal externo do ouvido; (b) além do ponto das fossas nasais em que usualmente cabe o dedo; (c) além da laringe; (d) além da abertura da uretra; (e) além da labia majora; (f) além do orifício anal; e (g) em uma abertura artificial no organismo;

- aplicar ou demandar a aplicação de alguma forma de energia, conforme regulação do RHPA;
- prescrever, dispensar, vender ou formular uma droga, conforme regulado pelo *Drug and Pharmacies Act* ou supervisionar a manutenção de drogas em estabelecimento farmacêutico;
- prescrever ou dispensar, para problemas de visão ou nos olhos, dispositivos para visão atípica, lentes de contato ou óculos de grau que não simplesmente ampliadores;
- prescrever um aparelho auditivo para uma pessoa com alguma dificuldade auditiva;
- Ajustar ou dispensar uma prótese dentária, ortodôntica ou periodontal ou um dispositivo a ser utilizado dentro da boca para correção da função dental;
- conduzir trabalho de parto;
- realizar teste alérgico em que eventual resposta positiva resulta em resposta significativa; e
- tratar, por meios de técnica psicoterápica, através de relação terapêutica, transtorno de pensamento, cognitivo, de modo, de regulação emocional, de percepção ou de memória que possa afetar seriamente o julgamento, a percepção, o comportamento, a comunicação a socialização individuais.

## 6 Síntese conclusiva

O Canadá apresenta um modelo federativo com forte autonomia dos entes subnacionais, o que se reflete na regulação de vários aspectos relacionados à saúde, inclusive a regulação da Força de Trabalho, que é de competência provincial ou territorial, a depender da natureza da jurisdição. A uniformização de regras a nível nacional se dá ou pela adesão voluntárias das províncias e territórios a alguma instituição reguladora ou pela conformidade com algum programa financiado pelo governo federal. Nesta segunda hipótese, o governo seu chamado “poder de gastar”, ou seja, sua competência de associar ao investimento de seus recursos o cumprimento de determinada norma. Assim se firmou o sistema de serviços de saúde canadense, a partir do *Canada Health Act*, aprovado em

Em relação à regulação de profissões de saúde, existem diretrizes importantes a nível federal que são seguidas por todas as províncias no que toca à definição de padrões de qualidade de formação para algumas classes profissionais. É isso que acontece, por exemplo, com o *Royal College*, que define os padrões de qualidade necessários ao credenciamento de instituições educa-

tivas na área de medicina e os requisitos para obtenção do título de especialista, inclusive via realização de exame. A efetividade dessas diretrizes se dá, entretanto, pela adesão das instituições provinciais a elas, que pode ser parcial, como ocorre com a Província de Quebec. Fora da área formativa, entretanto, a força de trabalho em saúde é regulada sobretudo a nível provincial.

A província escolhida para o estudo foi a de Ontário, que é a mais populosa e uma das primeiras a regular a área de profissões de saúde. O modelo é centrado em uma lei aprovada em 1991 que define os aspectos da regulação. São reguladas 21 profissões de saúde, muitas apenas anos depois da aprovação do ato e são estabelecidas instituições de regulação. Ainda que o modelo funcione sob o regime de autorregulação, com os Conselhos Profissionais tem um papel central no exercício das funções regulatórias, existem diversos mecanismos externos de controle que impedem sua plena autonomia, tanto internos aos próprios conselhos quanto firmados nas competências de outras instituições.

Dentro dos conselhos, nota-se a participação de representantes da sociedade em seus órgãos de governança e o fato de não terem capital próprio, mas sim indicado pelo governo provincial. Externamente, é notável o controle exercido pela HPARB e pelo conselho consultivo, mas principalmente pelo fato de todas as decisões dos Conselhos serem passíveis de revisão pelo Ministério da Saúde, inclusive por iniciativa própria. Além disso, pode o Ministério da Saúde inclusive requerer a edição de alguma norma específica. Dessa forma, a lei acabou por estabelecer os conselhos como instituições permanentes que exercem de forma delegada as funções do Ministério da Saúde, conferindo-lhes poucas possibilidades legais de ter uma agenda própria.

Além disso, é notável que a Lei de Ontário é uniformizada em apenas um diploma legal, o HPRA, o que acaba por definir regulações conjuntas para todas as profissões. Esse aspecto é especialmente importante quanto à matéria de escopo de prática profissional. Os atos que um profissional não pode exercer por não ter determinado registro encontram-se regulados na lei como atos controlados, não havendo espaço para os conselhos deliberarem individualmente sobre o tema. Desse modo, a legislação protege sobretudo as competências formativas do profissional.

## **V Índia**

### **I Perfil socioeconômico**

A Índia é um país asiático ocupando a maior parte do subcontinente indiano, com o Paquistão, Nepal Bangladesh e Sri Lanka. Destaca-se no cenário global por ter a segunda maior população nacional, ficando atrás apenas da China, e um crescimento populacional mais intenso que a primeira. O país ficou independente a colonização britânica formalmente em 1948 e desde então tem

apresentado papel geopolítico relevante, compondo iniciativas como o Movimento de Países Não-Alinhados na década de 60 e, mais recentemente, integrando o grupo dos BRICS. O Quadro 6 apresenta alguns dados que traçam um panorama do perfil socioeconômico da Índia.

**Quadro 6.** Perfil socioeconômico da Índia

Indicador	Dado
População estimada	1.252.114 000*
População com menos de 15 anos	29%*
População acima de 60 anos	8%*
Idade média	26 anos*
População vivendo em áreas urbanas	32%*
Taxa de fecundidade (por mulher)	2,5 por mulher*
PIB per capita	US\$ 5.350*
Classificação de renda do Banco Mundial	Renda Média Baixa**
Expectativa de vida	68,8 anos***
IDH ajustado à desigualdade	0.640****
Índice Gini	33.9*****

Nota: \*Índia: WHO statistical profile, 2013; \*\*World Bank Income Classification, 2013; \*\*\*Human Development Indices and Indicators, 2018; \*\*\*\*UNDP: Human Development Indices and Indicators, 2018; \*\*\*\*\*World Bank: World Development Indicators, (2013).

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

## 2 Sistema político

A Índia herdou do Reino Unido o sistema de *common law*, ainda que diversas classificações, inclusive da própria OMS indiquem que seu sistema é um misto de *common law* com sistemas jurídicos tradicionais, especialmente hindu e islâmico. O primeiro diploma a reger território indiano moderno foi o *Government of India Act, 1935*, aprovado ainda no período britânico. Atualmente o centro de seu sistema constitucional é o *Constitution of India Act, 1949*. A constituição define que a Índia é uma federação formada por estados, territórios da União e um Território da Capital Nacional. Atualmente a Índia possui 29 estados e sete territórios, sendo um deles o de Délhi, a capital nacional.

## 3 Sistema de saúde

Na Índia, há dois tipos predominantes de prática médica: a alopática e a alternativa. O nome oficial desta é AYUSH, que é uma sigla para ayurveda, yoga, naturopatia, *unani*, *Siddha* e homeopatia. A ayurveda é uma prática de saú-

de relacionada à cultura hindu e difundida em todo subcontinente indiano; a *unani*, por sua vez designa um conjunto de práticas médicas associados à cultura islâmica desenvolvida na Índia, sobretudo no período do Império Mogol; e a *Siddha* é uma prática associada à cultura tamil, presente no sul do país e no Sri Lanka.

A medicina alopática foi introduzida na região principalmente no século XX, ao longo do período de colonização britânica. Dois diplomas legais aprovados pelo antigo Conselho Legislativo Indiano, que cessou de existir com a independência formal do país, foram pioneiros em regular essa prática: o *Indian Medical Degree Act, 1916* o *Indian Medical Council Act, 1933*, este revogado em 1956 pelo documento que estabelece o atual Conselho Médico da Índia.

A regulação dos serviços de saúde é eminentemente estadual, ficando nesse nível a responsabilidade por aspectos regulatórios e pelos serviços de saúde, salvo se existir alguma lei nacional versando sobre o tema. Em termos de financiamento de serviços, a Índia está lançando um programa de financiamento de cobertura via seguros chamado *Ayushman Bharat*, que é a estratégia do atual governo do país para atingir a cobertura universal de saúde.

#### **4 Modelo de regulação de força de trabalho em saúde**

O modelo de regulação de força de trabalho em saúde não apresenta um diploma unificado que regula mais de uma profissão, sendo fragmentado entre diplomas legais independentes que estabelecem entidades de autorregulação autônomas para cada profissão. A primeira profissão a ser regulada no país foi a medicina, em 1933. Ainda que esse ato tenha sido aprovado antes da independência da Índia do Reino Unido, manteve-se em vigor até 1956, quando foi aprovado instrumento legal que regula a profissão atualmente.

A Índia passa por discussões atualmente acerca da total reformulação de seu modelo regulatório, com a substituições das instituições existentes e definição de novos marcos regulatórios. Ainda que ainda não aprovados, essas discussões são fundamentais para a compreensão do modelo indiano e de seus desafios na atualidade. Em 2013, o Conselho Médico da Índia, entidade responsável pela regulação da profissão de medicina no país sofreu uma moção de desconfiança pelo parlamento indiano e teve suas atividades suspensas. As alegações contra a entidade são denúncias de corrupção no credenciamento de instituições formativas. Desde então, o Poder Legislativo Indiano discute propostas de reformulação.

Desse modo, a apresentação do modelo indiano para os fins de estudo consistirá na descrição da regulação médica e do Conselho Médico da Índia, seguida da apresentação sucinta dos quadros regulatórios para as outras profissões, com destaque para suas especificadas. Essa escolha se justifica pela grande simi-



laridade entre as diferentes leis estudadas e pela regulação médica apresentar maiores complexidades. Em seguida são apresentadas as instituições para além dos conselhos profissionais e finalmente as recentes discussões quanto à reformulação do modelo regulatório indiano. O Quadro 7 apresenta toda a legislação analisada, com a autoridade relacionada e uma descrição sumária.

**Quadro 7.** Normas relevantes no modelo regulatório da Índia

<b>Documento</b>	<b>Autoridade relacionada</b>	<b>Descrição</b>
Indian Medical degree Act 1916	Conselho Legislativo Indiano (ainda sob regime colonial inglês)	Estabelece termos gerais para reconhecimento de profissões de saúde na Índia. Ainda que não tenha sido formalmente revogado, sua aplicação foi substituída pelos diplomas que o sucederam.
<i>Indian Nursing Council Act 1947</i>	Parlamento Indiano	Cria o Conselho Indiano de Enfermagem e regula o credenciamento e o registro no âmbito das profissões de enfermagem e obstetrícia.
<i>The Dentist's Act 1948</i>	Parlamento Indiano	Cria o Conselho Indiano de Odontologia e regula o credenciamento e o registro no âmbito das profissões odontológicas.
<i>The Pharmacy Act 1948</i>	Parlamento Indiano	Cria o Conselho Indiano de Farmácia e regula o credenciamento e o registro no âmbito da profissão farmacêutica.
<i>The Indian Medical Council Act 1956</i>	Parlamento Indiano	Cria o Conselho Médico Indiano e regula o credenciamento e o registro no âmbito da profissão médica.
<i>The Apprenticeship Act 1961</i>	Parlamento Indiano	Regula o contrato de aprendiz, modalidade de trabalho a que se submetem profissionais técnicos durante sua formação.
<i>The Indian Medicine Central Council Act 1970</i>	Parlamento Indiano	Cria o Conselho Central de Medicina Indiana e regula o Parlamento Indiano credenciamento e o registro no âmbito das profissões AYUSH, exceto homeopatia.
<i>The Homeopathy Central Council Act 1973</i>	Parlamento Indiano	Cria o Conselho Central de Homeopatia e regula o credenciamento e o registro no âmbito da profissão de homeopatia.
<i>All India Council of Technical Education Act, 1987</i>	Parlamento Indiano	Cria o Conselho Central de Educação Técnica e regula o credenciamento e o registro no âmbito das profissões técnicas, inclusive da área da saúde.

Continua

Continuação: **Quadro 7.** Normas relevantes no modelo regulatório da Índia

Documento	Autoridade relacionada	Descrição
<i>All India Council of Technical Education Rules for Technicians 1987</i>	AICTE e Departamento de Educação Superior	Estabelece as diretrizes gerais para registro de profissionais e credenciamento de instituições formativas em profissões técnicas
<i>Indian Medical Council (Professional Conduct, Etiquette, and Ethics Regulations 2002)</i>	Conselho Médico da Índia e Ministério da Saúde e do Bem-Estar Familiar	Estabelece o Código de Ética da Profissão Médica, os procedimentos disciplinares e as sanções.
<i>Indian Medical Council (Establishment of Medical College Regulations 1999)</i>	Conselho Médico da Índia e Ministério da Saúde e do Bem-Estar Familiar	Estabelece os critérios para credenciamento de instituições formativas no âmbito da profissão médica.
<i>The Paramedical and Physiotherapy Central Councils Bill, 2007</i>	Projeto de lei em tramitação no Parlamento Indiano	Projeto de lei que, se aprovado, regulará as profissões de fisioterapia e paramedicina, estabelecendo um conselho profissional para tal.
<i>The National Medical Commission Bill, 2017</i>	Projeto de lei em tramitação no Parlamento Indiano	Projeto de lei que, se aprovado, revogará o <i>The Indian Medical Council Act</i> e estabelecerá uma comissão nacional em outros termos para regular a profissão médica.
<i>Allied and Healthcare Council Bill, 2017</i>	Projeto de lei em tramitação no Parlamento Indiano	Projeto de lei que, se aprovado, regulará mais de cinquenta profissões de saúde e criará um conselho profissional de grande abrangência para isso.

Fonte: Cepedisa, Regulação da Força de Trabalho em Saúde, 2018.

#### 4.1 Regulação da profissão médica e o Medical Council of India

O Conselho Médico da Índia foi estabelecido em 1933 pelo *The Indian Medical Council Act*. Naquele tempo, sua função principal era a padronização da formação médica e o credenciamento de cursos de medicina e de cirurgia. Sua jurisdição àquele tempo não era aplicável a todo o território, pois a Índia não era um Estado independente e dividia-se em diferentes entidades políticas, cada qual com uma relação específica com o Reino Unido. Em 1956, sete anos após a independência, o Parlamento Indiano aprovou o novo *The Indian Medical Council Act, 102*, de 1956, que estabelecia o Conselho Médico da Índia com sua estrutura atual.

A justificativa para a aprovação da nova lei, em 1956, era a necessidade de regular uma grande quantidade de profissionais médicos que exerciam sua profissão sem interferência estatal, por estarem fora da alçada da lei de 1933, além

de estender a regulação a outros estados indianos incorporados à jurisdição após a independência, estabelecer mecanismos claros para revalidação de títulos formativos obtidos em outros países e criar uma estratégia regulatória para a formação de profissionais médicos, especialmente no tocante ao credenciamento de instituições de ensino. Tais justificativas foram apresentadas no projeto original submetido ao Parlamento Indiano.

O diploma legal que estabeleceu o Conselho sofreu a primeira de uma série de modificações históricas, que aconteceram em 1964, 1993 e 2001. Em 2010, a lei sofreu mais uma emenda, com a adição da Seção 3A e seguintes, que suspenderam por três anos o funcionamento do Conselho. O contexto de tal medida será analisado adiante de maneira mais detida. Além da lei em si, um dos diplomas legais mais importantes para a regulação da profissão médica na Índia são as Regulações do Conselho Médico da Índia para Conduta Profissional, Etiqueta e Ética, aprovadas em 2002 (*The Indian Medical Council (Professional Conduct, Etiquette and Ethics Regulations)*), aprovadas nos termos da lei principal, conforme será também analisado.

O diploma legal que criou o Conselho Médico da Índia, em 1956, define o termo “medicina” como “a ciência da medicina moderna em todas as suas vertentes, incluindo cirurgia e obstetrícia”. Tal definição faz referência à medicina alopática, também chamada no contexto indiano de medicina ocidental, em oposição a práticas médicas alternativas, designadas no conjunto AYUSH. O documento também estabelece o conselho como pessoa jurídica, podendo ser proprietária, contratar pessoal e, em seu nome, processar e ser processada. Seus recursos são provenientes das taxas de registro e das taxas relacionadas ao credenciamento de instituições de ensino.

Tanto o conselho quanto o Governo Central, por via do Ministério da Saúde e do Bem-Estar Familiar, têm competências em relação as matérias reguladas pela lei indiana. Tais matérias são restritas à educação médica, ao registro de profissionais de medicina e a sua conduta profissional. A atuação do governo geralmente se restringe ao poder de dar a decisão final em procedimentos específicos, após recomendação do conselho, a quem compete conduzir tais procedimentos, por exemplo, no credenciamento de uma instituição de ensino. A Seção 32 confere ao governo a competência de regulamentar as matérias contidas no ato pela edição de regras, enquanto a Seção 33 confere ao conselho a mesma competência, mas por via de regulações.

Tanto regras quanto regulações estão previstas na constituição indiana, em sua Seção 13, como normas infra legais regulamentadoras, ou seja, são tomadas no âmbito do Poder Executivo e não podem exceder os limites do diploma legal que regulamentam, neste caso, o *The Indian Medical Council Act*. A diferença entre os dois tipos normativos é que as regras têm caráter de diretriz enquanto as regulações devem ser a última norma antes da aplicação concreta.

Assim, o Conselho deve estabelecer as normas de maior concretude na regulação da prática profissional, observando as regras definidas pelo ministério, que tem caráter geral.

O conselho é composto de um representante de cada estado indiano, escolhido pelo Governo Central, um representante médico de cada uma das 51 universidades públicas com cursos de medicina, escolhido pelos conselhos universitários, um representante de cada estado que mantém um registrador médico, sete profissionais médicos registrados e oitos membros indicados pelo Governo Central, conforme definido na Seção 3. Assim, com exceção dos representantes das universidades e dos registradores médicos estaduais, todos os membros são indicados pelo governo central, por via do Ministério da Saúde. Convém mencionar que a Índia conta com 460 cursos de medicina, atendendo aproximadamente 60.000 estudantes.

Os objetivos do Conselho Médico da Índia, conforme definidos no diploma legal, são a manutenção dos padrões de qualidade da educação médica, seja a nível de graduação, seja a nível de pós-graduação; recomendar o credenciamento ou o descredenciamento de instituições de educação médica indianas e estrangeiras; o registro de médicos com reconhecida qualificação por instituição credenciada; regular a reciprocidade com países estrangeiros em matéria de reconhecimento mútuo de diplomas e regular matérias relativas a conduta profissional de profissionais médicos.

#### 4.2 Credenciamento de instituições de ensino

As hipóteses que demandam credenciamento, conforme definido na Seção 10A, são o estabelecimento de uma nova instituição educativa de medicina, a criação de um novo curso de medicina, a criação de um novo curso de pós-graduação em medicina e o aumento do número de vagas em um curso já existente. Nesta seção, a legislação trabalha tanto com cursos de estudos quanto com cursos práticos. No caso específico de credenciamento de cursos de pós-graduação, o conselho deve ouvir a recomendação do Comitê de Pós-Graduação, nomeado pelo Governo Central entre nove de seus membros. A Seção 19A confere ao conselho a competência de definir os padrões de qualidade que devem ser seguidos pelas escolas médicas.

O credenciamento é concedido, em decisão final, pelo Governo Central, contudo é feito por recomendação do conselho, que também tem a competência de definir os padrões e requisitos que devem ser observados para o credenciamento. Em 1999 o conselho publicou a norma regulatória que dispõe sobre a Regulação de Escolas de Medicina (*Establishment of Medical College Regulations*). Esse documento regulatório define os critérios de admissão e de qualificação, a forma a ser observada no procedimento, a taxa a ser recolhida, o registro, a avaliação periódica pelo conselho, o envio de relatórios periódicos para o conselho, o requisito de permissão de funcionamento e a reconsideração.

Por critérios de admissão e qualificação, compreende-se o conjunto de recursos financeiros, humanos e de infraestrutura que se deve ter para criação de uma escola médica. A taxa de aplicação se refere ao valor recolhido pelo conselho no processo de credenciamento, sendo de 3,5 milhões de rúpias para entidades públicas e 7 milhões de rúpias para entidades privadas, no ano de 2016. Com a mudança introduzida pelo ato de 2001, definiu-se que nenhum pedido de credenciamento pode ser negado, a menos que o governo central apresente evidência suficiente para tal e que no caso de o conselho não se manifestar sobre a demanda no período de um ano, o pedido é automaticamente deferido.

O papel dos estados no credenciamento de instituições de ensino já foi discutido no sistema indiano. Quando a Seção 10A foi inserida na lei do Conselho Médico da Índia atribuindo-lhe nominalmente a competência, junto ao Governo Central, para credenciar instituições formativas, alguns estados já tinham suas próprias regras de credenciamento. Uma escola médica do Estado de Tamil Nadu levou à Suprema Corte Indiana a pretensão de não ter o dever de se submeter ao credenciamento estadual<sup>4</sup> caso já tenha sido credenciada nacionalmente. A corte deu razão à instituição, reconhecendo ser o procedimento nacional suficiente para o credenciamento.

#### 4.3 Registro e conduta profissional

Em relação à regulação da conduta profissional médica, a Seção 20A da lei confere ao conselho a competência de regular sobre o tema. Em 2000, a entidade editou a principal norma que versa sobre assunto no formato de regulação, conforme já apresentado. O diploma normativo divide-se em oito capítulos que tratam, cada um, do Código de Ética Médica, dos deveres dos médicos em relação a seus pacientes, dos deveres dos médicos em relação a suas consultas, das responsabilidades dos médicos para com seus pares, dos deveres dos médicos com o público e com profissionais paramédicos, de atitudes antiéticas e de má conduta profissional e das sanções punitivas e ações disciplinares.

A lista de infrações administrativas apresentada na norma regulatória não é exaustiva e as autoridades estaduais podem reconhecer outras possibilidades. A condução de processos que envolvam atos de má conduta profissional ou atos antiéticos acontece a nível estadual. Um profissional médico pode ser acusado de ter se enquadrado em alguma dessas hipóteses tanto no âmbito administrativo quanto no âmbito judicial. No âmbito administrativo, as sanções são disciplinares e podem envolver advertência, suspensão ou cancelamento do

---

<sup>4</sup>Ver: Thirumuruga Kirupananda Variyar Thavathiru Sundara Swamigul Medical Educational and Charitable Trust versus State of Tamil Nadu.

registro, hipótese em que a norma regulatória obriga ampla divulgação. Caso o profissional seja condenado pelo conselho médico estadual responsável, tem, no prazo de 60 dias, direito a recorrer para o Conselho Médico da Índia.

As autoridades estaduais de regulação da profissão médica são estabelecidas na legislação de cada estado e a lei nacional não dispõe exaustivamente sobre sua forma ou seus poderes, se não que são chamadas de conselhos médicos estaduais. É possível, contudo, que um conselho profissional subnacional regule mais de uma profissão, incluindo a profissão médica, ou que sua jurisdição se estenda para mais de um estado. Segundo a Seção 21, cabe a tais autoridades registrar os profissionais de saúde aptos ao exercício da medicina em sua jurisdição e reportar ao conselho periodicamente tais informações. O conselho as consolida no registro médico indiano, tendo assim a totalidade das informações sobre profissionais registrados no país.

#### 4.4 Reformulação e proposta de criação da Comissão Nacional de Medicina

O Parlamento Indiano discute um projeto para criação de uma Comissão Nacional Médica (*National Medical Commission*) para substituir o conselho médico existente. A nova entidade teria as funções de credenciamento de instituições formativas e de registro de profissionais. A proposta foi elaborada após denúncias de corrupção envolvendo o conselho, especialmente no ano de 2010, quando seu presidente foi acusado de receber propinas de instituições privadas para acelerar seu processo de credenciamento.

A Suprema Corte da Índia estabeleceu um comitê para supervisionar as atividades do Conselho e em julho de 2014, o Parlamento formou um comitê para avaliar possibilidades de reformulação da entidade médica com auxílio da *NITI Aayog*, agência pública indiana voltada ao desenvolvimento nacional. O relatório da *NITI Aayog* identificou questões na condução do Conselho Médico Indiano que levavam a conclusão de que não estava logrando êxito em atender seus objetivos. A relatório identificou que o currículo médico indiano não era capaz de atender às demandas nacionais, que a uniformização curricular não era suficiente, que o mérito era pouco valorizado nos processos de admissão em escolas médicas privadas, que as inspeções realizadas pelo conselho nas instituições educacionais não eram transparentes e que não havia avaliação substancial da qualidade do ensino e da formação em geral.

Então o Comitê Parlamentar emitiu, em 2016, seu parecer sobre o conselho. Sua metodologia de trabalho consistiu em conversar com grupos de interesse e avaliar os indicadores de funcionamento da entidade, tanto quantitativos quanto qualitativos. Sua conclusão foi pela necessidade de se substituir o conselho pela Comissão Nacional Médica, agora em discussão. Os objetivos da nova entidade seriam: assegurar a formação em quantidade suficiente de profissionais médicos, graduados e especialistas; encorajar profissionais médicos

a inserirem em seu trabalho os achados mais recentes da medicina e a contribuir no campo da pesquisa; promover a avaliação periódica de instituições formativas; facilitar a manutenção do registro de médicos indianos e fazer valer os aspectos éticos no exercício da profissão; ter a flexibilidade necessária na condução de suas ações para se adaptar às mudanças nacionais.

A estrutura do novo quadro regulatório seria diferente daquela estabelecida para o conselho. Sua primeira proposta é a criação de uma estrutura de poder descentralizada baseada em três comitês, sendo um deles a comissão nacional, com autonomia entre si. O primeiro deles é o comitê de busca e seleção, com a função de apenas indicar nomes para compor a comissão, quando necessário. O pressuposto de sua criação é garantir a nomeação de membros com as habilidades necessárias para sua função e evitar influência do setor regulado nessa escolha. O segundo comitê é o Conselho Médico Consultivo, sendo composto por representantes dos estados e dos territórios nacionais e tendo por função assessorar a comissão.

A Comissão Nacional Médica, o terceiro comitê proposto e que substituiria propriamente o conselho no exercício de suas funções, seria composta por quatro presidentes de suas subcomissões; quatro representantes do Ministério da Saúde, sendo um do Departamento de Fármacos, um do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos e dois do Diretor Geral de Serviços de Saúde; cinco representantes do Governo Central, cinco representantes de estados e territórios da união, um membro secretário e um presidente.

A função principal desse colegiado seria formular políticas e diretrizes, cuja execução ficaria a cargo das quatro subcomissões que operariam também com certa autonomia em relação à comissão central. Dessa forma, o poder seria ainda mais fragmentado, dificultando ato de corrupção. As quatro subcomissões são: Subcomissão de Graduação em Educação Médica; Subcomissão de Pós-Graduação em Educação Médica; Subcomissão de Avaliação e Classificação Médica; e Subcomissão para Registro Médico.

#### 4.5 Regulação das práticas médicas AYUSH

Conforme já apresentado, o termo AYUSH designa um conjunto de prática alternativas à medicina alopática com grande importância na Índia. A nível nacional, há três entidades diretamente envolvidas com a regulação profissional das práticas AYUSH: o Ministério de AYUSH, o Conselho Central de Medicina Indiana e o Conselho Central de Homeopatia.

O Ministério de AYUSH (*Ministry of Ayurveda, Yoga and Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy*) é um ministério de Estado, mas que não integra o gabinete ministerial, entidade formada pelos 15 ministros diretamente responsáveis por assessorar o primeiro-ministro, de acordo com a Seção 75 da

Constituição Indiana. Até 2015, o Ministério de AYUSH era um departamento do Ministério da Saúde, quando foi elevado à categoria de ministério pelo governo central<sup>5</sup>.

O ato normativo que o estabelece lhe atribui a formulação da política nacional para o desenvolvimento das práticas AYUSH, o desenvolvimento de políticas específicas para o setor, a coordenação de atividades de pesquisa e a representação do Governo Central em todas as matérias relacionadas com o setor, inclusive aquelas que envolvam o Conselho Central de Medicina Indiana e o Conselho Central de Homeopatia. De forma semelhante ao diploma legal que estabelece o Conselho Médico da Índia, os dois diplomas que estabelecem os conselhos profissionais de AYUSH conferem as mesmas competências ao Governo Central. Para os dois, portanto, tais competências são exercidas pelo Ministério de AYUSH.

O Conselho Central de Medicina Indiana foi estabelecido pelo *The Indian Medicine Central Council Act, 48 of 1970*, aprovado pelo Congresso da Índia em 1970. Está sob sua jurisdição a regulação de profissionais de saúde que exercem a prática de *Ashtang Ayurveda, Siddha, Unani Tibb* e *Sowa-Rigpa*. Sua composição, definida na Seção 3 do diploma legal, é de um representante de cada autoridade estadual que regule alguma dessas práticas, respeitando-se a representação de todos os sistemas, um membro de cada universidade pública que trabalhe com algumas dessas práticas, respeitando-se a representação de todos os sistemas e pessoas indicadas pelo Governo Central com reconhecido conhecimento na área, que não podem totalizar mais de 30% da composição do conselho.

O Conselho Central de Homeopatia foi estabelecido pelo *The Homoeopathy Central Council Act, 1973*. Está sob sua jurisdição a regulação de profissionais de saúde que exercem a prática de Homeopatia. Sua composição, definida pela Seção 3 do diploma legal, é de um representante de cada autoridade estadual que regule a homeopatia, um membro de cada universidade pública que trabalhe com a homeopatia e pessoas indicadas pelo Governo Central com reconhecido conhecimento na área, que não podem totalizar mais de 40% da composição do Conselho.

#### 4.6 Regulação da profissão de enfermagem e o Conselho de Enfermagem da Índia

A regulação da profissão de enfermagem na Índia iniciou-se fragmentada, com a criação de diversas autoridades estaduais responsáveis pelo registro profissional e pela definição de padrões de qualidade para instituições de educação.

---

<sup>5</sup>ÍNDIA. Ministry of Health & Family Welfare. Disponível em: <<https://mohfw.gov.in/sites/default/files/57690884301418895806.pdf>>.



Esse quadro regulatório carecia de uniformização, especialmente no tocante ao reconhecimento de títulos entre os estados. Nessa perspectiva, foi proposta a criação de uma entidade nacional responsável por unificar a regulação da enfermagem, que foi criada pelo *The Nursing Council Act, 1947*, o Conselho Indiano de Enfermagem. Estão sob sua jurisdição as profissões de enfermagem, obstetrícia e visitantes domiciliares.

Sua composição, conforme definido pela Seção 3 do diploma legal que a estabelece, é de um profissional registrado de cada estado e território da união eleito por seu conselho, dois representantes do meio universitário eleitos entre as instituições credenciadas pelo conselho para enfermagem e obstetrícia e outro para visitantes domiciliares, um representante do Conselho Médico da Índia, um membro do conselho da Associação Médica Indiana, um membro do conselho da Associação de Enfermeiros Treinados da Índia, um profissional de obstetrícia eleito entre os conselhos estaduais indicados, o Diretor de Serviços de Saúde.

#### **4.7 Regulação da profissão de farmacêutico e o Conselho de Farmácia da Índia**

A regulação da profissão de farmacêutico na Índia teve seu início a nível legal com a aprovação do *Pharmacy Act, 1948*. Até então, não havia entidade semelhante a nível nacional ou estadual e a proposta de sua criação era garantir as boas práticas da profissão farmacêutica por via da definição de padrões de qualidade e diretrizes e consequente credenciamento de instituições de ensino e registro de profissionais de saúde. Além de estabelecer o Conselho de Farmácia da Índia, o diploma legal estabeleceu a regulação precisa dos conselhos estaduais.

Sua composição, conforme definido pela Seção 3 do diploma legal que a estabelece é de seis representantes do meio universitário eleitos entre as instituições credenciadas pelo conselho, seis profissionais farmacêuticos registrados nomeados pelo Governo Central, um representante do Conselho Médico da Índia, o Diretor de Serviços de Saúde, o Diretor de Controle de Drogas, o Diretor do Laboratório Central de Drogas, um membro de cada conselho estadual eleito por seus pares, um profissional farmacêutico registrado indicado por cada governo estadual.

#### **4.8 Regulação da profissão de odontologia e o Conselho Odontológico da Índia**

A regulação da profissão de odontologia na Índia iniciou-se antes da independência na então Província de Bengala, que aprovou o *Bengal's Dentists Act*, no entanto, o diploma legal não apresentava qualquer vedação à prática da profissão por profissionais não registrados e obviamente era restrito somente ao território provincial. Com a independência da Índia, o Congresso aprovou o *Dentists Act, 16 of 1948*, diploma legal criado para regular a educação e a prática

profissional das profissões associados à saúde bucal e estabelecer a principal instituição responsável para tal, o Conselho Odontológico da Índia.

Nos termos do documento aprovado, estão sob sua alçada legal três profissões: higienistas dentais (*dental hygienist*), protéticos (*dental mechanic*) e dentistas (*dentistry*). Higienistas dentais são profissionais não dentistas e não médicos que realizam raspagens, limpezas dentais, polimento de dentes ou orientam na higiene bucal. Protéticos são profissionais que produzem ou reparam dentaduras ou aparelhos dentários. Dentistas são profissionais que exercem alguma das atividades apresentadas na Seção 2 do diploma legal, como tratar qualquer doença, deficiência ou lesão nos dentes ou mandíbula humanos e realizar para tal fim operações radiológicas, cirurgias e uso de anestésias.

De acordo com a Seção 3, o conselho é composto por um membro de cada autoridade reguladora estadual, um membro do Conselho Médico da Índia, quatro membros representantes da comunidade acadêmica universitária indicados pelo Governo Central, um membro de cada universidade pública estadual que mantenham cursos na área odontológica, um membro nomeado pelo governo de cada estado, seis membros indicados pelo Governo Central a seu critério e um membro do Departamento Geral de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde.

Também é regulada no caso da lei para a odontologia, os conselhos profissionais estaduais, inclusive em sua composição, na Seção 21. Os estados possuem autonomia para realizarem acordos entre si e vincularem seus profissionais registrados a um único conselho, conforme estabelece a seção seguinte. Os conselhos estaduais recebem um quarto dos recursos provenientes do registro e também são financiados por aportes orçamentários do Ministério da Saúde.

O diploma legal não confere ao Governo Central o poder de aprovar regras sob sua autoridade, contudo fornece o poder ao conselho de aprovar regulações, que devem contar com a aprovação do Governo Central, de acordo com a Seção 20. Além disso, o conselho tem o dever de reportar anualmente ao ministério suas atividades, inclusive financeiras. Finalmente, seu Capítulo V regula as sanções e procedimentos disciplinares contra profissionais.

## 5. Síntese conclusiva

A Índia é uma federação e apresenta certa autonomia para seus estados regularem matérias relacionadas ao Direito Sanitário e às profissões de saúde, entretanto a existência de diplomas legais nacionais unifica a regulação, especialmente pela criação de entidades nacionais responsáveis por estabelecer diretrizes a serem seguidas em todo território. A constituição dessas entidades, que são essencialmente conselhos profissionais, se deu nas duas décadas subseqüentes à independência da Índia, em 1947, quando o país formulava suas primeiras instituições fora da submissão legal ao Reino Unido.

Até hoje se mantém a estrutura fragmentada da regulação das profissões de saúde, com as principais sendo reguladas por conselhos autônomos e eminentemente compostos pelos profissionais regulados. Uma limitação clara ao poder de autorregulação das profissões de saúde na Índia é o mandato do Ministério de Saúde e do Bem-Estar Familiar para regular as matérias definidas pelos Conselhos, podendo inclusive revogar medidas estabelecidas. Dessa forma, o Governo Central acaba podendo resolver possíveis conflitos regulatórios, como aqueles relacionados ao escopo de prática profissional.

As competências dessas entidades, compartilhadas com o governo, são tocantes à conduta profissional, registro e credenciamento de instituições formativas. As competências do Governo Central são definidas claramente nos diplomas legais analisados e deixam inclusive a seu cargo definir como serão administradas, ou seja, o primeiro-ministro não precisa necessariamente exercê-las via Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar. Isso acontece inclusive com seu papel junto à regulação das práticas AYUSH, que tem um ministério específico para si e que representa o Governo Central na regulação profissional desse setor.

Alguns dos desafios do modelo indiano estão relacionados à eficácia das normas aprovadas no âmbito de suas instituições e à criação de mecanismos de transparência e comunicação com a sociedade (*accountability*). Uma questão encontrada, por exemplo, é o grande número de médicos AYUSH exercendo práticas alopáticas<sup>6</sup>, o que é formalmente vedado pela legislação e pelas regulações aprovadas pelo Conselho Médico da Índia.

O maior problema do modelo, contudo, se concretiza nas discussões atuais em torno da principal entidade regulatória: o Conselho Médico da Índia. Após graves acusações de corrupção, discute-se no Parlamento Indiano a reformulação completa dessa parte do modelo, com a criação de uma nova entidade: a Comissão Médica Indiana. Suas características objetivam impedir a corrupção, principalmente via fragmentação do poder decisório em diferentes instâncias de poder.

Convém notar que a regulação da profissão médica na Índia, hoje exercida pelo Conselho Médico, envolve a regulação de um grande setor econômico: o de escolas médicas, no país com mais instituições desse tipo no mundo, 343. Seguido pelo Brasil, que reconhece 198 instituições<sup>7</sup>. O projeto de lei em discussões considera essas e outras potencialidades da regulação desse setor e insere novos objetivos para entidade responsável. Objetivos que são aliados ao planejamento em força de trabalho em saúde, como a correção de focos de escassez de profissionais de saúde e o desenvolvimento da pesquisa médica nacional.

---

<sup>6</sup> Relatório Brookings India.

<sup>7</sup> World Directory of Medical Schools.

## Referências

- DONDA et al. Assimilating South African medical students trained in Cuba into the South African medical education system: reflections from an identity perspective. *BMC Medical Education*, v. 16, n. 281, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0800-4>
- ÍNDIA. Ministry of Health & Family Welfare. Disponível em: <<https://mohfw.gov.in/sites/default/files/57690884301418895806.pdf>>.
- ONTARIO. Ministry of Health; Ministry of Long-Term Care. *Legislation - Ministry Statutes*. Disponível em: <<http://www.health.gov.on.ca/en/common/legislation/statutes/default.aspx>>.
- TROMP, F. et al Assessment of CanMEDS roles in postgraduate training: The validation of the Compass. *Patient Educ Couns.* v. 89, n. 1, p. 199-204, Out. 2012. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.028>

# **Regulation of health professions in Ontario: Lessons learned from a system situated between full self-regulation and direct state control of health professionals**

Regulação das profissões de saúde  
em Ontário: autorregulação com  
*accountability* pública baseada em  
estatutos legais

---

Trudo Lemmens<sup>1</sup>  
Kanksha Mahadevia Ghimire<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>University of Toronto. Toronto, Canada.

## Introduction

As in several other industrialized countries, the regulation of the health professions in Canada has undergone significant changes in the last decades. These changes often occurred in conjunction with others in the health care system itself. The changes indicate a growing recognition of the need for a publicly accountable regulatory system, in line with the crucial role of the health professions in Canada's publicly funded health care system. Yet, reflecting political realities, the health professions have largely retained their autonomy and been allowed to organize, albeit under closer state guidance, their own professional regulatory system.

The regulation of professionals in Canada falls under the provincial governments jurisdiction with respect to health care<sup>1</sup>. Provincial governments and the territories determine which health professions to regulate and the manner of their regulation<sup>2</sup>. Regulation of health professionals varies across the provinces and territories. This paper explores the model of regulation of health professionals in Ontario, Canada's most populated province. Ontario was at the forefront in the early 1990s when it developed a detailed model of health professions regulation. The Ontario model has often been seen as an interesting model of self-regulation built around a detailed statutory scheme. The paper aims at sketching a picture of the model of self-regulation that Ontario embraced, and at identifying certain key issues pertaining to its regulatory model. Following a sketch of the various components of self-governance, we will discuss some of the limitations of the system, through the lens of some recent controversies.

## I Background leading up to statutory regulation in 1991

Health professions regulation in Ontario underwent a number of changes over the 19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> century<sup>3</sup>. The early 19<sup>th</sup> century began with increasing control by the medical profession (primarily physicians) over the division of labor in health care<sup>4</sup>. Through state regulation, medicine became a monopoly

---

<sup>1</sup> HEALTH Law in Canada. *McMillan LLP*, DBIC-0912, 2010. Available at: <[https://mcmillan.ca/files/Health\\_Law\\_in\\_Canada.pdf](https://mcmillan.ca/files/Health_Law_in_Canada.pdf)>; WATTS, Michael. Health law in Canada. *Osler*, 2014. Available at: <<https://www.osler.com/en/resources/cross-border/2014/health-law-in-canada>>; CANADA. Government of Canada. *Canada's health care system*. Available at: <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>>.

<sup>2</sup> ALDRIDGE, Stephanie. The regulation of health professionals: an overview of the British Columbia experience. *J Med Imaging & Radiation Sci*, v. 39, n. 1, p. 4, 2008.

<sup>3</sup> COBURN, David. State authority, medical dominance, and trends in the regulation of the health professions: the Ontario case. *Social Science Medicine*, v. 37, n. 7, p. 841-842, Oct. 1993.

<sup>4</sup> Id. *Ibid.* p. 842.

that controlled other 'non-physician' health services (such as laboratory technicians)<sup>5</sup>. After the failure of a 'free market' for health care during the Depression of the 1930s, Canadian provinces started introducing doctor and hospital insurance plans<sup>6</sup>.

Provincial and federal efforts to change health care insurance began in the early 1960s, reducing medicine's control over health care. Patricia O'Reilly mentions that one policy that contributed to this change was the halting of the political custom of always having physicians as health ministers. Inter-professional conflicts and growing public interest pressures further contributed to significant changes to health care policy in Canada, and in Ontario in particular<sup>7</sup>. O'Reilly provides more detail about how the seeds for specific health professions regulatory reform were sown in that period of overall institutional repositioning of power in the 1960s and 1970s. In 1970, a Report of the Ontario Committee on the Healing Arts already stressed the need for regulatory reform and governmental oversight<sup>8</sup>. Ten years later, in 1980, a Professional Organizations Committee issued another report, which emphasized strongly that the focus of the professional self-regulatory regime should be on the promotion of the public interest. Shortly after, in 1982, the Minister of Health announced an external review of the legislation dealing with Ontario's health professions, which was undertaken by a team led by a Toronto lawyer. This was the start of a formal review process, the "Ontario Health Professions Legislative Review", which took place between 1983 and 1989. The final report of the review consisted of draft legislation, built around an umbrella act that would regulate all health professions with more detailed, specific acts for each profession. The report reflected a desire to promote better coordination of the regulation system of health professions, to enable a more efficient use of health care providers, and to create a more publicly responsive and accountable system<sup>9</sup>. The proposed system clearly embraced, according to O'Reilly, an anti-trust or pro-competition model, emphasizing "deregulation or minimal regulation"<sup>10</sup>, as well as a focus on the promotion of the public interest.

The Ontario Health Professions Legislative Review was itself a rather remarkable endeavor. It brought together the various interest groups and stakehold-

---

<sup>5</sup> COBURN, David. op. cit., p. 842.

<sup>6</sup> Id., loc. cit.

<sup>7</sup> Id., loc. cit.

<sup>8</sup> CANADA. Committee on the Healing Arts. *Report of the Committee on the Healing Arts*. Toronto: Queen's Printer, 1970.

<sup>9</sup> O'REILLY, Patricia. *Health care practitioners: an Ontario case study in policy making*. Toronto: University of Toronto Press, 2000. ch 5.

<sup>10</sup> Id. Ibid. p. 72.

ers in a formal process involving various rounds of written submissions, workshops, consultation sessions, and meetings. These were aimed at clarifying the respective contributions of the professions to the health care system and at identifying the rationale for professional self-regulation<sup>11</sup>. The process opened up a dialogue between the various health-related professions, which had been largely absent from Ontario up to that time. The various groups were invited to comment on the submissions other professional groups. At an initial stage, 39 of them were included in the process of consultation and discussion. Two years into the legislative review process, nine specific criteria were put forward, that were deemed to reflect the suitability for self-regulation of a health profession. These were:

1. Relevance of the proposed self-regulated group to the Ministry of Health (in line with jurisdiction over health);
2. Risk of harm to the public;
3. Sufficiency of supervision (i.e. a significant number of the professionals are not effectively monitored otherwise);
4. Alternative regulatory mechanisms (i.e. absence of different regulatory mechanism);
5. Body of knowledge (professional practice based on distinctive, systematic body of knowledge and core activities constitute a broadly accepted whole);
6. Education requirements for entry to practice;
7. Ability to favor the public interest (i.e. has the profession's leadership shown to be able to focus on public interest);
8. Likelihood of compliance (based on apparent willingness of the profession to comply); and
9. Sufficiency of membership size and willingness of members to contribute to self-regulation<sup>12</sup>.

On the basis of the evaluation of the fulfillment of these criteria, the number was subsequently reduced from 39 to 24 professions that were considered to be suitable for self-regulation -- interestingly: naturopathy, which was later added to the list of self-regulated professions, was at this point excluded. It

---

<sup>11</sup> Id. *Ibid.* p. 76.

<sup>12</sup> O'REILLY, Patricia. *op. cit.*, p. 359-360.



was considered to definitely fail the 'body of knowledge' and the 'sufficient number' criteria, and lack of clarity whether there was a risk to the public. Other exclusions are: opticianry (whereas optometry was included); psychometry and pulmonary and cardiovascular technology<sup>13</sup>. Chiropractic, on the other hand, was included, as was dental hygiene and dental technology.

While this process of consultation and determination of suitability was ongoing, the experts of the Ontario Health Professions Legislative Review also worked on a set of key principles for the procedures of self-regulation. They further developed specific 'scope of practice' statements for all professions, in consultation with the various professions.

In 1989, the report of the Ontario Health Professions Legislative Review was presented by Minister of Health in Parliament, in the form of draft legislation. It is this draft legislation, the result of a remarkably open, consultative and inclusive process that is the basis of the 1991 Ontario Regulated Health Professions Act<sup>14</sup> (RHPA)<sup>15</sup>.

## 1 Statutorily regulated health professions in Ontario & the RHPA

The 1991 RHPA introduced originally 21 health professions acts, while six regulated health professions were later added.<sup>16</sup> The health professions originally regulated under the system were: audiology and speech language pathology; chiropody and podiatry; chiropractic; dental hygiene; dental technology; dentistry; denturism; dietetics; massage therapy; medical laboratory technology; medical radiation technology; medicine; midwifery; nursing; occupational therapy; opticianry; optometry; pharmacy; physiotherapy; psychology; and respiratory therapy. Traditional chinese medicine became regulated in 2006, and homeopathy, kinesiology, naturopathy, and psychotherapy were added in 2007 to the list of self-regulated professions. The Health Professions Regulatory Advisory Council, an advisory body set up under the legislation to advise the minister about all issues related to the regulation of the various professions, including whether a profession should be or not regulated, reject-

---

<sup>13</sup> Id. Ibid. p. 77-78.

<sup>14</sup> The *Regulated Health Professions Act*, 1991, S.O. 1991, c. 18.

<sup>15</sup> For a discussion of the background and debates preceding the promulgation of the RHPA, see O'REILLY, Patricia. op. cit., ch 4-5.

<sup>16</sup> ONTARIO. Ministry of Health and Long-term Care. *Regulated health professions*. Available at: <[http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsd/about/regulated\\_professions.asp#kinesiology](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsd/about/regulated_professions.asp#kinesiology)>; HEALTH PROFESSIONS REGULATORY ADVISORY COUNCIL. *Key legislation: regulation of health professions*. Available at: <<https://www.hprac.org/en/keylegislation/keylegislation.asp>>; HEALTH FORCE ONTARIO. *Health providers: regulated health professions*. Available at: <[http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Health\\_Providers](http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Health_Providers)>.

ed paramedics, sonographers, and dental assistants applications to become regulated professions under the system<sup>17</sup>. Although one rationale for rejection may be that these professions are already under supervision of other regulated professions, political reasons may in the end determine what profession is recognized in the system.

Health care professionals other than physicians and nurses are grouped under the category of 'allied health professionals'<sup>18</sup>.

The 28 health professions are regulated by their own statute, which exist under the umbrella legislation, the RHPA<sup>19</sup> that is purposed to:

- better protect and serve the public interest;
- be a more open and accountable system of self-governance;
- provide a more modern framework for the work of health professionals;
- provide consumers with freedom of choice; and
- provide mechanisms to improve quality of care<sup>20</sup>.

The RHPA was recently amended by the 2017 Protecting Patients Act. This act increases oversight of health professionals and alters the process for dealing with cases of sexual misconduct<sup>21</sup>.

## 2 Model of statutory regulation: Self-regulation

In respect of all 28 health professions, the model of regulation adopted is that of self-regulation, pursuant to the RHPA<sup>22</sup>. The idea behind the regulatory delegation from the government to the professions is, according to the Ontario Bar Association, "that health professionals have specialized knowledge about their practice which makes them more adept at regulating their profession than would be the case with government"<sup>23</sup>.

<sup>17</sup> PERSONAL communication Bonni Ellis, Partner, Lerner LLP. Oct. 2018.

<sup>18</sup> CANADA. Government of Canada. *Canada's health care system*. op. cit.

<sup>19</sup> COUGHLAN, Anne. *Regulation of health professionals in Ontario*. College of Nurses of Ontario, 2010. [power point presentation]; ONTARIO BAR ASSOCIATION. The regulation of health professionals and professional discipline. Apr 2018. Available at: <<https://www.oba.org/Sections/Health-Law/Resources/Resources/The-Regulation-of-Health-Professionals-and-Profess>>.

<sup>20</sup> ONTARIO. Health workforce planning and regulatory affairs division. *Regulated Health Professions Act, 1991*. Ministry of Health and Long-Term Care (Queen's Printer for Ontario, 2016).

<sup>21</sup> ONTARIO. The Protecting Patients Act, 2017 (30 May 2017). *Newsroom*, 30 May. 2017. Available at: <<https://news.ontario.ca/mohltc/en/2017/05/the-protecting-patients-act-2017.html>>.

<sup>22</sup> COUGHLAN, Anne. op. cit.; ZELISKO, Debra et al. Ensuring accountability through health professional regulatory bodies: the case of conflict of interest. *Healthcare Policy*, n. 10, spec. issue, p. 110, Sept. 2014.

<sup>23</sup> ONTARIO BAR ASSOCIATION. The regulation of health professionals and professional discipline, cit.

Self-regulation is a privilege that the legislature grants to a profession when it is in the public interest to have that profession self-regulate.<sup>24</sup> Benefits gained by self-regulatory status include “[...] professional prestige, greater autonomy to set entry requirements and standards of practice, financial advantages, and potentially greater access to government”<sup>25</sup>. In bestowing self-regulatory status on a profession, the legislature grants it the power to “[...] act in the public interest [...] exercise delegated law-making powers [...] and [...] exercise “public law” powers of enforcement over its members.”<sup>26</sup> The decision to regulate particular health professions rests according to the Ontario regime on the “risk of harm threshold.”<sup>27</sup> This threshold is met when it is in the public interest to regulate a profession because lack of proper regulation and oversight puts the public at risk<sup>28</sup>.

Concretely, the model of self-regulation embraced by Ontario permits the professions to have oversight over a number of key issues, from determining who becomes a member of the profession, to the determination of standard of practice; to quality control, and to professional discipline and enforcement. The Health Professions Regulatory Advisory Council enumerates the following roles of the professional colleges:

- determining entrance requirements
- providing a system of registration to determine required applicant qualifications
- licensing professional practitioners
- establishing and maintaining levels of competency
- establishing and maintaining codes of conduct (ethics and standards)
- receiving, investigating, and adjudicating complaints
- administering a disciplinary process to sanction members who fail to maintain established standards and practices<sup>29</sup>.

---

<sup>24</sup>SCHULTZE, Robert. What does it mean to be a self-governing regulated profession? *Journal of Property Tax Assessment & Administration*, v. 4, n. 3, p. 41-42, 2007. Available at: <[https://professional.sauder.ubc.ca/re\\_creditprogram/course\\_resources/courses/content/112/self-governing\\_regulated\\_profession.pdf](https://professional.sauder.ubc.ca/re_creditprogram/course_resources/courses/content/112/self-governing_regulated_profession.pdf)>.

<sup>25</sup>Id. Ibid. p. 44.

<sup>26</sup>Id. Ibid. p. 45.

<sup>27</sup>HEALTH PROFESSIONS REGULATORY ADVISORY COUNCIL. *Paramedicine in Ontario: Consideration of the Application for the Regulation of Paramedics under the Regulated Health Professions Act, 1991*. Dec. 2013. Chair: Thomas Corcoran.

<sup>28</sup>Id. Ibid.

<sup>29</sup>Id. Ibid. p. 45-46.

### 3 Regulation through profession-specific acts

The Ontario model is built around the RHPA as the umbrella legislation, which lays out the framework and also contains a procedural code that applies to all of the various health professions; 26 specific acts for 28 health professions<sup>30</sup> (Chart 1).

**Chart 1.** List of professional acts

Year	Acts
1991	Audiology & Speech-Language Pathology Chiropody Chiropractic Dental Hygiene Dental Technology Dentistry Denturism Dietetics Massage Therapy Medical Laboratory Technology Medical Radiation Technology Medicine Midwifery Nursing Occupational Therapy Opticianry Optometry Pharmacy Physiotherapy Psychology Respiratory Therapy
2006	Traditional Chinese Medicine
2007	Homeopath Kinesiology Naturopathy Psychotherapy

The list of professions includes audiology and speech-language pathology; chiropody and podiatry; chiropractic; dental hygiene; dental technology; dentistry; denturism; dietetics; homeopathy; kinesiology; massage therapy; medical laboratory technology; medical radiation technology; medicine; mid-

<sup>30</sup>ONTARIO. Ministry of Health and Long-term Care. *Regulated health professions*, cit.

wifery; naturopathy; nursing; occupational therapy; opticianry; optometry; pharmacy; physiotherapy; psychology; psychotherapy; respiratory therapy; and traditional chinese medicine and acupuncture.

The profession-specific acts set out the scope of practice for their respective professions<sup>31</sup>. The RHPA and the profession-specific acts together provide a common framework for the regulation of health professions in Ontario, based upon shared key principles, including:

advancing the public interest; protecting the public from harm and unqualified, incompetent or unfit providers; promoting high quality health care services and accountability of health care professionals; providing patients/clients access to health care professionals of their choice; achieving equality and consistency by requiring all regulated health professions to adhere to the same purposes, objects, duties, procedures and public interest principles; treating individual patients/clients and health professionals in an equitable manner; providing flexibility in roles of individual professions and room for evolution of professions through broad scopes of practice provisions<sup>32</sup>.

## **4 Regulatory bodies: Profession-specific colleges & Ministry**

### **4.1 Profession-specific colleges**

Each profession-specific statute establishes a regulatory college for that profession: College of Audiology & Speech-Language Pathologists of Ontario; College of Chiropractors of Ontario; College of Chiropractors of Ontario; College of Dental Hygienists of Ontario; College of Dental Technologists of Ontario; Royal College of Dental Surgeons of Ontario; College of Denturists of Ontario; College of Dietitians of Ontario; College of Homeopaths of Ontario; College of Kinesiologists of Ontario; College of Massage Therapists of Ontario; College of Medical Laboratory Technologists of Ontario; College of Medical Radiation Technologists of Ontario; College of Physicians & Surgeons of Ontario; College of Midwives of Ontario; College of Naturopaths of Ontario; College of Nurses of Ontario; College of Occupational Therapists of Ontario; College of Opticians of Ontario; College of Optometrists of Ontario; Ontario College of Pharmacists; College of Physiotherapists of Ontario College of Psychologists of Ontario;

---

<sup>31</sup> COUGHLAN, Anne. op. cit.

<sup>32</sup> Id. Ibid.

College of Registered Psychotherapists and Registered Mental Health Therapists of Ontario; College of Respiratory Therapists of Ontario; and College of Traditional Chinese Medicine Practitioners & Acupuncturists of Ontario<sup>33</sup>. The colleges are responsible for setting standards of practice for the regulated profession, and also for investigating complaints and disciplining members<sup>34</sup>. It is the responsibility of the college that the regulated health professions provides health services “in a safe, professional and ethical manner”,<sup>35</sup> and that they “serve and protect the public interest.”<sup>36</sup>

The Health Professions Procedural Code (Code), which is included in the RHPA as “Schedule 2”, stipulates procedural rules that all health regulatory colleges are required to comply with<sup>37</sup>. These rules govern registration of new members, investigation of complaints, and disciplining of members by the colleges<sup>38</sup>. The objective of the Code is to ensure that health professional regulation in Ontario is “open, transparent, accessible and fair”<sup>39</sup>, for regulated health professionals, patients and the public<sup>40</sup>. This Code is thus a core foundation of all the various self-regulatory colleges and is included in each health profession specific act.

## 4.2 The Ministry of Health and Long-Term Care

The RHPA is administered by the Ontario Ministry of Health and Long Term Care (MOHLTC)<sup>41</sup>, a provincial Ministry responsible for administering and providing for Medicare services, prescription drug coverage, long-term care, and for regulating hospitals, nursing homes, and other health care services in Ontario<sup>42</sup>. MOHLTC derives its power from the Ministry of Health and Long-Term Care Act<sup>43</sup> that allows the Minister of Health to delegate authority to other

<sup>33</sup> ONTARIO BAR ASSOCIATION. The regulation of health professionals and professional discipline, cit.; ONTARIO. Ministry of Health and Long-term Care. *Regulated health professions*, cit.

<sup>34</sup> ONTARIO. Ministry of Health and Long-term Care. *Regulated health professions*, cit.; ONTARIO BAR ASSOCIATION. The regulation of health professionals and professional discipline, cit.

<sup>35</sup> ONTARIO. Ministry of Health and Long-term Care. *Regulated health professions*, cit.

<sup>36</sup> ZELISKO, Debra et al. op. cit.

<sup>37</sup> COUGHLAN, Anne. op. cit.; ONTARIO. Ministry of Health and Long-term Care. *Regulated health professions*, cit.; ONTARIO BAR ASSOCIATION. The regulation of health professionals and professional discipline, cit.

<sup>38</sup> ONTARIO. Ministry of Health and Long-term Care. *Regulated health professions*, cit.

<sup>39</sup> Id. Ibid.

<sup>40</sup> Id. Ibid.

<sup>41</sup> ONTARIO. Ministry of Health and Long-Term Care. *Legislation*. Available at: <<http://www.health.gov.on.ca/en/common/legislation/default.aspx>>.

<sup>42</sup> Id. Ibid.

<sup>43</sup> *Ministry of Health and Long-Term Care Act*, R.S.O. 1990, c. M.26

people, including public servants, employees of the Ministry, and members of other agencies<sup>44</sup>. The minister is empowered by the act to:

- advise the government on health issues;
- oversee and promote the health of the people of Ontario;
- develop and maintain the services and facilities of the health care system;
- control the charges made by hospitals and health facilities;
- make payments related to health care services<sup>45</sup>.

The MOHLTC is also responsible for the administration of 60 healthcare statutes, and the 26 regulated healthcare profession-specific acts under the RHPA<sup>46</sup>.

Under the RHPA the Minister of Health, in his capacity, has significant regulating powers applying to each health care professional College. The Ministry of Health is empowered to require a College to do anything necessary to carry out the intent of the RHPA<sup>47</sup>. For example: the ministry requires the colleges to maintain patient-relation and quality assurance programs, and also imposes a reporting obligation. Colleges have to report annually to the minister on the effectiveness of these programs<sup>48</sup>.

## 5 Scope of practice

A key component of the health professional regulatory system, introduced by the RHPA, is the determination of the scope of practice that varies across health care professionals depending on their selected specialty, level of experience, and education. For example, primary care physicians have a wide scope of practice, often involving numerous fields of medicine, whereas an ophthalmologist may have a more restricted and highly specialized scope of practice. Further, patients may interact with various health care professionals other than doctors, such as nurses, pharmacists, naturopaths, nutritionists, etc. Overlap between the skills and roles of these health care professionals is prevalent. For example, childbirth may involve the care of primary care physicians, specialists, nurses, and midwives<sup>49</sup>. The various agencies and colleges representing interests of health care professionals are generally supportive

---

<sup>44</sup>Ministry of Health and Long-Term Care Act, R.S.O. 1990, c. M.26.

<sup>45</sup>Ibid.

<sup>46</sup>Ibid.

<sup>47</sup>Regulated Health Professions Act, 1991 S.O. 1991, C. 18, s. 3

<sup>48</sup>Ibid.

<sup>49</sup>CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. *Canada's health care providers*. Available at: <[https://secure.cihi.ca/free\\_products/hctenglish.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/hctenglish.pdf)>.

of collaboration between health providers with the aim of improving patient care<sup>50</sup>. This increased focus on collaboration is also reflected in statements by interest-groups associated with the health professions. For example, the Canadian Medical Association, a pan-Canadian advocacy organization for physicians, promotes “patient-centered” care, and encourages collaboration among health care providers<sup>51</sup>.

The scope of practice for each profession is outlined by the RHPA along with profession-specific acts. Each regulated health profession has a “scope of practice statement” that describes the scope in a general manner. The statement of scope is not intended to exclude or prevent other health care professionals from performing the same functions. The scope of practice for physicians in Ontario is defined in the Medicine Act, as follows:

The practice of medicine is the assessment of the physical or mental condition of an individual and the diagnosis, treatment and prevention of any disease, disorder or dysfunction<sup>52</sup>.

The Nursing Act defines the nursing scope of practice as follows:

The practice of nursing is the promotion of health and the assessment of, the provision of care for and the treatment of health conditions by supportive, preventive, therapeutic, palliative and rehabilitative means in order to attain or maintain optimal function<sup>53</sup>.

However, the scope of practice for nurses in the province varies widely depending on several factors including their location, work setting, and education.<sup>54</sup> For example, nurses may work in hospital emergency rooms practicing acute care, or as public health officials promoting policy. Within the broad umbrella of ‘nursing’ (as a regulated profession) three types of nursing positions are recognized, and they are dependent upon education and training: (a) Registered Practical Nurse (RPN) must earn a diploma in Practical Nursing from an accredited college program. RPN work is generally less complex, and they

---

<sup>50</sup>CANADIAN MEDICAL PROTECTIVE ASSOCIATION. *Physicians and Nurse practitioners: working collaboratively as independent health professionals*. Jan. 2014. Available at: <<https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2014/physicians-and-nurse-practitioners-working-collaboratively-as-independent-health-professionals>>.

<sup>51</sup>CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. CMA Policy, Achieving patient-centred collaborative care. 2008. Available at: <<https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/PD08-02-e.pdf>>.

<sup>52</sup>*Medicine Act*, 1991, S.O. 1991, c. 30.

<sup>53</sup>*Id.* *Ibid.*

<sup>54</sup>*Id.* *Ibid.*



work with patients with predictable conditions; (b) Registered Nurses (RNs) must obtain a baccalaureate degree in a four-year nursing program. They have greater degree of responsibility, and can care for patients with complex needs; and (c) a Nurse Practitioner (NP) is the most advanced nursing specialty in Ontario. NPs have advanced university education and can specialize in areas such as: primary health care, adult, pediatric care and anesthesia. Most nurses in Ontario are RNs but their individual scope of practice varies, as they can work in areas such as cardiovascular nursing, critical care nursing, oncology nursing, and medical-surgical nursing.

Nurse practitioners and primary health physicians often perform overlapping functions. A report from the Ontario College of Family Physicians<sup>55</sup> suggested that some functions should be shared between physicians and nurses including: physical examinations, monitoring patients with chronic illnesses, and health education. Interestingly, in the context of the new Canadian legislation with respect to 'Medical Assistance in Dying'<sup>56</sup>, NPs have received the authority to provide this life-ending service. Canada is the only country where nurses can be directly involved in this practice.

The roles of various health care professionals evolve over time and may encroach on functions associated exclusively with medical doctors. For example, the role of pharmacists has slowly evolved from purely dispensing drugs to more interaction with the patients, and to providing important drug education to physicians<sup>57</sup>.

In 2003 the Canadian Medical Association issued a joint statement endorsed by both the Canadian Pharmacists Association and the Canadian Nurses Association with respect to the determination of scopes of practice for health care professionals<sup>58</sup>. The statement emphasized that policy decisions taken to expand the scope of practice must put patient safety first. The professional code of ethics set out by the Canadian Medical Associations states that physicians have a responsibility to maintain professionalism and congeniality with

---

<sup>55</sup> ONTARIO COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS. *Implementation strategies: 'collaboration in primary care – family doctors & nurse practitioners delivering shared care.* (2000). Available at: <<https://ocfp.on.ca/docs/public-policy-documents/implementation-strategies-collaboration-in-primary-care---family-doctors-nurse-practitioners-delivering-shared-care.pdf?sfvrsn=3>>.

<sup>56</sup> Bill C-14, *An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)*, 1st Sess., 42nd Parl., 2016, S.O. 2016, c. 3 (assented to June 17, 2016).

<sup>57</sup> TANNENBAUM, Cara; TSUYUKI, Ross T. The expanding scope of pharmacists' practice: implications for physicians. *CMAJ*, v. 185, n. 14, p. 1228–1232, Oct. 2013. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121990>.

<sup>58</sup> CANADIAN MEDICAL PROTECTIVE ASSOCIATION et al. *Joint position statement.* 2003. Available at: <[https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/ps66\\_scopes\\_of\\_practice\\_june\\_2003\\_e.pdf?la=en&hash=F346C4473B0C8154811834EEB34BC551805B6154](https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/ps66_scopes_of_practice_june_2003_e.pdf?la=en&hash=F346C4473B0C8154811834EEB34BC551805B6154)>.

other health care professionals. Physicians are encouraged to collaborate with nurses and pharmacists in patient management. For example, physicians are permitted to bill for telephone consultations with pharmacists subject to meeting certain conditions.

## 6 Controlled acts

Although the scope of work of physicians and other health care professionals overlaps, and they are encouraged to collaborate with one another as described above, there are nevertheless certain duties that fall exclusively within the scope of physicians.

The RHPA refers to acts that can only be performed by authorized health care professionals as ‘controlled acts’<sup>59</sup>:

27 (1) No person shall perform a controlled act set out in subsection (2) in the course of providing health care services to an individual unless,

(a) the person is a member authorized by a health profession Act to perform the controlled act; or

(b) the performance of the controlled act has been delegated to the person by a member described in clause (a)<sup>60</sup>.

The statutory authority to perform a controlled act is then found in the relevant profession-specific act.

The RHPA identifies 14 “controlled acts”<sup>61</sup>, 13 of them are to be performed by physicians<sup>62</sup>. This reflects the dominant position physicians maintain within the health regulatory system. Physicians may, in certain circumstances, delegate the performance of a controlled act to another health care professional<sup>63</sup>. The College of Physicians and Surgeons of Ontario notes delegation does not occur when a physician authorizes a controlled act to another health care professional, if that act is already within the scope of practice of said professional<sup>64</sup>. It only occurs when a physician directs the performance of a controlled act to an individual with no statutory authority.

<sup>59</sup>Regulated Health Professions Act, 1991, S.O. 1991, c. 18.

<sup>60</sup>Regulated Health Professions Act, 1991, S.O. 1991, c18. s27.

<sup>61</sup>Id. Ibid., 27(2).

<sup>62</sup>Id. Ibid., s27.

<sup>63</sup>Id. Ibid., s28(1).

<sup>64</sup>COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *Delegation of controlled acts*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Delegation-of-Controlled-Acts#toc5>>.

The prohibitions applicable on controlled acts do not apply if done to render first aid, or provide assistance in an emergency, in which cases the RHPA specifically carves out an exemption<sup>65</sup>.

## 7 How does a health profession become regulated?

As mentioned, the RHPA has established the Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC Council), with the primary statutory duty to advise the MOHLTC on health professions regulatory matters in Ontario<sup>66</sup>. These regulatory matters include proposed amendments that should be made to the RHPA or specific acts under the RHPA, the recognition of new professions, and matters concerning quality assurance programs in the health colleges<sup>67</sup>.

Among its core duties, the HPRAC Council is responsible for determining whether unregulated health professions should be regulated, and whether those which already are, should no longer be regulated<sup>68</sup>. It performs the function of an independent advisor providing evidence-informed advice, as it is independent from

the Minister of Health and Long-Term Care, the Ministry of Health and Long-Term Care, the regulated health colleges, regulated health professional and provider associations, and stakeholders who have an interest in issues on which it provides advice<sup>69</sup>.

The emphasis on independence seeks to ensure that the HPRAC Council's advice be free from conflict of interest and bias<sup>70</sup>.

The advice provided by the HPRAC Council constitutes recommendations that may be relied upon by the minister, but they are not binding<sup>71</sup>. The advice is taken into consideration when formulating policy in relation to health professional regulation in Ontario<sup>72</sup>. The HPRAC Council submits its report to the minister for consideration, and the report remains confidential until the minister releases it at own discretion<sup>73</sup>, if the minister chooses to implement the recommendation provided by the HPRAC Council, the implementation is undertaken

---

<sup>65</sup>Regulated Health Professions Act, 1991, S.O. 1991, c. 18 at s. 29(1)(a,b).

<sup>66</sup>HEALTH PROFESSIONS REGULATORY ADVISORY COUNCIL. *Mandate: about the Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC)*. Available at: <<https://www.hprac.org/en/about/mandate.asp>>.

<sup>67</sup>Id. *Ibid.*

<sup>68</sup>Id. *Ibid.*

<sup>69</sup>Id. *Ibid.*

<sup>70</sup>Id. *Ibid.*

<sup>71</sup>HEALTH PROFESSIONS REGULATORY ADVISORY COUNCIL. *Mandate: about the Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC)*, cit.

<sup>72</sup>Id. *Ibid.*

<sup>73</sup>Id. *Ibid.*

based upon the directions of the government<sup>74</sup>. The decision to regulate may take decades to implement<sup>75</sup>.

When evaluating whether a profession should be regulated, the HPRA Council explores the question through the following key principles:

- Meeting public expectations for improved access to high quality and safe care;
- Supporting interprofessional care and optimizing the contribution of all health professionals;
- Applying standards for the regulation of health professionals;
- Ensuring a shared accountability agenda that encourages and values collaboration and trust;
- Using resources efficiently;
- Sustaining the health care system; and,
- Maintaining self-regulation<sup>76</sup>.

During the process of preparing recommendations, in addition to undertaking extensive research, the HPRA Council undertakes consultations, which may include written submissions, public hearings, focus groups, research projects and community meetings<sup>77</sup>. The HPRA Council takes into consideration feedback provided from “the public, community organizations, interest groups, and health professionals regulatory colleges and associations”<sup>78</sup>.

To illustrate the process and factors involved in the achievement or denial of statutory regulatory status, consider three examples.

First, the traditional Chinese medicine came under regulation in the 2000s, when the Traditional Chinese Medicine Act (2006) initiated the College of Traditional Chinese Medicine Practitioners and Acupuncturists of Ontario<sup>79</sup>. The College was officially established in April 2013<sup>80</sup>.

<sup>74</sup>Ibid.

<sup>75</sup>ONTARIO OSTEOPATHIC ASSOCIATION. *Understanding the process in becoming a regulated health profession in Ontario*. Available at: <<http://www.ontarioosteopathy.com/wp-content/uploads/2018/02/How-Health-Professions-Become-Regulated.pdf>>.

<sup>76</sup>ONTARIO OSTEOPATHIC ASSOCIATION. *Understanding the process in becoming a regulated health profession in Ontario*, cit.

<sup>77</sup>Ibid.

<sup>78</sup>Ibid.

<sup>79</sup>COLLEGE OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE. Practitioners and acupuncturists of Ontario. *Regulations*. Available at: <<http://www.ctcmpao.on.ca/regulation/>>.

<sup>80</sup>RANDALL, Glen E.; EMBRETT, Mark G.; BARR, Neil G.; VANIA, Diana K. Regulating traditional chinese medicine practitioners and acupuncturists in Ontario, Canada. *Health Reform Observer*, v. 3, n. 2, p. 1, 2015. Available at: <<https://mulpress.mcmaster.ca/hro-ors/article/view/2441>>. <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v3i2.2441>.

Traditional Chinese Medicine practitioners' request for self-regulation was successful due to factors such as practitioner lobbying, increased public acceptance of alternative medicine, and concern over patient safety<sup>81</sup>. In part, an incident in Quebec where improper sterilization of acupuncture needles resulted in class action lawsuits also encouraged support for self-regulation of the profession in Ontario<sup>82</sup>.

Second, paramedic services are neither self-regulated nor subject to direct government oversight. In 2007, the Minister of Health and Long-Term Care initiated an inquiry into whether or not paramedics ought to be regulated under the RHPA. The HPRCA Council decided that it was not in the public interest to regulate paramedics as these services failed to meet the "risk of harm threshold".

## 8 Qualification & membership requirements

In order to practice a regulated profession, an individual is required to become a member of the regulatory College in the province he/she wishes to practice<sup>83</sup>. The individual must obtain a certificate of registration from the College<sup>84</sup>. Each College has its own minimum educational and training requirements that need to be fulfilled in order for the individual to be able to qualify and apply to become a member<sup>85</sup>. This section describes the education and membership requirements for physicians, nurses and dentists in Ontario, and the national accreditation by regulatory colleges. This section also describes the funding and accreditation of medical colleges, and qualification requirements of International Medical Graduates, i.e. individuals wishing to practice as physicians who have completed their education outside Canada.

### 8.1 Becoming a member of the College of Physicians and Surgeons of Ontario

The process of becoming a physician in Canada is the same across the provinces. To become a physician in Canada, an applicant must first complete at least three years of undergraduate education<sup>86</sup>. Subsequently, they must be admitted to and complete a four-year undergraduate medical education program<sup>87</sup>. This

---

<sup>81</sup> *Ibid.* p. 1.

<sup>82</sup> RANDALL, Glen E.; EMBRETT, Mark G.; BARR, Neil G.; VANIA, Diana K. *op. cit.*, p. 5.

<sup>83</sup> REGULATED Health Professions in Ontario. *Working Centre*. Available at: <<https://www.theworkingcentre.org/regulated-health-careers/1404-regulated-health-professions-ontario>>.

<sup>84</sup> *Ibid.*

<sup>85</sup> *Ibid.*

<sup>86</sup> CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. *Becoming a physician*. Available at: <<https://www.cma.ca/En/Pages/becoming-a-physician.aspx>>.

<sup>87</sup> *Ibid.*

program involves two years of basic medical science education and two years of clinical clerkship. Upon completion, graduates must complete supervised practice and training, referred to as residency. Residency can vary in length from 2-4 years depending on the type of specialty selected<sup>88</sup>. A certificate from a certifying body, either the College of Family Physicians of Canada (a professional regulatory body responsible for training and certification of family physicians<sup>89</sup>), or the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (responsible for certifying medical specialists in Canada), and then registration to practice in a particular province completes the accreditation process for physicians.

The College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO) is a self-regulating professional college of which all physicians in Ontario must be members<sup>90</sup>. It issues certificates of registration to physicians, which allows them to practice in the province of Ontario<sup>91</sup> and grants memberships based on a detailed set of requirements. First, applicants to the CPSO must have a degree in medicine from an accredited medical school or an “acceptable uncredited medical school”<sup>92</sup>. An accredited medical school is described by the CPSO as a medical school that has been accredited by either the Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools or by the Liaison Committee on Medical Education of the United States of America<sup>93</sup>. Further, the graduate must also have successfully completed a clerkship that complies with regulations under the Medicine Act<sup>94</sup>. An “acceptable uncredited medical school” is defined by the college as an undergraduate program in allopathic medicine that:

1. Teaches medical principles, knowledge and skills similar to those taught in undergraduate programs of medical education at accredited medical schools in Canada or the United States of America,
2. includes at least 130 weeks of instruction over a minimum of thirty-six months, and was, at the time of graduation, listed in the World Directory of Medical Schools published by the World Health Organization<sup>95</sup>.

---

<sup>88</sup>Id. Ibid.

<sup>89</sup>COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA. *Understanding your physician's credentials*. Available at: <[https://www.cpsbc.ca/physician\\_search/credentials](https://www.cpsbc.ca/physician_search/credentials)>.

<sup>90</sup>COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *About the college*. Available at: <<https://www.cpsso.on.ca/About-Us>>.

<sup>91</sup>Id. Ibid.

<sup>92</sup>COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *Registration requirements*. Available at: <<https://www.cpsso.on.ca/Applicant-Information/Registration-Requirements>>.

<sup>93</sup>Id. Ibid.

<sup>94</sup>Medicine Act, 1991, S.O. 1991, c. 30.

<sup>95</sup>COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *Registration requirements*, cit.

Further, acceptance into the CPSO is contingent on the requirement that the applicant's conduct gives reasonable grounds for belief that the applicant:

1. Is mentally competent to practice medicine;
2. Will practice medicine with decency, integrity and honesty and in accordance with the law;
3. Has sufficient knowledge, skill and judgment to engage in the medical practice authorized by the Certificate, and
4. Can communicate effectively and will display an appropriately professional attitude<sup>96</sup>.

The CPSO's Registration Committee reviews any issues that may arise in connection with any of the aforementioned requirements<sup>97</sup>.

The CPSO maintains a Quality Assurance Program through peer and practice assessments that is a requirement under the RHPA<sup>98</sup>. Participation in the College's peer and practice assessment is a required component of the CPSO<sup>99</sup>. Any member of the CPSO may be required to participate, and the selection of physicians for participation in the program may be random, "age-related" or related to another aspect of the physician's practice<sup>100</sup>. A physician may be randomly selected for assessment every 10 years if she practices independently and is under 70 years of age. All physicians aged 70 and over are assessed through the program every 5 years<sup>101</sup>. Further, physicians who practice in long term care facilities, physicians who change their scope of practice or re-enter practice, and physicians who prescribe methadone, may be subject to additional peer assessment<sup>102</sup>.

## 8.2 Becoming a member of the College of Nurses of Ontario

The College of Nurses of Ontario is a provincial self-regulating college of which every practicing nurse in Ontario must be a member<sup>103</sup>. Membership in

---

<sup>96</sup>COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *Registration requirements*, cit.

<sup>97</sup>Id. *Ibid.*

<sup>98</sup>COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *Assessments*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Member-Information/Assessments>>.

<sup>99</sup>Id. *Ibid.*

<sup>100</sup>Id. *Ibid.*

<sup>101</sup>Id. *Ibid.*

<sup>102</sup>Id. *Ibid.*

<sup>103</sup>COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO. *About the College of Nurses of Ontario*. Available at: <<http://www.cno.org/en/what-is-cno/>>.

the college consists of several requirements including successful completion of a nursing education program and examinations<sup>104</sup>.

To become a member of the College of Nurses of Ontario, applicants must meet the following requirements. First, they must successfully complete a nursing education program, and show that they have recent experience practicing as a nurse<sup>105</sup>. All nursing programs approved by the College of Nurses of Ontario provide graduates with the required practical nursing experience<sup>106</sup>.

Applicants must also complete the Registration Examination and the Jurisprudence Examination (NCLEX-RN)<sup>107</sup>. This examination is administered by the National Council Licensure Examination and is used to examine nursing graduates in both Canada and the United States<sup>108</sup>. The Jurisprudence Examination tests the applicants' knowledge of the "laws, regulations, College by-laws, and practice standards and guidelines that govern the nursing profession in Ontario."<sup>109</sup> Further, admission to the College of Nurses of Ontario is contingent to demonstrated proficiency in English or French, and satisfying the citizenship requirements.

Lastly, applicants must submit a criminal record check; declare if they suffer from any physical or mental disorder that could affect their practice<sup>110</sup>. Quality assurance in the College is maintained through a mandatory yearly self-assessment, and through a random peer assessment program<sup>111</sup>.

### 8.3 Becoming a member of the College of Dental Surgeons of Ontario

Membership requirements in the College of Dental Surgeons of Ontario vary depending on dental specialty. For general dental practitioners, the College mandates that applicants have a degree in dentistry from a dental school of at least four years' duration, and successful completion of the National

<sup>104</sup>Id. Ibid.; COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO. *Registration requirements*. Available at: <<http://www.cno.org/en/become-a-nurse/new-applicants/ontario/registration-requirements-for-rns-and-rpns/>>.

<sup>105</sup>Id. Ibid.

<sup>106</sup>COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO. *Evidence of practice*. Available at: <<http://www.cno.org/en/become-a-nurse/registration-requirements/evidence-of-practice/>>.

<sup>107</sup>Id. Ibid.

<sup>108</sup>COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO. *Registration examination*. Available at: <<http://www.cno.org/en/become-a-nurse/registration-requirements/registration-examination/>>.

<sup>109</sup>COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO. *Jurisprudence examination*. Available at: <<http://www.cno.org/en/become-a-nurse/registration-requirements/jurisprudence-examination/>>.

<sup>110</sup>COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO. *Jurisprudence examination*, cit.

<sup>111</sup>COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO. *Quality assurance*. Available at: <<http://www.cno.org/en/myqa/quality-assurance-page-2/>>.



Dental Examining Board examinations<sup>112</sup>. Applicants must demonstrate fluency in English or French, and fulfill the membership requirements of the College<sup>113</sup>. Lastly, the applicant must successfully complete examinations in Ethics and Jurisprudence<sup>114</sup>.

#### 8.4 National level accreditation by regulatory colleges

Regulatory colleges can also accredit their members on a national level. For example, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (Royal College), provides accreditation for physicians in Canada who wish to become specialists<sup>115</sup>. Those individuals must be assessed by the Royal College, prior to completing the requisite examinations to become certified as specialists<sup>116</sup>. The process of accreditation varies depending on where the medical school graduate has completed his/her training (whether in Canada, or overseas)<sup>117</sup>. Medical school graduates, who are completing their residency requirements, must apply for a training assessment for their chosen specialty. For example, residents wishing to become surgeons must complete a “Surgical Foundations” examination administered by the Royal College that stipulates different training requirements depending on one’s chosen field of specialization. For example, to become a dermatologist, one must complete five years of an approved residency in dermatology, successfully complete the certification in dermatology examination, and participate in a relevant scholarly research project<sup>118</sup>.

#### 8.5 Medical colleges

There are 17 medical schools in Canada, all of them public. They are partially funded by the provinces; nevertheless, the total cost of medical education for students in Canada can exceed \$100,000.

The Association of Faculties of Medicine in Canada (AFMC) and the Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS) manage together the accreditation of Canadian medical schools. Accreditation is aimed at ensuring

---

<sup>112</sup> ROYAL COLLEGE OF DENTAL SURGEONS OF ONTARIO. Registration information - general certificate (licence). Available at: <[http://www.rcdso.org/Assets/DOCUMENTS/Registration/Information\\_Sheets/RCDSO\\_General\\_Info\\_Sheet.pdf](http://www.rcdso.org/Assets/DOCUMENTS/Registration/Information_Sheets/RCDSO_General_Info_Sheet.pdf)>.

<sup>113</sup> Id. Ibid.

<sup>114</sup> Id. Ibid.

<sup>115</sup> ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA. *Credentials and exams – eligibility*. Available at: <<http://www.royalcollege.ca/rcsite/credentials-exams/exam-eligibility-e>>.

<sup>116</sup> Id. Ibid.

<sup>117</sup> Id. Ibid.

<sup>118</sup> Id. Ibid.; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA. *Specialty training requirements in dermatology: minimum training requirements*. 2012. Available at: <<http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/y2vk/mdaw/~edisp/tztest3rcpsced000614.pdf>>.

that the education meets “reasonable, generally-accepted, and appropriate national standards for educational quality”, and that graduates have completed the proper educational experience to prepare them for their next stage of training<sup>119</sup>.

Canadian medical schools also tend to be accredited by the Liaison Committee on Medical Education (LCME)<sup>120</sup>, the USA department of education-recognized accreditation body for medical schools. Accreditation visits are often organized jointly by the CACMS and the LCME. During these visits, the accreditation agencies assess whether a large number of criteria are respected in the context of the educational program. If not, the educational program can be put on probation and ultimately see its accreditation removed. In 2015, for example, a joint accreditation visit resulted in an imposition of a probationary period on McGill University’s undergraduate medical program, the oldest program in the country with a stellar international reputation, when about 24 criteria out of 132 were deemed not to be fulfilled<sup>121</sup>. The probation was lifted two years later, even though the accreditation body remained critical of the underrepresentation of minority students<sup>122</sup>. Other Canadian medical schools have also been put on probation in the past.

## 8.6 International Medical Graduates

To practice a regulated profession in Canada, international medical graduates (IMGs) must register with the relevant provincial or territorial licensing body and meet all requirements particular to each profession<sup>123</sup>. In Ontario, IMGs who wish to practice medicine as a family practitioner or specialist must obtain an Independent Practice certificate of registration from CPSO. Reception of this certificate rests upon fulfillment of all required Canadian postgraduate qualifications. These requirements include<sup>124</sup>:

<sup>119</sup> CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. *Medical education and the CMA*. Available at: <<https://www.cma.ca/En/Pages/medical-education.aspx>>.

<sup>120</sup> For more information, see ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. Liaison Committee on Medical Education (LCME). Available at: <[https://www.aamc.org/members/osr/committees/48814/reports\\_lcme.html](https://www.aamc.org/members/osr/committees/48814/reports_lcme.html)>.

<sup>121</sup> PERITZ, Ingrid. McGill University takes a hit to prestige as Medical School put on probation. *Globe & Mail*, 17 June 2015. Available at: <<https://www.theglobeandmail.com/news/national/education/mcgill-universitys-medical-school-put-on-probation-following-investigation/article25012146/>>.

<sup>122</sup> MCKENNA, Kate. Probation lifted at McGill’s med school, but accreditation body slams program’s diversity. *CBC News*, June 16, 2017. Available at: <<https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/mcgill-medical-school-probation-lifted-1.4163794>>.

<sup>123</sup> ONTARIO. Ministry of Health and Long-Term Care. *Health Workforce Planning and Regulatory Affairs Division*. Available at: <<http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsd/>>.

<sup>124</sup> COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *Qualifying to practice medicine in Ontario*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Applicant-Information/International-Medical-Graduates/Qualifying-to-Practice-Medicine-in-Ontario>>.

1. Degree in medicine from an acceptable medical school.
2. Part 1 and Part 2 of the Medical Council of Canada Qualifying Examination (MCCQE) or one of the acceptable alternative examinations.
3. Certification by examination, by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPC) or the College of Family Physicians of Canada (CFPC).
4. Completion in Canada of one year of postgraduate training or active medical practice with pertinent clinical experience.
5. Canadian citizenship or permanent resident status.

Medical licensing authorities are specific to each province and territory and there are two routes to practice in Canada for IMGs. On the one hand, IMGs who are certified at an accepted jurisdiction and have completed all certification requirements for that jurisdiction (e.g., graduates of U.S. schools) can register directly with the CPSO. On the other hand, IMGs who did not attend an accredited university must participate in a ministry-funded training or assessment program. These students apply for an entry level training position to complete a family medicine or specialty residency<sup>125</sup>.

Successful candidates must attend a Pre-Residency Program (PRP) at the Touchstone Institute and commit to a Return of Service (ROS) Agreement system that is used to promote access to medical services outside of the urban medical centers. Under a ROS Agreement, those accepting a resident position must provide five years of full-time service in communities outside the urban centers of the greater Toronto region and Ottawa. This is one of the significant challenges Canada, and Ontario in particular, faces, with respect to its goal to offer access to quality medical care across a very large territory. Due to the low density of the population in some regions, the remoteness and difficulty of access, but also simply the preference of qualified professionals to live in the urban centers, there is a scarcity of qualified medical professionals in some regions. Ontario currently offers 200 entry-level training positions for post-graduate IMGs<sup>126</sup>.

## **8.7 Ensuring fairness in immigrant access to regulated professions**

It is worth discussing briefly here, an interesting legislative initiative in Ontario, which aims at fostering immigrants' access to a number of health pro-

---

<sup>125</sup> ONTARIO. Ministry of Health and Long-Term Care. *Health Workforce Planning and Regulatory Affairs Division: International Medical Graduates (IMG)*. Available at: <[http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsdl/physicians/international\\_medical\\_graduates.aspx](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsdl/physicians/international_medical_graduates.aspx)>.

<sup>126</sup> *Id.* Ibid.

fessions. The Fair Access to Regulated Professions Act (FARPA) was passed in Ontario in 2006 with the aim of facilitating immigrant access to regulated professions<sup>127</sup>. Specifically, the FARPA's objective is to "ensure that regulated professions and individuals applying for registration are governed by registration practices that are transparent, objective, impartial and fair."<sup>128</sup> The FARPA initially only applied to 13 non-health professions and 21 health professions, however today the FARPA applies to 15 non-health, 28 health professions, and 22 compulsory trades<sup>129</sup>.

The FARPA created five tools for the fulfillment of its stated purpose: (a) Fair Registration Practices Code; (b) Fairness Commissioner and Office of the Fairness Commissioner; (c) Access Center for Internationally Trained Individuals; (d) Reporting and auditing requirements, and (e) Sanctions.

The Fair Registration Practices Code provides that regulated professions must meet two requirements. First, they must provide the public with information about their registration practices, and second, regulated professions must improve their registration practices<sup>130</sup>. For example, the Code imposes requirements such as communicating and justifying all decisions, providing applicants with a review procedure or appeal, and providing alternative ways of fulfilling requirements<sup>131</sup>.

The Office of the Fairness Commissioner is responsible for implementing the FARPA<sup>132</sup>. It must assess registration practices, administrate audits, and report to the Minister of Citizenship and Immigration<sup>133</sup>.

The Access Center for Internationally Trained Individuals provides information and guidance to applicants on registration requirements<sup>134</sup>. The Center's services also include facilitating document translation, technical language support, and referrals for training opportunities<sup>135</sup>.

Each regulated profession covered by the FARPA is required to review their registration practices and provide a report to the Office of the Fairness Com-

---

<sup>127</sup> *Fair Access to Regulated Professions and Compulsory Trades Act, 2006*.

<sup>128</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>129</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>130</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>131</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>132</sup> *Fair Access to Regulated Professions and Compulsory Trades Act, 2006*.

<sup>133</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>134</sup> ACCESS CENTRE FOR INTERNATIONALLY TRAINED INDIVIDUALS. *Our services*. Available at: <<http://www.accesscentre.ca/services>>.

<sup>135</sup> *Id.* *Ibid.*

missioner<sup>136</sup>. The regulated professions are also required to undergo an audit of their registration practices every three years. The Commissioner can make an order requiring compliance with the Fair Registration Practices Code<sup>137</sup>.

## 9 Appointment of specialists in medicine

The question of how many medical specialists are required in a particular area or the types of specialists required, are determined through workforce planning. Workforce planning is governed separately by each Canadian province and territory. For example, in Ontario, beginning in March 2006, workforce planning is undertaken by regional Local Health Integration Networks (LHINs)<sup>138</sup>, crown agencies, created by the provincial government via the 2006 Local Health System Integration Act (LHSIA), that determine the health needs of particular regions by working with local health providers and community members<sup>139</sup>. There are fourteen LHINs in Ontario<sup>140</sup>.

There are three common approaches to health workforce planning. First, 'utilization-based planning' bases future health workforce numbers on the needs of the present population. Second, 'needs-based planning' considers estimates of health needs for particular populations. Third, 'effective demand-based planning' considers economic factors as well as the needs of the population<sup>141</sup>. Ontario relies on 'utilization-based planning,' taking into consideration which health care services were used over a defined time period and by how many residents<sup>142</sup>.

The 2016 McMaster Health Forum and other reports argue changes in workforce planning are needed to address current and future health care challenges.<sup>143</sup> Specific to Ontario, the Forum notes health planning challenges include,

---

<sup>136</sup> *Fair Access to Regulated Professions and Compulsory Trades Act, 2006.*

<sup>137</sup> *Id. Ibid.*

<sup>138</sup> MOAT, Kaelan A.; CIUREA, Ileana; WADDELL, Kerry et al. *Citizen brief: planning for the future health workforce of Ontario.* McMaster Health Forum, 2016.

<sup>139</sup> ONTARIO. Local Health Integration Network. *About Toronto Central LHIN.* Available at: <<http://www.torontocentrallhin.on.ca/aboutus.aspx>>. In January 2019, the newly elected conservative government announced that they would dissolve these regional health agencies, although it was not clear whether they would simply be abolished or replaced by a smaller number of agencies. CRAWLEY, Mike. Ford government poised to dissolve regional health agencies, sources say. *CBC News*, 17 Jan. 2019. Available at: <<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/lhin-ontario-doug-ford-local-health-integration-networks-1.4980509>>.

<sup>140</sup> ONTARIO. Local Health Integration Network. *Ontario's LHINs* (queen's printer for Ontario, 2014). Available at: <<http://www.lhins.on.ca>>.

<sup>141</sup> MOAT, Kaelan A.; CIUREA, Ileana; WADDELL, Kerry et al. *op. cit.*, p. 5.

<sup>142</sup> *Id. Ibid.* p. 7.

<sup>143</sup> *Id. Ibid.* p.5.

[...] a rapidly aging population; an increase in the number of people living with one or more chronic conditions; an increase in demand for intensive (and expensive) acute care services, as well as expensive cutting-edge technologies and drugs; and a growing need and demand for services provided in home and community settings<sup>144</sup>.

Indeed, across Canada, planning the workforce represents challenges such as insufficient accessibility to health care and long waits<sup>145</sup>.

Suggested improvements include changes such as a shift in focus from individual professionals to team-based care and greater focus on resident needs.<sup>146</sup> As the Ontario health system develops, a number of factors are expected to improve workforce planning. These factors include:

- The establishment of regional, population-based planning processes in primary care, home and community care, long-term care, and public health;
- The shifting of many services from acute-care settings (i.e., hospitals) to home and community settings;
- The integration of a wider range of healthcare professionals (e.g., dietitians, midwives and physiotherapists working alongside doctors and nurses) into teams to provide comprehensive primary-care services, supported by a range of technologies (e.g., electronic health records, online referral systems, telehealth and telemedicine);
- A focus on treating only the most ill and complex patients in hospitals, and the shifting of low-risk, routine specialty care services (e.g., cataract surgeries) to community-based facilities; and
- An increasing level of integration across sectors that means health workers will be involved in providing care in more diverse settings (e.g., long-term care facilities may draw on health workers, such as nurses, who traditionally work in primary care)<sup>147</sup>.

<sup>144</sup> MOAT, Kaelan A.; CIUREA, Ileana; WADDELL, Kerry et al. op. cit., p. 5; CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. *Seniors and the health care system: what is the impact of multiple chronic conditions?* 2011. Available at: <[https://secure.cihi.ca/free\\_products/air-chronic\\_disease\\_aib\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_en.pdf)>; NELSON, S. et al. *Optimizing scopes of practice: new models for a new health care system*. Ottawa: Canadian Academy of Health Sciences, 2014. Available at: <[https://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2014/08/Optimizing-Scopes-of-Practice\\_REPORT-English.pdf](https://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2014/08/Optimizing-Scopes-of-Practice_REPORT-English.pdf)>.

<sup>145</sup> NOSMITH, L. et al. *Transforming care for Canadians with chronic health conditions: put people first, expect the best, manage for results*. Ottawa: Canadian Academy of Health Sciences, 2010.

<sup>146</sup> Id. Ibid.

<sup>147</sup> MOAT, Kaelan A.; CIUREA, Ileana; WADDELL, Kerry et al. op. cit., p. 11.

## 10 Disciplining of professionals: Colleges, review board & courts

The RHPA provides a statutory outline for colleges for handling complaints and investigations surrounding professional misconduct<sup>148</sup>. Each college in Ontario has its own by-laws detailing procedures on complaints and discipline but they have to respect the general outline provided by the RHPA<sup>149</sup>. Typically, colleges will begin by conducting a confidential review of the facts<sup>150</sup>. Simple complaints may be resolved without a hearing, through correspondence with the parties involved<sup>151</sup>. Regarding physicians, the College of Physicians and Surgeons of Ontario is given broad powers and may inspect administrative and patient record, and examine the physical premises<sup>152</sup>. More serious complaints require formal reviews by special committees within the College<sup>153</sup>.

The Health Professions Procedural Code (Code) states that each College must have an Inquiries, Complaints and Reports Committee; a Discipline Committee; a Fitness to Practise Committee; and a Quality Assurance Committee<sup>154</sup>. While the larger regulatory colleges such as those of the physicians are capable of conducting any investigations with its own staff, smaller regulatory colleges may appoint investigators, such as legal professionals, to conduct the investigation on their behalf.

### 10.1 Inquiries, complaints and reports committee

For physicians in Ontario, the Inquiries, Complaints and Reports Committee of the College is responsible for investigating complaints or concerns about physicians' care and conduct<sup>155</sup>. They are also responsible for investigating complaints regarding a physician's capacity to practice<sup>156</sup>. The quorum of the Committee comprises of three members, including at least one public member<sup>157</sup>.

---

<sup>148</sup> *Regulated Health Professions Act*, 1991, S.O. 1991, c. 18 at Schedule 2 "Health Professions Procedural Code".

<sup>149</sup> CANADIAN MEDICAL PROTECTIVE ASSOCIATION. *Understanding how colleges handle complaints or allegations of professional misconduct*. Available at: <<https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2012/understanding-how-colleges-handle-complaints-or-allegations-of-professional-misconduct>>.

<sup>150</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>151</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>152</sup> CANADIAN MEDICAL PROTECTIVE ASSOCIATION. *Understanding how colleges handle complaints or allegations of professional misconduct.*, *cit.*

<sup>153</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>154</sup> *Regulated Health Professions Act*, 1991, S.O. 1991, c. 18.

<sup>155</sup> COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *Committees*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/About-Us/Council-Committees/Committees>>.

<sup>156</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>157</sup> *Id.* *Ibid.*

## 10.2 The Discipline Committee

After the Inquiries, Complaints and Reports Committee completes its investigation, it can refer allegations of misconduct to the Discipline Committee<sup>158</sup>. The act stipulates that the Discipline Committee must have a panel composed of at least three and no more than five people<sup>159</sup>; two must be public members and one must be a physician member of Council<sup>160</sup>. The Lieutenant Governor in Council (also known as the Cabinet) appoints members to the Committee<sup>161</sup>.

The purpose of the Discipline Committee is to hold hearings of allegations of professional misconduct or incompetence. If professional misconduct or incompetence is found, the Committee is required to make a disciplinary order such as for a reprimand, revocation of a certificate of registration, suspension, imposition of terms, conditions and limitations on practice, and payment of a fine<sup>162</sup>. Further, if the misconduct was the sexual abuse of a patient, the Committee may require the member to reimburse the College for funding provided for the victim<sup>163</sup>.

The Code identifies four instances in which the Discipline Committee must find professional misconduct:

1. the member has been found guilty of an offence that is relevant to the member's suitability to practise;
2. the governing body of another health profession in Ontario, or the governing body of a health profession in a jurisdiction other than Ontario, has found that the member committed an act of professional misconduct that would, in the opinion of the panel, be an act of professional misconduct under this section or an act of professional misconduct as defined in the regulations and the member has failed to co-operate with the Quality Assurance Committee or any assessor appointed by that committee;
3. if a member has sexually abused a patient; or
4. the member has committed an act of professional misconduct as defined in the regulations<sup>164</sup>.

---

<sup>158</sup> COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *Committees*, cit.

<sup>159</sup> *Id.* Ibid.

<sup>160</sup> *Id.* Ibid.

<sup>161</sup> *Id.* Ibid.

<sup>162</sup> *Id.* Ibid.

<sup>163</sup> *Id.* Ibid.

<sup>164</sup> COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *Committees*, cit.



Decisions from the Discipline Committee, like most administrative decisions, can be appealed in a provincial court. Section 70 of the RHPA outlines the procedures for appealing College committee decisions to a court<sup>165</sup>. Given that committees within colleges are administrative tribunals, the standard of review for their decisions is reasonableness<sup>166</sup>. Court will typically give a high degree of deference to a decision made by an administrative tribunal<sup>167</sup>.

### 10.3 The Health Professions Appeal and Review Board

Decisions made by the Inquiries, Complaints and Reports Committee may be appealed to the Health Professions Appeal and Review Board (Review Board), an adjudicative body established in 1998 by the Ministry of Health and Long-Term Care Appeal and Review Boards Act<sup>168</sup>, under the RHPA<sup>169</sup>. The Review Board conducts hearings and reviews regarding registration decisions of colleges and regarding decisions of the Inquiries, Complaints and Reports Committees of one of the registered colleges<sup>170</sup>. After conducting a review, the Review Board may affirm a Committee's decision, require remedial action of the member against whom the complaint is made, or refer the member under investigation to the College's Discipline Committee<sup>171</sup>.

The Review Board also ensures that the Inquiries, Complaints and Reports Committees of each College, as well as the Registration Committees, fulfill their duties under the RHPA<sup>172</sup>.

When the Review Board reviews a College decision about a complaint against a health professional, it looks at the appropriateness and adequacy of the investigation, and the reasonableness of the final decision. Following hearings, in which the parties may represent themselves or be represented by the Council, the Review Board can confirm or rescind all or part of the College's committee decision, make specific recommendations (such as conducting a further inquiry) or require the College's committee to take further action.

With respect to registration decisions, the Review Board has the authority to refer a case back to the registration committee of a college with specific rec-

---

<sup>165</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>166</sup> *College of Physicians and Surgeons of Ontario v. Peirovy*, 2018 ONCA 420.

<sup>167</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>168</sup> HEALTH PROFESSIONS APPEAL AND REVIEW BOARD. *About Us*. Available at: <<http://www.hparb.on.ca/scripts/english/about.asp>>.

<sup>169</sup> *Regulated Health Professions Act*, 1991, S.O. 1991, c. 18.

<sup>170</sup> HEALTH PROFESSIONS APPEAL AND REVIEW BOARD. *About Us*, *cit.*

<sup>171</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>172</sup> *Id.* *Ibid.*

ommendations or require that the college issue a certificate of registration. It can obviously also simply confirm an order.

The Review Board is independent from government<sup>173</sup>: although their members are appointed based on recommendations from the Minister of Health and Long-Term Care, they are not government employees and are not permitted to have ever been members of a regulated health profession or College<sup>174</sup>. The Review Board consists of at least 12 members, and one of its members is designated as the Chair, and two as Vice-Chairs<sup>175</sup>. Proceedings are determined by a panel of one or three members, one of them must be the Chair, a Vice-Chair (or a Vice-Chair designated by the Chair)<sup>176</sup>.

The MOHLTC funds the Review Board, and provides administrative services<sup>177</sup>.

## II Challenges of Ontario's Health Professions Regulatory System

As mentioned, the Ontario legislation-based system of self-governing health professions has often been touted as an interesting model that embraces public accountability while respecting the traditional self-regulatory nature of some of the key health professions. Its development has also been studied as an interesting example of deliberative health policy making, involving in an exemplary way the various stakeholders, the government, as well as the public<sup>178</sup>.

Yet, particularly in the last decade, a number of controversies related to different health professions have exposed key shortcomings of Ontario's self-regulatory regime. These controversies, discussed further, reveal failures by some of the health professions to set and enforce proper educational and practice standards in specific areas; and to conduct timely investigations into potential misconduct by professionals.

There has also been increasing discussion around the question whether it is appropriate to submit all health professions to a similar overarching regulatory regime, based on self-regulation but with statutory recognition and some level of governmental oversight. Two very different issues are worth discussing briefly here, as they are issues that will likely come up in other jurisdic-

---

<sup>173</sup> HEALTH PROFESSIONS APPEAL AND REVIEW BOARD. *About Us*, cit.

<sup>174</sup> Id. Ibid.

<sup>175</sup> Id. Ibid.

<sup>176</sup> Id. Ibid.

<sup>177</sup> Id. Ibid.

<sup>178</sup> See in general O'REILLY, Patricia. *op. cit.*

tions in the Americas. The first is that the recognition of a health profession by the issuing of self-regulatory powers through a statute may be seen as a governmental endorsement of questionable health care practice. This raises questions with respect to the potential negative impact of such recognition on public health<sup>179</sup>. The statutory recognition of health professions associated with homeopathy, naturopathy, chiropractic, and other forms of alternative medicine have in recent years been particularly criticized in this context<sup>180</sup>.

The second issue relates to the creation of a self-governing regime in the context of indigenous health care practitioners. There is a growing recognition in Canada, to a large extent as a result of the work of the Truth and Reconciliation Commission, of the devastating impact of past treatment of indigenous communities across Canada, particularly also the impact on the health and well-being of indigenous people. The Truth and Reconciliation Commission of Canada (TRC) was set up to address, in a unique way, the historical injustice caused by the Canadian State on the indigenous people primarily through forceful removal of indigenous children to residential schools between 1830s and mid 1900s. The TRC's mandate was premised on the need for acknowledging the injustices of past events to overcome existing conflict, so as to foster a stronger and healthier relationship between the indigenous and non-indigenous going forward. The TRC's primary duty was to gather and record peoples' experiences focusing on the victims, and sharing these experiences with and educating the public. The TRC completed its work by December 2015, and the archives are now maintained by the National Centre for Truth and Reconciliation<sup>181</sup>.

There is also a push for the recognition of self-governance of indigenous people, including in the context of health care. This raises questions about how to deal with indigenous health care practitioners and potentially quite distinct approaches to health care and well-being embraced by indigenous people. Is it desirable to recognize indigenous health practitioners under the general system of health professional self-governance? Or would it rather perpetuate injustice associated with post-colonialism? How can professional regulation

---

<sup>179</sup> See e.g. the critique in WEEKS, C. Are we being served by the regulation of naturopaths? not if patients are still being misled. *The Globe and Mail*, 28 Apr. 2016. Available at: <<http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/canadian-naturopaths-need-to-follow-the-rules-if-they-want-regulation/article29785140/>>. See also KELNER, Merrijoy et al. Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario. *Social Science & Medicine*, v. 59, n. 5, p. 915, Sept. 2004. 10.1016/j.socscimed.2003.12.017.

<sup>180</sup> For a broad overview of critiques placed against CAM see TREBILCOCK, Michael J.; GHIMIRE, Kanksha M. *Regulating alternative medicines: disorder in the borderlands*. (2019) C D Howe Institute Commentary NO. 541, p. 12. Available at <<https://www.cdhowe.org/print/7325>>.

<sup>181</sup> TRUTH AND RECONCILIATION COMMISSION OF CANADA - TRC. *Findings: TRC Final Report*. Available at: <<http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/index.php?p=890>>.

and the enforcement of such regulation be reconciled with growing recognition of indigenous self-governance, including with respect to health care.

We will first discuss some of the key controversies, and then turn to these two broader questions related to health professions regulation. We will conclude by summing up key weaknesses of Ontario's health professional regulatory system.

### **1 Shortcomings of self-regulatory system: Canadian medical controversies**

As discussed earlier in this paper, Ontario embraces a self-regulatory regime that is implemented through statutes. In and of itself, this is already one step further than mere voluntary regulation of professional membership organizations. Statutory-based self-regulation can be defended as an interesting model that combines some level of public accountability and parliamentary and governmental oversight with a significant level of self-regulation. Statutory self-regulation by professionals, particularly physicians, is advocated for a range of reasons. The most common justification for self-regulation of health professions is that it involves professions characterized by highly technical expertise. Because of the fact that they rely on a complex and highly technical body of knowledge, only professionals (in this case, e.g. physicians) are apt at determining the essential training components for entry into the profession, the skills required to live up to professional standards, and the various aspects necessary to adequately regulate and evaluate the performance of colleagues. Indeed, the medical health professionals, particularly physicians, have historically been governed under the regulatory regime of self-regulation across Western countries, such as the UK, Australia, the US and Canada.

Yet, there is increased scrutiny of this concept of self-regulation. Many experts have expressed caution about the limitations of self-regulation, even when it is built around a statutory regulatory regime, and about the negative consequences of self-regulation for the overall organization of health care practice. One of the critiques is that self-regulation gives professionals an inappropriate level of control over a specific area of health care practice. Scholars argue that statutory self-regulation particularly through a licensure regime (i.e. a non-licensed practitioner is prohibited from practicing) gives undue control over the practice of the medical profession to the professionals, and it is in their interest to limit competition by restricting the individuals who may join the profession or practice in an area of health care. The system may also inappropriately augment the power of the dominant health professions, and thus hinder a more efficient distribution of labor within the health care setting. Hence, the self-regulatory regime may be used to protect corporate interests and increase costs to the health care provider. We will not discuss this specific issue here further, even though economic interests in self-regulation may

very well reflect its strong professional support, and may explain the political difficulty in overhauling the system.

Another critique is that the concept of self-regulation is built on a faulty premise that self-regulation facilitates the establishment of educational standards and fosters compliance. Yet a key limitation of self-regulation arises on account of the regulatory presumption in several jurisdictions, including in North America, that “a goal of medical education is to foster lifelong self-directed learning skills”<sup>182</sup>. Medical professionals are expected to identify gaps in their medical knowledge and training, and address gaps through self-regulated learning. However, empirical studies have concluded that medical practitioners ability to self-assess their gaps in knowledge is limited<sup>183</sup>. This is not a new phenomenon, as a 1982 study concluded that primary care physicians in Ontario were not as competent as presumed in identifying their weaknesses<sup>184</sup>.

It is not so clear whether the system of statutory organized self-regulation has really led to significant improvement on that front. Several controversies in the medical profession involving, e.g. physicians, nurses, among others, across jurisdictions, including in Canada, have raised questions about the idea that self-regulation alone is an adequate mechanism to appropriately regulate the respective medical professions. The following sections describe four recent controversies in the Canadian medical profession that have brought to the forefront some limitations in Canadian self-regulatory regime governing health professionals.

### Cosmetic surgery

Some areas of health-practices have remained remarkably under-regulated, and it is often only as a result of exposure of serious problems in the media that further action is taken, often not until some patients’ suffered serious injuries. This was the case with cosmetic surgery in Ontario. Regulation of cosmetic surgery began in the early 2000s. Prior to this, remarkably, any general practitioner in Ontario could engage in cosmetic surgery without special

---

<sup>182</sup> EVA, K. W., CUNNINGTON, J. P., REITER, H. I. et al. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* (2004) 9: 211. <https://doi.org/10.1023/B:AHSE.0000038209.65714.d4>; BRYDGES, R.; BUTLER, D. A reflective analysis of medical education research on self-regulation in learning and practice. *Med Educ.*, v. 46, n. 1, p. 71-79, Jan. 2012 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04100.x>

<sup>183</sup> EVA, K. W., CUNNINGTON, J. P., REITER, H. I. et al. op. cit.; WARD, Mylène et al. Measuring self-assessment: current state of the art. *Advances in Health Sciences Education*, v. 7, n. 1, p. 63, 2002; EVA, K. W.; REGEHR, G. Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. *Academic Medicine*, v. 80, n. 10, p. S46, 2005; DAVIS, David A. et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*, v. 296, n. 9, p. 1094, 2006.

<sup>184</sup> SIBLEY, J. C. et al. A randomized trial of continuing medical education. *New England Journal of Medicine*, v. 306, p. 511, 1982.

training.<sup>185</sup> It took the death of a 32-year-old woman, who died after undergoing a liposuction procedure from a general practitioner with no surgical designation and seeming limited experience and training, to make the College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO) pay attention to the regulation of cosmetic surgery.

Following this incident, the College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO) introduced new regulations over private cosmetic surgery clinics. The CPSO outlined four objectives aimed at increasing the safety of cosmetic surgery patients: (a) legislative power to inspect out-of-hospital locations where practitioners perform procedures requiring anesthesia, (b) peer assessment of surgical procedures/competency of physicians, (c) review of Change of Scope of Practice policy, and (d) an information guide for the public.<sup>186</sup>

This initiative resulted in a number of changes. By 2009, the CPSO required that all practitioners report engagement in cosmetic procedures and assessed non-specialists performing such procedures. By April 2008, the Changing Scope of Practice policy required practitioners to report intention to change scope of practice to the CPSO, implemented standards for out-of-hospital premises<sup>187</sup>, and required particular certification requirements for physicians. By 2009, only practitioners trained in surgery could call themselves cosmetic surgeons and in 2010, the CPSO had the authority to inspect out-of-hospital locations and physician competency. Finally, a “Getting the Facts” guide for consumers of cosmetic surgery was made available on the CPSO website.<sup>188</sup> Arguably, these are relatively weak checks on cosmetic surgery clinics as they only specify clinic inspection once every five years<sup>189</sup>.

### Forensic Child Pathologist Ontario: Dr. Charles Smith case

Another high-profile controversy worth discussing involves the former chief child pathologist of Ontario, Dr. Charles Smith<sup>190</sup>. This controversy too high-

<sup>185</sup> FLOOD, C. M.; THOMAS, B.; WILSON, L. H. Cosmetic surgery regulation and regulation enforcement in Ontario. *Queen's Law Journal*, v. 36, p. 31, 2010, at p. 33.

<sup>186</sup> ONTARIO. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Action taken by the college to improve patient safety with respect to cosmetic procedures*. Available at: <[https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/positions/cosmetic/cosmetic-procedures-initiative\\_may11.pdf](https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/positions/cosmetic/cosmetic-procedures-initiative_may11.pdf)>.

<sup>187</sup> ONTARIO. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Out-of-hospital premises inspection program (OHPIP): program standards*. 2013. Available at: <[http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/ohp\\_standards.pdf](http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/ohp_standards.pdf)>.

<sup>188</sup> ONTARIO. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Get the facts: what you should know about cosmetic surgery*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Positions-Initiatives/Cosmetic-Procedures-Improving-Patient-Safety/Get-the-Facts-What-you-should-know-about-Cosmetic>>.

<sup>189</sup> FLOOD, C. M.; THOMAS, B.; WILSON, L. H. op. cit., p. 67.

<sup>190</sup> GOUDGE, Stephen T. Commissioner. *Inquiry into pediatric forensic pathology in Ontario – report*. Toronto: Ministry of the Attorney General, 2008.

lighted the gaps in self-regulation arising on account of lack of formal and explicit quality standards governing some subspecialties in Ontario, in this case forensic pathologists. It also brought to the limelight experts' failure to recognize gaps in their knowledge and training, and the professional regulatory system's failure to challenge practice standards of a person with significant authority within is medical practice. The case further reveals the potentially devastating consequences of poor quality control over professional practice, in this case with tragic consequences for individuals who were wrongfully convicted based on flawed pathology expert reports<sup>191</sup>.

Dr. Charles Randal Smith was trained as a pediatric pathologist in Ontario<sup>192</sup> Although he had no specialty training or board certification<sup>193</sup> in forensic pathology, he had conducted post-mortems for the Chief Coroner of Ontario's Office starting in 1981<sup>194</sup> and was responsible for undertaking postmortem investigations of the majority of children who had died in suspicious circumstances<sup>195</sup>. He testified in many high profile cases,<sup>196</sup> and had gradually become the leading authority in the field of pediatric forensic pathology in the Province<sup>197</sup>. As a result of his professional authority, defense lawyers would often recommend their clients, when faced with prosecutorial accusations backed up by expert evidence of Dr. Smith, to plead guilty in order to obtain a lower penalty and avoid protracted prosecution in court.

However, around 2005 many of his testimonies came under scrutiny following strong challenges by experts hired by defense lawyers<sup>198</sup>. Even some testimonies given as early as in 1991 were subsequently questioned<sup>199</sup>. The Chief Coroner ordered the review of 45 cases<sup>200</sup> of which 12 had resulted in a guilty verdict<sup>201</sup>. Serious problems were found in 20 cases<sup>202</sup>. The most egregious examples include:

<sup>191</sup> For a good discussion, see COLLINS, K. A.; BYNARD, R. W. *Forensic pathology of infancy and childhood*. New York: Springer, 2014; UBELAKER, Douglas H. (Ed.). *The global practice of forensic science*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2015. p. 37.

<sup>192</sup> COLLINS, K. A.; BYNARD, R. W. op. cit., p. 22; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 11.

<sup>193</sup> GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 11.

<sup>194</sup> CRADOCK, Gerald. *Thinking Goudge: Fatal child abuse and the problem of uncertainty*. *Current Sociology*, v. 59, n. 3362, p. 363, 2011.

<sup>195</sup> COLLINS, K. A.; BYNARD, R. W. op. cit., p. 22; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 6.

<sup>196</sup> COLLINS, K. A.; BYNARD, R. W. op. cit., p. 22.

<sup>197</sup> CRADOCK, Gerald. op. cit., p. 363; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 6.

<sup>198</sup> COLLINS, K. A.; BYNARD, R. W. op. cit., p. 22.

<sup>199</sup> GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 6.

<sup>200</sup> CRADOCK, Gerald. op. cit., p. 363; IACOBUCCI, Frank; HAMILTON, Graeme. *The Goudge inquiry and the role of medical expert witnesses*. *Canadian Medical Association J*, v. 182, n. 1, p. 53, 2010; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 7.

<sup>201</sup> CRADOCK, Gerald. op. cit., p. 363; IACOBUCCI, Frank, HAMILTON, Graeme. loc cit.; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 7.

<sup>202</sup> COLLINS, K. A.; BYNARD, R. W. op. cit., p. 22; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 8.

A death that Smith had deemed the result of shaken baby syndrome was found to be consistent with accidental trauma. Another case in which a mother was convicted of smothering her baby and fracturing his skull was dismissed after the exhumed body was found to be free of fractures. And in perhaps the most striking case, a woman was exonerated of the stabbing death of her 7-year-old daughter when a review of the case showed that the child's injuries to be consistent with bite marks from the family's pit bull<sup>203</sup>.

The investigation uncovered that a large number of wrongful convictions were handed out relying on Dr. Smith's testimony<sup>204</sup>. A pattern emerged of a physician in a significant position of power who, when investigating the unexpected death of an infant, worked with a tunnel vision towards finding fault, particularly when the case involved socially more marginalized people. This case brought to light the existence of systemic problems in the handling of deaths of children that were believed to have occurred in criminally suspicious circumstances<sup>205</sup>. Systemic problems included a stunning lack of formal training of pediatric forensic pathologists<sup>206</sup> and a lack of quality standards governing forensic pathologists in Canada. To investigate these systemic problems and specifically the concerns surrounding actions of Dr. Smith, a formal Inquiry took place in Ontario in 2007-2008, led by then Court of Appeal Justice Stephen Goude<sup>207</sup>. It was tasked with assessing "the practice and oversight of pediatric forensic pathology in Ontario from 1981 to 2001"<sup>208</sup>, and making recommendations<sup>209</sup>.

The Inquiry concluded that despite no specialty training, Dr. Smith came to be accepted as the foremost expert in this area for a range of reasons including the simple fact that "unlike his colleagues he had an interest in conducting autopsies on children."<sup>210</sup> He "became the 'go to guy' for child homicide in Ontario largely because nobody else wanted the position"<sup>211</sup>. There was also a severe shortage of forensic pathologists in the province<sup>212</sup>, even more so of pediatric

<sup>203</sup> COLLINS, K. A.; BYNARD, R. W. op. cit., p. 22.

<sup>204</sup> UBELAKER, Douglas H. op. cit., p. 37.

<sup>205</sup> Id. p. 37.

<sup>206</sup> COLLINS, K. A.; BYNARD, R. W. op. cit., p. 22.

<sup>207</sup> UBELAKER, Douglas H. op. cit., p. 37.

<sup>208</sup> GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 5.

<sup>209</sup> Id., loc. cit.

<sup>210</sup> GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 12-13, 34-35; CRADOCK, Gerald. op. cit., p. 363.

<sup>211</sup> Id. ibid., p. 374; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 13, 35.

<sup>212</sup> EGGERTSON, Laura. *Goude: 'systemic failings' in Ontario coroner's office. Canadian Medical Association Journal*, v. 179, n. 10, p. 995, 2008; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 35.



forensic pathologists<sup>213</sup>. He gained prominence because of his general clinical practice, publications, research<sup>214</sup>, and speaking engagements<sup>215</sup>. His eminence in the pediatric professional associations further fueled his prominence<sup>216</sup> and made it more difficult to challenge his expertise and authority.

The Goudge Report identified a range of reasons, which had exacerbated the systemic problems and enabled Dr. Smith to continue performing despite flaws. Two key reasons identified were: (a) Dr. Smith “was unaware of what he did not know” and failed to seek additional training and specialization; and (b) he was inadequately trained as a forensic pediatric pathologist<sup>217</sup>. Reasons for lack of standards and training included that in Canada, unlike the US or UK, there was no explicit training or training requirement that pathologists needed to complete before calling themselves and practicing as a forensic pathologist<sup>218</sup>. Universities had all but abandoned forensic pathology since it raised minimal funding<sup>219</sup>. Remarkably, the criminal justice system thus continued to rely on the professional expertise of people who did not have to fulfill any specific professional training requirements.

Flaws were also identified in the oversight of Dr. Smith’s work<sup>220</sup>. The investigations revealed that Dr. Smith’s supervisors, the former chief coroner Dr. James Young, and his deputy, Dr. James Cairns, had

[...] ignored or dismissed complaints about Smith’s work and ‘did far too little’ about his mounting problems [...] In fact, the “symbiotic” relationships that existed among the men led Young and Cairns to protect Smith when his work was questioned<sup>221</sup>.

Lack of oversight was aggravated by the fact that

neither Dr. Young and Dr. Cairns had any specialized training in pathology, let alone forensic pathology, and they clearly did not understand the deficit position that lack of expertise put them in<sup>222</sup>.

---

<sup>213</sup> GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 35.

<sup>214</sup> CRADOCK, Gerald. op. cit., p. 374.

<sup>215</sup> GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 13.

<sup>216</sup> CRADOCK, Gerald. op. cit., p. 374.

<sup>217</sup> GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 14.

<sup>218</sup> CRADOCK, Gerald. op. cit., p. 370; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 12.

<sup>219</sup> CRADOCK, Gerald. op. cit., p. 370.

<sup>220</sup> GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 20-34.

<sup>221</sup> EGGERTSON, Laura. op. cit.; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 32.

<sup>222</sup> *Id.* *Ibid.* p. 21-32.

The supervisors prioritized protecting the reputation of the Office of Ontario's Chief Coroner, over of the victims' interests<sup>223</sup>. The Inquiry thus revealed a systemic problem interwoven with and augmented by interpersonal relations and professional interests and trust based on professional authority.

The Goudge Report made over 160 recommendations to improve death investigation system in Ontario<sup>224</sup>. Recommendations included:

- the development of an accredited training program for forensic pathologists<sup>225, 226</sup>;
- the creation of a registry of certified forensic pathologists<sup>227</sup>; and
- the creation of incentives to attract professionals to the field of forensic pathology, to address the lack of experts, such as changing the remuneration package<sup>228</sup>.

In the wake of the Inquiry, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada identified forensic pathology as a subspecialty of anatomical or general pathology and requires that those wanting to practice in the area have to obtain specific certification in forensic pathology.

In addition to exposing the specific problems with forensic pathology in the province, the controversy also shed light on broader problems: the lack of appropriate education requirements in important areas of health professional practice; the inordinate trust in people with positions of authority within a haphazardly developed scope of practice; the lack of oversight by professional regulators; the problematic impact of failures in health professions regulation, including on the judicial system.

### Nurse Elizabeth Wettlaufer case

A more recent controversy involved the nursing profession. The case of Elizabeth Wettlaufer, a nurse who worked in care homes for the elderly and became one of Canada's worst serial killers<sup>229</sup>, highlights the gap in self-regulation arising on account of lack of timely regulatory intervention, problems with com-

---

<sup>223</sup> EGGERTSON, Laura. op. cit.

<sup>224</sup> UBELAKER, Douglas H. op. cit., p. 37.

<sup>225</sup> EGGERTSON, Laura. op. cit.; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 37.

<sup>226</sup> EGGERTSON, Laura. op. cit.

<sup>227</sup> Id. Ibid.; GOUDGE, Stephen T. op. cit., p. 43.

<sup>228</sup> Id. Ibid. p. 38.

<sup>229</sup> LORETO, Nora. *Vulnerable patients were easy prey for Ontario serial killer*. July 2018. Canada's National Observer. Available at: <<https://www.nationalobserver.com/2018/07/04/opinion/vulnerable-patients-were-easy-prey-ontario-serial-killer>>.

munication of professional misconduct, and poor disclosure of disciplinary issues to the public or future employers of the practitioner.

Wettlaufer was a nurse who confessed to murdering eight patients and attempting to kill six more by poisoning them in a nursing home and private residences in Ontario between 2007 and 2016<sup>230</sup>. Wettlaufer was fired from Caressant Care, a nursing home in Ontario, for making a series of medication errors and inappropriate behavior<sup>231</sup>. What was not known was that she had murdered seven people at this nursing home between 2007 and 2014<sup>232</sup>. She was caught for murder only because she confessed to a psychiatric nurse after checking herself in at a psychiatric facility<sup>233</sup>. Without this confession it is believed she may have continued to kill without being caught<sup>234</sup>.

After her confession, she was brought before the disciplinary panel of Ontario's nursing regulator, which revoked Wettlaufer's certification and found her guilty of professional misconduct<sup>235</sup>. She was also prosecuted in court, and is currently serving a life sentence with no chance of parole for 25 years<sup>236</sup>.

When the murders came to light, the question arose: how was a nurse able to murder and harm patients for a decade in nursing home and private residences and not be caught?<sup>237</sup> To investigate the matter and determine what actions need to be taken to stop such tragedies from occurring in the future the Ontario government appointed a commissioner to lead a public inquiry. The Inquiry is exploring the role and shortcomings in the functioning of the Ontario College of Nurses and the MOHLTC<sup>238</sup>. The final report is expected by 31 July 2019<sup>239</sup>.

---

<sup>230</sup> GOFFIN, Peter. 'Gap' existed between watchdog and Wettlaufer care home: Inquiry Commissioner. July 2018. CTV News. Available at: <<https://www.ctvnews.ca/canada/gap-existed-between-watchdog-and-wettlaufer-care-home-inquiry-commissioner-1.4028006>>; LORETO, Nora. loc. cit.

<sup>231</sup> DUBINSKI, Kate. *Nursing home didn't 'paint full picture' of Wettlaufer, Inquiry hears*. July 2018. CBC News. Available at: <<https://www.cbc.ca/news/canada/london/long-term-care-inquiry-elizabeth-wettlaufer-college-of-nurses-of-ontario-1.4760740>>.

<sup>232</sup> LORETO, Nora. loc. cit; DUBINSKI, Kate., *Nursing Home*. op. cit.

<sup>233</sup> DUBINSKI, Kate. *Autopsies rare in nursing home deaths, chief pathologist tells Wettlaufer Inquiry*. July 2018. CBC News. Available at: <<https://www.cbc.ca/news/canada/london/long-term-care-inquiry-elizabeth-wettlaufer-ontario-chief-pathologist-1.4757570>>.

<sup>234</sup> LORETO, Nora. op. cit.

<sup>235</sup> CASEY, Liam. *Serial killer guilty of professional misconduct by Nursing College*. July 2017. Canada's National Observer. Available at: <<https://www.nationalobserver.com/2017/07/25/news/serial-killer-guilty-professional-misconduct-nursing-college>>.

<sup>236</sup> Id. Ibid.; AUDETTE-LONGO, Trish. *Advocates warn against treating nursing home murders as an isolated case*. June 26, 2017. Canada's National Observer. Available at: <<https://www.nationalobserver.com/2017/06/26/news/advocates-warn-against-treating-nursing-home-murders-isolated-case>>.

<sup>237</sup> DUBINSKI, Kate. *Autopsies Rare*, op. cit.

<sup>238</sup> Id. Ibid.; GOFFIN, Peter, op. cit.; AUDETTE-LONGO, Trish, op. cit.

<sup>239</sup> GOFFIN, Peter, op. cit.

One of the aspects being investigated is the role of the College of Nurses of Ontario and the nursing home, particularly whether the College and nursing home could have done more to investigate and stop Wettlaufer. Investigations have revealed that after Wettlaufer was fired from Caressant Care nursing home, the nursing home had reported her to the College in accordance with their legal obligations<sup>240</sup>; long-term care facilities are required to report employment terminations of nurses to the College, along with the reasons for doing so<sup>241</sup>. The College then examines the reasons for terminations, and determines if investigations or censuring of the nurse is warranted.<sup>242</sup> In Wettlaufer's case, the College categorized the incidents of medication errors and inappropriate behavior (reasons why she was terminated from Caressant Care) as "low risk", determined further investigation was not warranted, and sent her a cautionary letter hoping to "jar her into better behavior"<sup>243</sup>.

Wettlaufer's criminal actions were not caught by the College, and the College has defended itself arguing that its decision to send the cautionary letter and not investigate the matter further were based upon the information reported to it by the nursing home, and the information reported did not reflect Wettlaufer's intent to harm patients<sup>244</sup>. Before termination by the nursing college, Wettlaufer had been disciplined by the nursing home on several occasions, however these incidences were not reported to the College, even though they should have been<sup>245</sup>. The College argued that as the Caressant Care management only reported a handful of incidents, it failed to provide a complete picture of the extent of Wettlaufer's disciplinary issues and consequently the College was not able to identify trends in behavior that require further investigation<sup>246</sup>. The College argued that if it had been properly informed, it would have observed a pattern of behavior and taken appropriate action<sup>247</sup>. The commissioner of a public inquiry commented that there clearly was a communication gap between the nursing home and the College<sup>248</sup>.

Another issue being examined by the Inquiry is whether termination of nurses should be made public. In Wettlaufer's case, since the College did not under-

---

<sup>240</sup>DUBINSKI, Kate., Nursing Home, op. cit.

<sup>241</sup> DUBINSKI, Kate., Nursing Home, op. cit.

<sup>242</sup> Id. Ibid.

<sup>243</sup> Id. Ibid.

<sup>244</sup> CASEY, Liam, op. cit.

<sup>245</sup> DUBINSKI, Kate., Nursing Home, op. cit.

<sup>246</sup> Id. Ibid.

<sup>247</sup> Id. Ibid; GOFFIN, Peter, op. cit.; SHER, Jonathan. *Nursing homes failed to report Wettlaufer's alleged abuse and addictions, Regulator says*. July 2018. The London Free Press. Available at: <<https://lfpres.com/news/local-news/0726-inquiry>>.

<sup>248</sup> GOFFIN, Peter, op. cit.

take an official investigation on Wettlaufer, the matter remained private. As a result, neither the public nor future employers were informed about her termination<sup>249</sup>. Consequently, she continued to work as a nurse at other facilities and homes till September 2016 till she finally resigned<sup>250</sup>. Doris Grinspun, the CEO of the Registered Nurses Association of Ontario, has argued that terminations must be disclosed to future employers<sup>251</sup>.

### Doctors crossing borders: Disclosure of regulatory sanctions in other jurisdictions

One of the goals of the legislative regime surrounding the health professions in Ontario is to enhance public accountability of the self-regulating professions and to enable the public to obtain information about health professionals. Even though there are several rules that aim at promoting transparency, a recent 2018 investigation by the Toronto Star, a Canadian newspaper, reveals a critical shortcoming in this context. The investigation brought to light the issue of lack of disclosure to the public of regulatory sanctions faced by physicians in other jurisdictions. As a result doctors are able to move from US to Canada, or within Canada from one province to another, without disclosing to their patients in the new jurisdiction of disciplinary actions taken against them in the past. This arguably leaves patients and the public unaware and unprotected.

#### College obligation to maintain public register

RHPA requires colleges to maintain a register containing stipulated information, and the Register is required to be displayed on a public website maintained by the college<sup>252</sup>. Further, the RHPA requires that the information be posted within a reasonable amount of time after the information is obtained, and in a manner that is accessible to the public<sup>253</sup>. The purpose of these provisions is to increase transparency in the self-regulated colleges, and permit the public to access information<sup>254</sup>. In addition to basic administrative information about the registered individual, the RHPA stipulates that the Register must contain information pertaining to any caution a member has received, results of any disciplinary or incapacity proceeding, and any revocation or suspension of certificates of registration<sup>255</sup>.

---

<sup>249</sup> CASEY, Liam. *op. cit.*

<sup>250</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>251</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>252</sup> *Regulated Health Professions Act, 1991, S.O. 1991, c. 18, at s23(5).*

<sup>253</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>254</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>255</sup> *Id.* *Ibid.*, s23(2).

The College of Physicians and Surgeons of Ontario maintains a Public Register, accessible through the College's website<sup>256</sup>. The Register contains information on all physicians licensed to practise in Ontario, and every doctor who was previously licensed by the College<sup>257</sup>. Specifically, a physician's contact information, languages spoken, age, gender, and registration status can be found in the Register<sup>258</sup>. Further, the public has access to the physician's educational background, including post-graduate medical training, the identity of facilities where the doctor is able to practice, including any revocations, suspensions or restrictions on practice<sup>259</sup>. Any prior allegations of professional misconduct, incapacity and incompetence, as well as findings by a disciplinary committee, and findings of malpractice or professional negligence are also published<sup>260</sup>. Further, criminal findings of guilt, or findings of offenses under the Health Insurance Act, including any charges placed against a physician under either the Criminal Code or Health Insurance Act are also accessible to the public<sup>261</sup>. However, information such as personal mailing addresses, scope of practice of individual physicians, results of quality assurance assessments, settlements of malpractice or negligence lawsuits, and outcomes of investigations are not provided in the Register<sup>262</sup>.

### Toronto Star investigation

The Toronto Star investigation revealed that doctors, including Canadian-trained doctors, that had been disciplined by medical boards in the US for offences were able to return to Canada and continue working as doctors, in many cases without disclosing their past conviction to their new patients<sup>263</sup>. Particularly alarming was the fact that some doctors had been disciplined for often serious crimes or shortcomings affecting their practice, e.g. sexual assault of patients, incompetence causing serious injuries and death, possession of sexually explicit photos of children, improper prescription of drugs, fraud and substance abuse<sup>264</sup>. Interestingly, the investigation analyzed 159 doctors,

<sup>256</sup> ONTARIO. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Find a doctor*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Public-Information-Services/Find-a-Doctor>>.

<sup>257</sup> ONTARIO. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. *What's public (and what's not) about doctors*. Available at: <[https://www.cpso.on.ca/Public-Information-Services/Find-a-Doctor/What%E2%80%99s-Public-\(and-What%E2%80%99s-Not\)-About-Doctors](https://www.cpso.on.ca/Public-Information-Services/Find-a-Doctor/What%E2%80%99s-Public-(and-What%E2%80%99s-Not)-About-Doctors)>.

<sup>258</sup> Id. Ibid.

<sup>259</sup> Id. Ibid.

<sup>260</sup> Id. Ibid.

<sup>261</sup> Id. Ibid.

<sup>262</sup> Id. Ibid.

<sup>263</sup> ZLOMISLIC, Diana et al. *Medical disorder, part 1: bad doctors who cross the border can hide their dirty secrets. we dug them up*. May 2018. Toronto Star. Available at: <<http://projects.thestar.com/doctor-discipline/>>.

<sup>264</sup> Id. Ibid.

and found that nearly half of the 159 doctors who were previously found to be guilty of professional misconduct in one jurisdiction, were also disciplined for violations in the new jurisdiction to which they had moved<sup>265</sup>. This highlights the relevance of sharing the findings of professional misconduct, since it appears an indicator of the risk for re-offense.

The authors of the investigative report reveal key shortcomings in the Canadian self-regulatory regime of health professionals that have arguably contributed to the lack of transparency of regulatory sanctions, potentially endangering patients.

One key reason, according to the report, is that the self-regulatory model is surrounded by “endemic secrecy”<sup>266</sup>. Bylaws, policies, and privacy laws have exacerbated this situation, according to the authors: “Most Canadian regulators told the Star that privacy laws prohibit them from sharing such details [U.S. disciplinary or criminal histories] with the public”<sup>267</sup>. The difference in laws regulating health professionals across provinces and jurisdictions makes collection, compilation, and disclosure of past convictions from other jurisdictions difficult. Past disciplinary convictions of doctors in other jurisdictions are often not available to the public<sup>268</sup>.

The Toronto Star authors opined that the secrecy is worsened as it is steeped in the culture of Canadian medical colleges<sup>269</sup>. Their investigation revealed that Canadian colleges keep secret the vast majority of cross-border doctors’ disciplinary histories<sup>270</sup>. Since the 1990s, to enhance public trust colleges have been posting brief summaries – referred to as ‘profiles’ – of information about the physicians on their registries. The Toronto Star found that “90 per cent of these doctors’ public profiles in Canada failed to report the breadth of sanctions taken against them”<sup>271</sup>. The Toronto Star concludes:

In Canada, 90 per cent of physician profiles we analyzed were missing some disciplinary history that was made public in another jurisdiction; 73 per cent of the profiles showed no disciplinary history whatsoever, even though records exist in every case. [...] More than 75 per cent of the discipline rulings

---

<sup>265</sup> *Id.* *Ibid.*

<sup>266</sup> MENDLESON, Rachel et al. *Medical disorder, part 2: Canada’s medical watchdogs know more about bad doctors than they are telling you.* May 2018. Toronto Star. Available at: <<http://projects.thestar.com/doctor-discipline/part-2/>>.

<sup>267</sup> ZLOMISLIC, Diana et al. *op. cit.*

<sup>268</sup> ZLOMISLIC, Diana et al. *op. cit.*

<sup>269</sup> MENDLESON, Rachel et al. *op. cit.*

<sup>270</sup> ZLOMISLIC, Diana et al. *op. cit.*

<sup>271</sup> *Id.* *Ibid.*

that appear in the Star's database [...] were issued from the year 2000 onward<sup>272</sup>.

The Ontario College is, however, an exception. Unlike colleges regulating physicians in other provinces in Canada, the physician profiles maintained by the Ontario College included information about discipline imposed on physicians in other jurisdictions<sup>273</sup>. However, this information is even in Ontario limited in time, as it only pertains to disciplinary decisions imposed after 1 September 2015<sup>274</sup>.

The authors further indicate that “[i]t takes years for Canadian regulators to respond to U.S. discipline”<sup>275</sup>. When a physician is found guilty of professional misconduct in the US, the Federation of State Medical Boards (FSMB), an umbrella agency, provides information in respect of the disciplinary decision to its central repository<sup>276</sup>. Regulators across jurisdictions have access to this database, and may also submit disciplinary decisions passed in their own jurisdictions in this database<sup>277</sup>. The investigation revealed

Canadian regulators took an average of three years to impose discipline after a U.S. medical board verdict. U.S. boards acted on discipline imposed by Canadian regulators roughly two years after the fact<sup>278</sup>.

The FSMB provides a “disciplinary alert service” and till date only three Canadian regulators have opted for it: colleges regulating physicians in Ontario, Alberta and British Columbia<sup>279</sup>.

A key shortcoming of the self-regulatory system revealed by these investigations is that colleges “rely on doctors to be honest on license applications”<sup>280</sup>. However, the investigation concluded that more than a quarter of the doctors investigated were caught by the regulators on a later date to have lied or “failed to disclose” their “discipline history”<sup>281</sup>. During the time it takes regulators to detect lies, investigate and take action, such physicians are able to continue practising<sup>282</sup>.

---

<sup>272</sup> Id. Ibid.

<sup>273</sup> Id. Ibid.

<sup>274</sup> Id. Ibid.

<sup>275</sup> Id. Ibid.

<sup>276</sup> Id. Ibid.

<sup>277</sup> Id. Ibid.

<sup>278</sup> Id. Ibid.

<sup>279</sup> Id. Ibid.

<sup>280</sup> Id. Ibid.

<sup>281</sup> Id. Ibid.

<sup>282</sup> CRIBB, Robert et al. *Medical disorder, part 3: regulators expect doctors to tell the truth about their past. here's what happens when they don't*. May 2018. Toronto Star. Available at: <<http://projects.thestar.com/doctor-discipline/part-3/index.html>>.



## 2 The regulation of controversial health care practices: The legitimization of complementary and alternative medicines through statutory recognition

We discussed earlier how Ontario embraced a very inclusive approach in the consultation process leading up to the 1991 RHPA. A wide variety of health-related professions were invited to participate, including several Complementary and Alternative Medicine practices that many practitioners of mainstream medicine and many experts consider to have questionable health benefit. The term 'Complementary and Alternative Medicine' (CAM) has been defined in a variety of ways<sup>283</sup>. One of the definitions that has come to be widely accepted is the World Health Organization's definition: CAM are those medical treatments that are not "part of [a] country's own tradition [...] and are not fully integrated into the dominant health care system"<sup>284</sup>.

Among the 28 regulated health professions, the following eight professions are typically considered to be complementary and alternative medicine: Chiropody & Podiatry, Chiropractic, Massage Therapy, and Occupational Therapy have been regulated since 1991; Traditional Chinese Medicine & Acupuncture, since 2006; and Homeopathy, Kinesiology, and Naturopathy have been regulated since 2007. No other professional services typically categorized as CAM are statutorily regulated in Ontario.

Certain critical questions that arise in respect of CAM are: what are the grounds to regulate a CAM? What is the impact of the recognition of professionals engaged in CAM? Does it constitute an indirect public endorsement of their efficacy and acceptability as health care practice? Concerns have been raised not only at the time of decision-making with respect to the official recognition of a CAM profession, but also increasingly in respect of those CAM that are already being statutorily regulated, such as naturopaths, homeopaths, and practitioners of Traditional Chinese Medicine<sup>285</sup>.

<sup>283</sup> For a discussion of the range of definitions see CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 4-10.

<sup>284</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Traditional, Complementary and Integrative Medicine*. Geneva: WHO, 2017. Available at: <<http://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>>; for a discussion on the diverse terminology used to describe complementary/alternative products and practices see CROUCH, R.; ELLIOTT, R.; LEMMENS, T.; CHARLAND, Louis. *Complementary/alternative health care and HIV/AIDS: legal, ethical & policy issues in regulation*. Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2001, p. 4-8. Available at: <<http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/04/Complimentary+Alternative+Healthcare+-+ENG.pdf>>.

<sup>285</sup> WEEKS, C. *Are we being served by the regulation of naturopaths?* Not if patients are still being misled. April 2016. The Globe and Mail. Available at: <<http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/canadian-naturopaths-need-to-follow-the-rules-if-they-wantregulation/article29785140/>>; IJAZ, Nadine et al. Supportive but 'worried': perceptions of naturopaths, homeopaths and Chinese medicine practitioners through a regulatory transition in Ontario, Canada. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. v. 15, n. 1, p. 312, 2015.

As mentioned before, the original list under debate comprised of 39 health professions, which included several CAMs<sup>286</sup>. Among the CAMs that are regulated today (listed above), Naturopathy was one of the CAMs identified in the original list of 39 professions<sup>287</sup>, but was not included in the list of professions that were regulated in 1991, when most of the professions were statutorily regulated, and came to be regulated in Ontario only in 2007. When Naturopathy was evaluated according to the nine criteria around 1991, it was deemed not to have a sufficiently clear knowledge base and not sufficient practitioners to justify the regulation as a profession.

There are two primary reasons why the Ontario government opted to regulate certain types of CAM: (a) to safeguard the public and increase patient choice<sup>288</sup> and (b) to control increasing health care costs. The cost-savings are based on the idea that certain CAM practitioners may be less expensive than physicians and other biomedical practitioners<sup>289</sup>. Interestingly, this presumes then also that these CAM practitioners offer something that can reasonably be seen to replace traditional medical interventions, a claim that some experts strongly question, as discussed further. Experts have adopted a range of positions on the issue of whether CAM providers should be statutorily regulated; some strongly advocate in favour of it, while some vehemently oppose it; still others have taken a more middle ground.

Experts and many professional organizations supporting the statutory regulation of CAM providers argue that this regulation is necessary to protect the public. The World Health Organization's call to member countries to regulate practitioners of CAM because it will increase "safety, quality and effectiveness of CAM therapies"<sup>290</sup> reflects support for this position. Some argue that statutory regulation will further professionalize the practice of CAM<sup>291</sup>. The expect-

---

<sup>286</sup> O'REILLY, op. cit., p. 77-78.

<sup>287</sup> Id., loc. cit.

<sup>288</sup> GILMOUR, J. M.; KELNER, M.; WELLMAN, B. Opening the door to complementary and alternative medicine: self-regulation in Ontario. *Law and Policy*. v. 24, n. 2, p. 149, 2002; ONTARIO. The Health Professions Legislation Review. *Striking a new balance: a blueprint for the regulation of Ontario's health professions*. Toronto: The Review, 1989; BOHNEN, Linda S. *Regulated Health Professions Act: a practical guide*. Aurora, Ontario: Canada Law Book, 1994.

<sup>289</sup> GILMOUR, J. M., KELNER, M., WELLMAN, B. op. cit.; BEST, Allan; GLIK, Deborah C. Research as a tool behaviour for integrative health services reform. In KELNER, M. et al. (Eds.). *Complementary and alternative health care: challenge and change*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers, 2000; COBURN, David. Professional autonomy and the problematic nature of self regulation: medicine, nursing and the State. *Health and Canadian Society*. v. 5, p. 25-53, 1999.

<sup>290</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.

<sup>291</sup> KELNER, Merrijoy et al. Responses. op. cit.; BOON, H. et al. Complementary/alternative practitioners and the professionalization process: a Canadian comparative case study. In TOVEY, P. et al (Eds.). *Mainstreaming of complementary and alternative medicine in social context: an international perspective*. London: Routledge, 2003; GILMOUR, J. M., KELNER, M., WELLMAN, B. loc. cit.; WELSH, S. et al. Moving forward? Complementary and alternative practitioners seeking self-regulation. *Sociology of Health & Illness*, v. 26, n. 2, p. 216, 2004.

tation is that statutory regulation will improve training and education standards<sup>292</sup>: if a licensure regime is introduced, only the qualified will be permitted to enter the profession and to practice; or if a certification regime is instituted, only those qualified will be entitled to call themselves certified practitioners. It is argued that professionalization will better help patients differentiate between qualified and non-qualified practitioners. Patients will thus be better protected against unqualified practitioners<sup>293</sup>.

In response to the critical attitude towards CAM practices, professional organizations and researchers have suggested that one of the primary reasons for mainstream medicine's objection to the statutory regulation of CAM is self-interest. Throughout history and to a large extent even today physicians hold a dominant position in health care services<sup>294</sup>. They may object to the regulation of CAM so as to safeguard this dominant position in health care and thwart competition<sup>295</sup>. Implicit in this defense of CAM is thus a recognition that at least up to some degree, CAM practices offer something of value. Yet, the primary reason for regulation can also be seen as pragmatic: people use CAM services, and it is thus better to offer some level of regulation of the practice.

Critics of CAM and opposing statutory regulation have raised a range of arguments<sup>296</sup>, including that often demands for statutory regulation is led by the professional organizations, and this demand is primarily driven by self-interest<sup>297</sup>. Some experts argue that by statutorily regulating CAM practitioners, it "[l]egally [...] puts them on an equal footing with physicians and nurses"<sup>298</sup>, sending an incorrect message to the public by creating a perception that the CAM practice is credible and efficacious in diagnosing and treating health illnesses, which they question<sup>299</sup>.

---

<sup>292</sup> IJAZ, Nadine et al. op. cit.

<sup>293</sup> JO, Min et al. Alternative medicine should be more tightly regulated. International Centre for Health Innovation. Available at: <<https://www.ivey.uwo.ca/cmsmedia/3490163/alternative-medicine-thought-piece.pdf>>.

<sup>294</sup> KELNER, Merrijoy et al. Responses. op. cit., p. 917.

<sup>295</sup> Id. Ibid. p. 916-917.

<sup>296</sup> For a broad overview of critiques placed against CAM see TREBILCOCK, M; GHIMIRE, K. M. op. cit., p. 12.

<sup>297</sup> IJAZ, Nadine et al. op. cit; KELNER, Merrijoy et al., Responses. op. cit., p. 915.

<sup>298</sup> PICARD, André. Homeopathy leaves us deluded by diluted remedies. April 2018. Globe and Mail. Available at <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-homeopathy-leaves-us-deluded-by-diluted-remedies/>>.

<sup>299</sup> KELNER, M. et al. The role of the state in the social inclusion of complementary and alternative medical occupations. *Complementary Therapies in Medicine*, v. 12, n. 2-3, p. 79, 2004; WELSH, S. et al. loc. cit.; WIESE, M.; OSTER, C. 'Becoming accepted': the complementary and alternative medicine practitioners' response to the uptake and practice of traditional medicine therapies by the mainstream health sector. *Health*, v. 14, p. 415, 2010; MURDOCH, B.; CARR, S.; CAULFIELD, T. Selling falsehoods? A cross-sectional study of Canadian naturopathy, homeopathy, chiropractic and acupuncture clinic website claims relating to allergy and asthma. *BMJ Open* v. 6, n. 12, p. e014028, 2016.

Many CAM diagnosis and treatment methods are arguably indeed not evidence based<sup>300</sup>. Commentators argue that in order to have credibility, CAM must adopt a more scientific approach, and be subject to the rigor and scrutiny that biomedicine undergoes<sup>301</sup>. One of the challenges for evidence-informed medicine about CAM is the fact that some CAM practitioners explicitly reject the idea that traditional evidence-based methodologies can be used to assess the efficacy of CAM. For example, practitioners of homeopathy tend to argue that randomized double-blind controlled trials cannot do justice to homeopathy, since every clinical intervention has to differ based on the personal characteristics of the patient.

A key issue of debate, also from the perspective of professional regulation, is the harm CAM practices may potentially cause. Some CAM treatments may simply have a placebo effect, which may in and of itself not be directly harmful, at least in situations where other interventions are not crucial. Yet, overreliance on CAM may result in patients refusing biomedicine that may worsen their illness (e.g. prevent them from taking life-saving cancer treatment) or create a significant risk of future life-threatening infections, often also with serious public health implications e.g. refusal to be vaccinated<sup>302</sup>.

In Canada several tragic incidents in the last couple of years drew attention to the potentially devastating consequences of using ineffective and potentially dangerous CAM remedies. In three well-known cases, involving 7-year-old Ryan Lovett, 18-month-old Ezekiel Stephan, and 14-month-old John Clark, it involved infants who died of illnesses treatable by biomedicine<sup>303</sup>. Their parents instead chose to treat the illnesses through a range of CAM remedies, and did not seek biomedical attention. For example, Lovett died from a combination of jaundice, pneumonia, and early meningitis<sup>304</sup>. Examination revealed that his death was preventable had he received the simple treatment of antibiotic pen-

<sup>300</sup>KELNER, Merrijoy et al. Responses. op. cit., p. 920; WILSON, Kumanan; MILLS, Edward. Introducing evidence-based complementary and alternative medicine: answering the challenge. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, v. 8, n. 2, p. 103, 2002.

<sup>301</sup>Id. Ibid.; CAULFIELD, Timothy. *Acupuncture and the placebo problem*. November 2017. Policy Options. Available at: <<http://policyoptions.irpp.org/magazines/november-2017/acupuncture-and-the-placebo-problem/>>.

<sup>302</sup>SMART, Amy. *Health Canada investigating after Victoria naturopath treats boy with rabid-dog saliva*. April 2018. Globe and Mail. Available at: <<https://www.theglobeandmail.com/canada/british-columbia/article-victoria-naturopath-criticized-for-treating-boy-with-rabid-dog-saliva/>>.

<sup>303</sup>GRANT, Meghan. *Trial delayed for parents accused of refusing to take dying toddler to doctor*. May 2017. CBC News. Available at: <<http://www.cbc.ca/news/canada/calgary/jennifer-jeromie-clark-trial-delayed-toddler-1.4101417>>; GRAVELAND, Bill. *Supreme Court orders new trial for Alberta parents of boy dead of meningitis*. May 2018. Global News. Available at: <<https://globalnews.ca/news/4208851/supreme-court-hearing-for-alberta-parents-convicted-in-toddlers-meningitis-death/>>.

<sup>304</sup>R v Lovett, 2017 ABQB 46, [2017] AJ No 69 (ACQB), at ¶2, 30-46, 50, 112.

icillin in the earlier stages of his illness<sup>305</sup>. In 2017, the Alberta Court of Queen's Bench found Ryan's mother guilty under the Criminal Code of Canada<sup>306</sup> of criminal negligence and failing to provide the necessaries of life to her son<sup>307</sup>, and sentenced her to three years in prison.<sup>308</sup> Ezekiel's parents were convicted on 26 April 2016 for failing to provide the necessaries of life to their son who died of meningitis<sup>309</sup>. But on 15 May 2018, the Supreme Court of Canada quashed the conviction and ordered a new trial on the grounds that the trial judge had failed to instruct the jurors "in a way that the jury could understand"<sup>310</sup>. John Clark, 14 months old, died in 2013 of staph infection complicated by malnutrition<sup>311</sup>. It is alleged that the malnutrition was caused by a strict diet followed by the parents, which was based on an extreme interpretation of their religion; the parents claim to be Seventh-day Adventists<sup>312</sup>. In October 2018 the parents "were found guilty of criminal negligence causing death and failure to provide the necessaries of life for their son"<sup>313</sup>, and the sentencing is to be held in February 2019.

Concerns have also been raised that some claims and methods of CAM treatments may in fact be dangerous, and harm the patient, thus creating harm not just as a result of abstaining from other treatments<sup>314</sup>. Recently in British Columbia, a naturopath treated a 4-year-old boy by prescribing homeopathic tablets made from the saliva of a rabid dog to treat his violent outbursts and nightmares about werewolves<sup>315</sup>. The CAM practitioner claimed "the treatment was successful" and the preschooler had been brought "back into a more human state from a slightly rabid dog state"<sup>316</sup>. The British Columbia Naturopathic Association, a professional organization, has filed a complaint against the practitioner, although she is not a member, claiming she has breached the

---

<sup>305</sup> *Id.* Ibid. ¶¶2, 57, 105, 110, 121.

<sup>306</sup> R S C, 1985, c C-46.

<sup>307</sup> *R v Lovett*. op. cit., ¶¶117, 138-141.

<sup>308</sup> KRUGEL, Lauren. *Calgary woman found guilty in son's strep death sentenced to three years*. November 2017.

The Globe and Mail. Available at: <<https://www.theglobeandmail.com/news/alberta/calgary-woman-found-guilty-in-sons-strep-death-sentenced-to-three-years/article37017782/>>.

<sup>309</sup> *R v Stephan*, 2016 ABQB 319.

<sup>310</sup> GRAVELAND, Bill. op. cit.

<sup>311</sup> GRANT, Meghan. *Jeromie and Jennifer Clark's trial for son's death delayed as they fire lawyer*. January 2016.

CBC. Available at: <<https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/jennifer-jeromie-john-clark-child-death-trail-1.3416129>>.

<sup>312</sup> *Id.* Ibid.

<sup>313</sup> KRUGEL, Lauren. *Jury finds Calgary couple guilty in 2013 death of toddler son*. October 2018. CTV News. Available at: <<https://www.ctvnews.ca/canada/jury-finds-calgary-couple-guilty-in-2013-death-of-toddler-son-1.4140865>>.

<sup>314</sup> MURDOCH, B., CARR, S., CAULFIELD, T. op. cit.

<sup>315</sup> PICARD, André. op. cit.

<sup>316</sup> *Id.* Ibid.

code of ethics for naturopathic doctors and the organization<sup>317</sup>. The organization argues that the practitioner's actions reflect poorly on the organization<sup>318</sup>. The British Columbia's provincial health officer raised alarm that such prescription may infect patients with rabies, and in response Health Canada has launched an investigation<sup>319</sup>.

From a regulatory perspective these debates, in favor of and against statutory regulation of CAM, raise a pertinent question, as formulated by well-known health journalist Andre Picard:

Is it better to try and bring some order and oversight to ensure basic safety, or should some form of alternative medicine be prohibited, perhaps resulting in a completely unregulated black market?<sup>320</sup>

This question becomes even more critical as popularity of CAM in Canada, and worldwide, has grown over the past few decades<sup>321</sup>. Some recommendations have been made in the Canadian context with respect to the regulation of CAM. For example, Crouch, Elliott, Lemmens, and Charland advocate for increasing funding for research into CAM practices, specifically to determine the safety and efficacy of various CAM practices and products<sup>322</sup>. They further recommend<sup>323</sup> a review of the law and policies of professional regulatory bodies in relation to CAM<sup>324</sup>. Specifically focusing on professional regulation, one of us has argued in a co-authored paper that the regulation of CAM practitioners must be determined on a risk spectrum:

For forms of CAMs that fall toward the trivial end of the risk spectrum, light-handed *ex ante* regulation seems appropriate, providing a relatively large scope for patients' autonomy in the choice of medical treatments. For forms of CAMs that fall toward the higher end of the

---

<sup>317</sup> SMART, Amy. op. cit.

<sup>318</sup> Id. Ibid.

<sup>319</sup> Id. Ibid.

<sup>320</sup> PICARD, André. op. cit.

<sup>321</sup> For an empirical survey see CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 11-26, 122-130; BODEKER, G. et al. *The WHO global, atlas of traditional, complementary and alternative medicine: Volume 2*. Kobe: World Health Organization, Centre for Health Development, 2005, p. xii; METCALFE, Amy et al. Use of complementary and alternative medicine by those with a chronic disease and the general population - results of a national population based survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, v. 10, n. 58, 2010; HAZRA, Monica et al. Complementary and alternative medicine in psychotic disorders. *Journal of Complementary and Integrative Medicine* v. 7, n. 1, p. 1239, 2010.

<sup>322</sup> CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. iii.

<sup>323</sup> Id. Ibid. p. iii.

<sup>324</sup> Id., loc. cit.

risk spectrum, it seems difficult to justify a completely *laissez-faire* position on the part of the state<sup>325</sup>.

In respect of *ex ante* regulation, our paper advocates statutory self-regulation through a certification regime (not licensure), where designated titles are reserved for accredited members of the state-recognized professional governing bodies<sup>326</sup>. We also favor establishing an overarching advisory body (a CAM Advisory Council), comprising of a range of stakeholders, to whom CAM regulatory bodies must submit their regulations governing qualification and training requirements, among others<sup>327</sup>. The Council would be responsible for advising the government whether to approve or reject the proposed regulations (but not to initiate regulations)<sup>328</sup>. The Council would promote better integration between biomedicine and CAM<sup>329</sup>. We suggest higher risk activities may be determined using the World Trade Organizations' Appellate Body decision in the *Beef-Hormones* case (1998) as a guide<sup>330</sup>:

The Appellate Body held that a country imposing such restrictions<sup>331</sup> for a purported precautionary purpose was not required to establish full scientific proof, but must show some minimum scientific basis for supporting a precautionary measure. We suggest that this is also an appropriate standard for determining whether CAM treatments that displace biomedical therapies for serious health conditions nonetheless should be permitted. This "minimum scientific basis" threshold would delineate a zone for individuals to choose their own treatment from a zone where a treatment lacks a basis for any reasonable claim of therapeutic effectiveness and the risk of misrepresentation is unacceptable.

### 3 Aboriginal healers: Recognition & regulation

In the Canadian and more generally also American context, it is important to discuss also briefly the role of professional regulation with respect to indigenous healing practices as used by what has been termed in the literature 'aboriginal healers' in Canada.

---

<sup>325</sup> TREBILCOCK, M; GHIMIRE, K. M. op. cit., p. 15.

<sup>326</sup> *Id.*, loc. cit.

<sup>327</sup> *Id.*, loc. cit.

<sup>328</sup> *Id.*, loc. cit.

<sup>329</sup> *Id.*, loc. cit.

<sup>330</sup> *Id.* *Ibid.* p. 15-16.

<sup>331</sup> Appellate Body adjudicated: whether regulations restricting imports of beef hormones were an unjustified discriminatory trade measure or a legitimate protective measure?

The Canadian Constitution<sup>332</sup> defines the term ‘aboriginal people’ to include the Indian, Inuit and Metis peoples of Canada. The term ‘aboriginal people’ is increasingly being replaced by ‘indigenous people’.

Indigenous people have traditionally had their own healing practices. Canadian indigenous health practices vary across the indigenous peoples. Terms referring to broader indigenous nations may comprise various sub-nations with some specific practices. For example, “[t]he Anishnaabe Nation is comprised of the Algonquin, Ojibwe, Oji-Cree and Odawa Nations”<sup>333</sup>. Typically the healing practices are holistic processes, which focus upon “balancing of the elements of mind, body, emotion, and spirit in a person, as well as balance in that person’s relationship with the earth and the natural world, that is necessary for good health”<sup>334</sup>. Indigenous healing is usually provided by recognized aboriginal healers, who perform a variety or combination of functions, such as those of a physician, psychiatrist/psychologist, family counsellor and spiritual advisor<sup>335</sup>.

Indigenous healing practices are typically categorized as CAM; by implication indigenous healing practices are discussed in comparison with biomedicine, wherein biomedicine is the mainstream healing practice while indigenous healing practices are ‘alternative’ in nature<sup>336</sup>. However, indigenous people availing of such health treatments are unlikely to consider indigenous healing practices to be an ‘alternative’ or ‘unconventional’ form, rather they will consider it to be just as mainstream or conventional as biomedicine if such practices form part of their own cultural heritage<sup>337</sup>.

### Acceptance of indigenous healing practices

The official acceptance and recognition of indigenous healing practices within the Canadian health legal framework has been a particularly sensitive issue, because of the indigenous peoples’ history in Canada and the practices’ cultural significance. Historically, colonial activities attempted to eradicate indigenous culture, and consequently the indigenous people were statutorily pro-

<sup>332</sup> The Constitution Act, 1982, s.35(2).

<sup>333</sup> LAVALLEE, Lynn; POOLE, Jennifer. Beyond recovery: colonization, health and healing for indigenous people in Canada. *International Journal of Mental Health & Addiction* v. 8, n. 2, 271, 2010, at p. 273.

<sup>334</sup> CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 23; MUNDEL, Erika; CHAPMAN, Gwen E. A decolonizing approach to health promotion in Canada: the case of the urban aboriginal community kitchen garden project. *Health Promotion International*, v. 25, n. 2, p. 166, 2010, at p.166-167.

<sup>335</sup> CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 23; NATIONAL INDIAN AND INUIT COMMUNITY HEALTH REPRESENTATIVES ORGANIZATION, *Coping with HIV/AIDS in aboriginal communities: a 1998 resource manual*. NICCHRO, 1998.

<sup>336</sup> CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 6-7; FISHER, P.; WARD, A. Complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, v. 309107-111, p. 107, 1994.

<sup>337</sup> CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 7, 23.



hibited from performing many of their spiritual ceremonies, particularly from 1880 up till the mid-twentieth century<sup>338</sup>. These measures resulted in many of the indigenous health practices being banned, since indigenous health practices are intertwined with spiritual and cultural customary practices<sup>339</sup>. Many elders and healers were prosecuted<sup>340</sup>. In many instances, indigenous health practices were also categorized as witchcraft and idolatry by Christian missionaries and ridiculed<sup>341</sup>.

This history influences the debate around statutory regulation of indigenous health practices. Many aboriginal healers are skeptical of statutory regulation of indigenous healing practices, as they “distrust [...] governments which they [feel] reflect[] the interests of the dominant white culture in Canada”<sup>342</sup>. In order to achieve “[p]ersonal and societal recovery from the lasting effects of oppression and systemic racism experienced over generations”<sup>343</sup>, some experts argue that the approach to health must be decolonized<sup>344</sup>. The Truth and Reconciliation Commission, established to explore the Indian residential school system and its impact of aboriginal people in Canada, explicitly recommends recognition and acceptance of indigenous healing practices by mainstream health practitioners:

[T]o recognize the value of Aboriginal healing practices and use them in the treatment of Aboriginal patients in collaboration with Aboriginal healers and Elders where requested by Aboriginal patients<sup>345</sup>.

<sup>338</sup> For a more detailed review see DOUGLAS, Vasiliki. *Introduction to aboriginal health and health care in Canada: bridging health*. New York: Springer Publishing, 2003; WALDRAM, James B.; HERRING, D. Ann; YOUNG, T. Kue. *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*. 2ed. Toronto: University of Toronto Press, 2006; for a discussion on the historical demise of aboriginal midwifery during colonization see CARROLL, Dena; BENOIT, Cecilia. *Aboriginal midwifery in Canada: merging traditional practices and modern science*. In BOURGEOULT, Ivy Lynn; BENOIT, Cecilia; DAVIS-FLOYD, Robbie. (Eds.). *Reconceiving Midwifery*. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2004, at p. 269-271; LAVALLEE, Lynn; POOLE, Jennifer. loc. cit; LETENDRE, A. D. *Aboriginal traditional medicine: where does it fit? Crossing Boundaries: An Interdisciplinary Journal*, v. 1, n. 2, p. 79, 2002; CANADA, Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP). Volume 3: gathering strength. In CANADA, The RCAP. *Report of the royal commission on aboriginal peoples*. 1996. Available at: <<https://www.bac-lac.gc.ca/eng/discover/aboriginal-heritage/royal-commission-aboriginal-peoples/Pages/final-report.aspx>>.

<sup>339</sup> WALDRAM, James B., HERRING, D. Ann., YOUNG, T. Kue. op. cit., p. 147-148.

<sup>340</sup> CANADA, RCAP. op. cit., p. 113.

<sup>341</sup> Id., loc. cit.

<sup>342</sup> CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 75.

<sup>343</sup> CANADA, RCAP. op. cit.; MUNDEL, Erika, CHAPMAN, Gwen E. op. cit., p. 171.

<sup>344</sup> MUNDEL, Erika, CHAPMAN, Gwen E. op. cit., p. 171; SHERWOOD, J.; EDWARDS, T. *Decolonisation: a critical step for improving aboriginal health. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, v. 22, p. 178, 2006.

<sup>345</sup> CANADA, The Truth and Reconciliation Commission of Canada, *Truth and Reconciliation Commission of Canada: calls to action*. p. 3. Available at: <[http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls\\_to\\_Action\\_English2.pdf](http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_English2.pdf)>.

## Regulation of indigenous health practices

In this historical background questions about the regulation of indigenous health practitioners become pertinent as well as culturally sensitive, i.e.

who controls [or should control] the licensing of aboriginal healers, what standards should apply to [indigenous] healing practices, and what is or is not an [indigenous] healing practice<sup>346</sup>.

In Ontario, the RHPA specifically states that the act does not apply to

(a) Aboriginal healers providing traditional healing services or (b) Aboriginal midwives providing traditional midwifery services to Aboriginal persons or to members of an Aboriginal community<sup>347</sup>.

This language has been interpreted to mean that the exemption applies to health services provided to all indigenous people, whether on or off the reserves, as well as non-indigenous people inside an indigenous community<sup>348</sup>.

The application of this rule has some interesting consequences. In Ontario, indigenous midwives may practice without being a member of the Ontario College of Midwives or the Ontario Midwives' Association<sup>349</sup>. Hence the *ex ante* regulation of midwives through the profession-specific act regulating midwives does not apply to indigenous midwives.

But questions have also been raised on the extent to which *ex post* regulation through courts, i.e. under torts and criminal negligence, applicable to all allopathic and CAM practitioners, should apply to aboriginal healers. This has been particularly controversial when children have been involved, as in the 2015 case of *Hamilton Health Sciences vs DH* case<sup>350</sup>. The judge in this case rejected a hospital's application under the Child and Family Services Act to have the Child and Welfare organization intervene to oblige an indigenous mother to have her child undergo further chemotherapy for her cancer. The judge invoked the mother's "constitutionally protected right to pursue their traditional medicine

<sup>346</sup> FONG, Lisa C. *Professional conduct blog: professional regulation and traditional aboriginal healing*. September 2015. Blog. Available at: <<http://www.ngariss.com/professional-regulation-and-traditional-aboriginal-healing/>>.

<sup>347</sup> CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 89; CARROLL, Dena., BENOIT, Cecilia. op. cit., p. 274-277.

<sup>348</sup> Id., loc. cit.

<sup>349</sup> Id., loc. cit.

<sup>350</sup> *Hamilton Health Sciences Corp. v. D.H., P.L.J., Six Nations of the Grand River Child and Family Services Department and Brant Family and Children's Services*, 2014 ONCJ 603 (CanLII). See also CHARTRAND, Larry, *Deciding medical treatment for a first nation's child: is it six nations or Ontario authority that should govern?* Paper presented at University of Toronto Health Law Seminar Series, on file with authors, 2018.

over the applicant's stated course of treatment of chemotherapy<sup>351</sup>. The hospital, the Child and welfare services (including one indigenous child and welfare organization), the parents, and the Office of the Children's Lawyer (an official Ontario office for the promotion and protection of children's rights) later came to an agreement with a joint submission<sup>352</sup>, which was confirmed by the judge, in which all parties agreed that the "best interest of the child" continues to have priority over other considerations. They emphasized that indigenous law also recognizes a similar duty to act in the best interest of the child.

In few cases Canadian courts have held aboriginal healers criminally liable in specific circumstances. In a 1992 case, a member of the First Nation requested the elders to perform a Coast Salish Big House Tradition called the Spirit Dance on her spouse, also a member of the First Nation, to cure him of alcoholism and help remedy their marriage<sup>353</sup>. Accordingly to Coast Salish custom, a member of the community can be forced to go through the Spirit Dance, as the interests of the community supersede those of the individual<sup>354</sup>. However, the British Columbia Supreme Court awarded damages to the spouse for 'assault, battery and false imprisonment' on the grounds that he lived off the reserve, he did not self-identify with the Coast Salish culture, Spirit Dance was not an 'aboriginal right' under the Constitution, and his individual right, i.e. freedom from assault, battery and false imprisonment, guaranteed under Canadian law had been violated<sup>355</sup>. In a 2001 case, an Ecuadorian shaman was invited to provide healing services to an Ontario First Nation elder. During the three-day healing ceremony the shaman instructed the elder to refrain from taking his medication for diabetes, and gave the elder herbal medicines containing *ayahuasca* and tobacco. The elder died from nicotine poisoning. The shaman was charged with criminal negligence causing death<sup>356</sup>.

Although the current regulatory regime of aboriginal healers in Ontario largely exempts aboriginal healers from statutory regulation, experts and indigenous elders/ aboriginal healers are exploring whether it is appropriate or desirable for indigenous healing to be formalized and statutorily regulated<sup>357</sup>,

---

<sup>351</sup> CHARTRAND, Larry. op. cit.

<sup>352</sup> *Hamilton Health Sciences Corp. v. D.H., P.L.J., Six Nations of the Grand River Child and Family Services Department and Brant Family and Children's Services: Joint Submission of the Parties*, Court file nr. C287/14E and *Hamilton Health Sciences Corp. v. D.H., P.L.J., Six Nations of the Grand River Child and Family Services Department and Brant Family and Children's Services: Endorsement*, Court file nr. C287/14E.

<sup>353</sup> *Thomas v. Norris*, [1992] 2 C.N.L.R. 139 (B.C.S.C.).

<sup>354</sup> WALDRAM, James B., HERRING, D. Ann., YOUNG, T. Kue. op. cit., p. 257-258.

<sup>355</sup> *Thomas v. Norris*, loc. cit.

<sup>356</sup> WALDRAM, James B., HERRING, D. Ann., YOUNG, T. Kue. op. cit., p. 258-259.

<sup>357</sup> OBOMSAWIN, Raymond. *Traditional Medicine for Canada's First Peoples*. March 2007, at p. 17. Available at: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e443/7025656241cc18327a8a9ba5945bf261006f.pdf>>; CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 88.

and what occupational standards should apply?<sup>358</sup> How should a balance be achieved between ensuring quality health-services by indigenous practitioners, while maintaining full autonomy and control?<sup>359</sup> What minimum educational standards should be applied, bearing in mind that often the educational requirements are based on the model of biomedicine, and college or university education is a must?<sup>360</sup>

Recommendations have been made to ensure appropriate and better regulation of aboriginal healers. Some experts argue that to achieve decolonization of indigenous health care, regulation must ensure: regulatory authority over indigenous health services, self-determination and self-governance by the indigenous community, and capacity building of aboriginal healers including determining appropriate standards of qualifications and practices for aboriginal healers<sup>361</sup>. Indigenous health care should be evaluated through indigenous social determinants of health model, and not those dictated by mainstream biomedicine<sup>362</sup>. Some experts have advocated increased research into indigenous health services, subject to research being governed by the indigenous principles, and the traditional knowledge is accorded adequate protection from appropriation and exploitation<sup>363</sup>. The *Hamilton Health Sciences v DH* case described above suggest that we are at a new era in Canada with respect to how indigenous health care practices are dealt with: an era of more collaborative and respectful engagement between the communities, and an attempt to respect at the legal and regulatory level the unique value of indigenous health practices.

## Conclusions

The model of state-organized self-regulation of health professionals in Ontario offers an interesting middle ground between fully autonomous professional self-regulation, and state supervised regulation of health professionals. It offers a level of public accountability that was lacking prior to the enactment of the 1991 statutory regime, while the profession itself is still predominantly

<sup>358</sup> CARROLL, Dena., BENOIT, Cecilia. op. cit., p. 279; CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 85.

<sup>359</sup> CARROLL, Dena., BENOIT, Cecilia. op. cit., p. 279.

<sup>360</sup>Id. Ibid.

<sup>361</sup> JACKLIN, K.; WARRY, W. Decolonizing First Nations health. In KULIG, Judith C.; WILLIAMS, Allison M. (Eds.). *Health in Rural Canada*. Vancouver: UBC Press, 2012, ch. 20; OBOMSAWIN, Raymond. op. cit; CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. 116.

<sup>362</sup> JACKLIN, K., WARRY, W. op. cit.

<sup>363</sup> CROUCH, R., ELLIOTT, R., LEMMENS, T. et al. op. cit., p. iii, 109; GEBRU, Aman. *Intellectual property, traditional knowledge, and bioprospecting: searching for efficient balance of rights*, SJD Thesis, Faculty of Law, University of Toronto, 2017.

in charge. Interesting features of the regulatory regime include the statutorily required presence of community members at various levels of professional regulation and discipline; a level of state oversight through a statutory regime with some regulatory powers over all the different professions; a state imposed scope of practice which has been developed in the early 1990s in an exemplary inclusive and deliberative process involving all the different health professions; and with respect to disciplinary proceedings and decisions to delist or register professionals, also an appeal procedure before an independent administrative appeal board that is independent from the professions themselves.

Yet, the system also suffers from several inadequacies. Several of these inadequacies can, and the medical controversies we described bring to the forefront some of these shortcomings. In our view, several of these inadequacies can be connected to two primary limitations of the regulatory model, which arise on account of power-relations impacting on procedural issues, and the complexity of the regulatory model that may potentially undermine quality control.

The complexity of the regulatory system has exacerbated its drawbacks. The statutory health professions regulated across Canada, and within Ontario, are governed through different statutory/regulatory regimes, accreditation systems, and by different regulatory & advisory bodies depending on type of health, facilities and professions involved. Although there are efforts to streamline the process, severe coordination problems occur as various health-professional colleges are in charge of investigations and disciplining health professionals.

At a time when there is a growing integration of health care practices in complex institutional settings, where there is an increased emphasis on collaboration among the various health professions, a model that reflects the notion of insulated health professions, with clearly delineated professional roles that do not overlap, appears outdated. Even though it has often been suggested, for example, that disciplinary proceedings in relation to complex procedures in which various professions were involved would better be coordinated, concrete steps to streamline different disciplinary proceedings has not yet been taken.

Furthermore, while the regulatory regime in Ontario developed with a public interest focus, inherent tensions because of professional self-interest and power relations remain an issue. Self-interest and power imbalance are key points of contention in the debate surrounding regulation of complementary and alternative medicines, as well as in the regulation of aboriginal healers. Procedural issues also arise on account of the power-relations between the medical profession and the patients. Notwithstanding public representation at all levels of regulatory college decision-making, the medical profession still dominates within the system. The inquiry into the Dr. Smith controversy related to child pathology concluded that in several cases the interest of the

professional or college – in some cases the reputation of the college – was prioritized over the interests of the patient. Procedural issues resulted in lack of transparency, public accountability, and a gap in information sharing; controversies expose remarkable gaps in regulatory and the control system of health professional practice. In the wake of some of the recent controversies, there are ongoing changes to the system of health professions regulation in Ontario. Whether these changes will constitute a sufficient response to the continuing call for more governmental oversight remains to be seen.

Recent political developments in Ontario may also have significant consequences for the health professions regulatory system in the province. In 2018, the liberal majority, which had dominated Ontario politics and law-making for 15 years, was decimated and replaced by a conservative government led by a populist ‘small government’ style premier. It has embarked on a dismantling of government support and government oversight in a variety of areas. One of its first decisions was to cut back the government’s operational grant to the regulatory College of Midwives, which covered one-third of its annual budget. There is concern that this is the first step towards a significantly diminished role of the government in providing oversight over the health professions. Time will tell how Ontario’s system further evolves.

## References

- ACCESS CENTRE FOR INTERNATIONALLY TRAINED INDIVIDUALS. *Our services*. Available at: <<http://www.accesscentre.ca/services>>.
- ALDRIDGE, Stephanie. The regulation of health professionals: an overview of the British Columbia experience. *J Med Imaging & Radiation Sci*, v. 39, n. 1, 2008.
- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. Liaison Committee on Medical Education (LCME). Available at: <[https://www.aamc.org/members/osr/committees/48814/reports\\_lcme.html](https://www.aamc.org/members/osr/committees/48814/reports_lcme.html)>.
- AUDETTE-LONGO, Trish. Advocates warn against treating nursing home murders as an isolated case. *Canada’s National Observer*, 26 June 2017. Available at: <<https://www.nationalobserver.com/2017/06/26/news/advocates-warn-against-treating-nursing-home-murders-isolated-case>>.
- BEST, Allan; GLIK, Deborah C. Research as a tool behaviour for integrative health services reform. In KELNER, M. et al. (Eds.) *Complementary and alternative health care: challenge and change*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers, 2000.
- Bill C-14, *An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)*, 1st Sess., 42nd Parl., 2016, S.O. 2016.
- BODEKER, G. et al. *The WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine*: Volume 2. Kobe: World Health Organization, Centre for Health Development, 2005.

- BOHNEN, Linda S. *Regulated Health Professions Act: a practical guide*. Aurora, Ontario: Canada Law Book, 1994.
- BOON, H. et al. Complementary/alternative practitioners and the professionalization process: a Canadian comparative case study. In TOVEY, P. et al (Eds.). *Mainstreaming of complementary and alternative medicine in social context: an international perspective*. London: Routledge, 2003.
- CANADA. Committee on the Healing Arts. *Report of the Committee on the Healing Arts*. Toronto: Queen's Printer, 1970.
- CANADA. Government of Canada. *Canada's health care system*. Available at: <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>>.
- CANADA, Royal Commission on Aboriginal Peoples. Volume 3: gathering strength. In CANADA, The Royal Commission on Aboriginal Peoples. *Report of the royal commission on aboriginal peoples*. 1996. Available at: <<https://www.bac-lac.gc.ca/eng/discover/aboriginal-heritage/royal-commission-aboriginal-peoples/Pages/final-report.aspx>>.
- \_\_\_\_\_. The Truth and Reconciliation Commission of Canada, *Truth and Reconciliation Commission of Canada: calls to action*. Available at: <[http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls\\_to\\_Action\\_English2.pdf](http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_English2.pdf)>.
- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. *Canada's health care providers*. Available at: <[https://secure.cihi.ca/free\\_products/hctenglish.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/hctenglish.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. *Seniors and the health care system: what is the impact of multiple chronic conditions?* 2011. Available at: <[https://secure.cihi.ca/free\\_products/air-chronic\\_disease\\_aib\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_en.pdf)>.
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. *Becoming a physician*. Available at: <<https://www.cma.ca/En/Pages/becoming-a-physician.aspx>>.
- \_\_\_\_\_. CMA Policy. Achieving patient-centred collaborative care. 2008. Available at: <<https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/PDO8-02-e.pdf>>.
- \_\_\_\_\_. *Medical education and the CMA*. Available at: <<https://www.cma.ca/En/Pages/medical-education.aspx>>.
- CANADIAN MEDICAL PROTECTIVE ASSOCIATION. *Physicians and Nurse practitioners: working collaboratively as independent health professionals*. Jan. 2014. Available at: <<https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2014/physicians-and-nurse-practitioners-working-collaboratively-as-independent-health-professionals>>.
- \_\_\_\_\_. *Understanding how colleges handle complaints or allegations of professional misconduct*. Available at: <<https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2012/understanding-how-colleges-handle-complaints-or-allegations-of-professional-misconduct>>.

- CANADIAN MEDICAL PROTECTIVE ASSOCIATION et al. *Joint position statement*. 2003. Available at: <[https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/ps66\\_scopes\\_of\\_practice\\_june\\_2003\\_e.pdf?la=en&hash=F346C4473BoC8154811834EEB34BC551805B6154](https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/ps66_scopes_of_practice_june_2003_e.pdf?la=en&hash=F346C4473BoC8154811834EEB34BC551805B6154)>.
- CARROLL, Dena; BENOIT, Cecilia. Aboriginal midwifery in Canada: merging traditional practices and modern science. In: BOURGÉAULT, Ivy Lynn; BENOIT, Cecilia; DAVIS-FLOYD, Robbie (Eds.). *Reconceiving midwifery*. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2004. p. 274-277.
- CASEY, Liam. Serial killer guilty of professional misconduct by nursing college. *Canada's National Observer*, 25 Jul. 2017. Available at: <<https://www.nationalobserver.com/2017/07/25/news/serial-killer-guilty-professional-misconduct-nursing-college>>.
- CAULFIELD, Timothy. *Acupuncture and the placebo problem*. November 2017. Policy Options. Available at: <http://policyoptions.irpp.org/magazines/november-2017/acupuncture-and-the-placebo-problem/>.
- CHARTRAND, Larry. *Deciding medical treatment for a first nation's child: is it six nations or Ontario authority that should govern?* Paper presented at University of Toronto Health Law Seminar Series, on file with authors, 2018.
- COBURN, David. Professional autonomy and the problematic nature of self regulation: medicine, nursing and the State. *Health and Canadian Society*. v. 5, p. 25–53, 1999.
- \_\_\_\_\_. State authority, medical dominance, and trends in the regulation of the health professions: the Ontario case. *Social Science Medicine*, v. 37, n. 7, p. 841-850, Oct. 1993.
- COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO. *About the College of Nurses of Ontario*. Available at: <<http://www.cno.org/en/what-is-cno/>>.
- \_\_\_\_\_. *Evidence of practice*. Available at: <<http://www.cno.org/en/become-a-nurse/registration-requirements/evidence-of-practice/>>.
- \_\_\_\_\_. *Jurisprudence examination*. Available at: <<http://www.cno.org/en/become-a-nurse/registration-requirements/jurisprudence-examination/>>.
- \_\_\_\_\_. *Quality assurance*. Available at: <<http://www.cno.org/en/myqa/quality-assurance-page-2/>>.
- \_\_\_\_\_. *Registration examination*. Available at: <<http://www.cno.org/en/become-a-nurse/registration-requirements/registration-examination/>>.
- \_\_\_\_\_. *Registration requirements*. Available at: <<http://www.cno.org/en/become-a-nurse/new-applicants1/ontario/registration-requirements-for-rns-and-rpns/>>.
- COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA.  
*Understanding your physician's credentials*. Available at: <[https://www.cpsbc.ca/physician\\_search/credentials](https://www.cpsbc.ca/physician_search/credentials)>.
- COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. Assessments. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Member-Information/Assessments>>.



COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO - CPSO. *Registration requirements*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Applicant-Information/Registration-Requirements>>.

\_\_\_\_\_. *About the college*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/About-Us>>.

\_\_\_\_\_. *Action taken by the college to improve patient safety with respect to cosmetic procedures*. Available at: <[https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/positions/cosmetic/cosmetic-procedures-initiative\\_may11.pdf](https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/positions/cosmetic/cosmetic-procedures-initiative_may11.pdf)>.

\_\_\_\_\_. *Committees*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/About-Us/Council-Committees/Committees>>.

\_\_\_\_\_. *Delegation of controlled acts*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Delegation-of-Controlled-Acts#toc5>>.

\_\_\_\_\_. *Out-of-Hospital Premises Inspection Program (OHP/IP): Program standards (2013)*. Available at: <[http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/ohp\\_standards.pdf](http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/ohp_standards.pdf)>.

\_\_\_\_\_. *Qualifying to practice medicine in Ontario*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Applicant-Information/International-Medical-Graduates/Qualifying-to-Practice-Medicine-in-Ontario>>.

*College of Physicians and Surgeons of Ontario v. Peirovy*, 2018 ONCA 420.

COLLEGE OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE. Practitioners and acupuncturists of Ontario. *Regulations*. Available at: <<http://www.ctcmpao.on.ca/regulation/>>.

COLLINS, Kim A.; BYNARD, Roger W. *Forensic pathology of infancy and childhood* (New York: Springer, 2014).

COUGHLAN, Anne. *Regulation of health professionals in Ontario*. College of Nurses of Ontario, 2010. [power point presentation].

CRADOCK, Gerald. *Thinking Goudge: Fatal child abuse and the problem of uncertainty*. *Current Sociology*, v. 59, n. 3362, p. 363, 2011.

CRAWLEY, Mike. Ford government poised to dissolve regional health agencies, sources say. *CBC News*, 17 Jan. 2019. Available at: <<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/lhin-ontario-doug-ford-local-health-integration-networks-1.4980509>>.

CRIBB, Robert et al. *Medical disorder, part 3: regulators expect doctors to tell the truth about their past. here's what happens when they don't*. May 2018. Toronto Star. Available at: <<http://projects.thestar.com/doctor-discipline/part-3/index.html>>.

Criminal Code of Canada R S C, 1985.

CROUCH, Robert; ELLIOTT, Richard; LEMMENS, Trudo; CHARLAND, Louis. *Complementary/alternative health care and HIV/AIDS: legal, ethical & policy issues in regulation*. Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2001. Available at: <<http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/04/Complimentary+Alte+rnative+Healthcare+-+ENG.pdf>>.

- DAVIS, David A. et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*, v. 296, n. 9, p. 1094, 2006.
- DOUGLAS, Vasiliki. *Introduction to aboriginal health and health care in Canada: bridging health*. New York: Springer Publishing, 2003.
- DUBINSKI, Kate. Nursing home didn't 'paint full picture' of Wettlaufer, inquiry hears. *CBC News*, 25 July 2018. Available at: <<https://www.cbc.ca/news/canada/london/long-term-care-inquiry-elizabeth-wettlaufer-college-of-nurses-of-ontario-1.4760740>>.
- DUBINSKI, Kate. *Autopsies rare in nursing home deaths, chief pathologist tells Wettlaufer Inquiry*. July 2018. CBC News. Available at: <<https://www.cbc.ca/news/canada/london/long-term-care-inquiry-elizabeth-wettlaufer-ontario-chief-pathologist-1.4757570>>
- EGGERTSON, Laura. *Goudge: 'systemic failings' in Ontario coroner's office*. *Canadian Medical Association Journal*, v. 179, n. 10, p. 995, 2008.
- EVA, K. W.; REGEHR, G. Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. *Academic Medicine*, v. 80, n. 10, p. S46, 2005.
- Fair Access to Regulated Professions and Compulsory Trades Act*, 2006.
- FISHER, P.; WARD, A. Complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, v. 309107-111, p. 107, 1994.
- FLOOD, Colleen M.; THOMAS, Bryan; HARRISON WILSON, Leigh. Cosmetic surgery regulation and regulation enforcement in Ontario. *Queen's Law Journal*, v. 36, p. 31-70, 2010. Available at: <[https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2307196](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2307196)>.
- FONG, Lisa C. *Professional conduct blog: professional regulation and traditional aboriginal healing*. September 2015. Blog. Available at: <<http://www.ngariss.com/professional-regulation-and-traditional-aboriginal-healing/>>.
- GEBRU, Aman. *Intellectual property, traditional knowledge, and bioprospecting: searching for efficient balance of rights*, SJD Thesis, Faculty of Law, University of Toronto, 2017.
- GILMOUR, J. M.; KELNER, M.; WELLMAN, B. Opening the door to complementary and alternative medicine: self-regulation in Ontario. *Law and Policy*. v. 24, n. 2, p. 149, 2002.
- GOFFIN, Peter. 'Gap' existed between watchdog and wettlaufer care home: inquiry commissioner. *CTV News*, 25 Jul. 2018. Available at: <<https://www.ctvnews.ca/canada/gap-existed-between-watchdog-and-wettlaufer-care-home-inquiry-commissioner-1.4028006>>.
- GOUDGE, Stephen T. Commissioner, *inquiry into pediatric forensic pathology in Ontario* – report. Toronto: Ministry of the Attorney General, 2008.
- GRANT, Meghan. *Jeromie and Jennifer Clark's trial for son's death delayed as they fire lawyer*. January 2016. CBC. Available at: <<https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/jennifer-jeromie-john-clark-child-death-trail-1.3416129>>.

GRANT, Meghan. *Trial delayed for parents accused of refusing to take dying toddler to doctor*. May 2017. CBC News. Available at: <<http://www.cbc.ca/news/canada/calgary/jennifer-jeromie-clark-trial-delayed-toddler-1.4101417>>.

GRAVELAND, Bill. *Supreme Court orders new trial for Alberta parents of boy dead of meningitis*. May 2018. Global News. Available at: <<https://globalnews.ca/news/4208851/supreme-court-hearing-for-alberta-parents-convicted-in-toddlers-meningitis-death/>>.

*Hamilton Health Sciences Corp. v. D.H., P.L.J., Six Nations of the Grand River Child and Family Services Department and Brant Family and Children's Services, 2014 ONCJ 603 (CanLII)*

\_\_\_\_\_. *Endorsement, Court file nr. C287/14E*

\_\_\_\_\_. *Joint Submission of the Parties, Court file nr. C287/14E*

HAZRA, Monica et al. Complementary and alternative medicine in psychotic disorders. *Journal of Complementary and Integrative Medicine* v. 7, n. 1, p. 1239, 2010.

HEALTH FORCE ONTARIO. *Health providers: regulated health professions*. Available at: <[http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Health\\_Providers](http://www.healthforceontario.ca/en/Home/Health_Providers)>.

HEALTH Law in Canada. *McMillan LLP*, DBIC-0912, 2010. Available at: <[https://mcmillan.ca/files/Health\\_Law\\_in\\_Canada.pdf](https://mcmillan.ca/files/Health_Law_in_Canada.pdf)>.

HEALTH PROFESSIONS APPEAL AND REVIEW BOARD. *About Us*. Available at: <<http://www.hparb.on.ca/scripts/english/about.asp>>.

HEALTH PROFESSIONS REGULATORY ADVISORY COUNCIL. *Key legislation: regulation of health professions*. Available at: <<https://www.hprac.org/en/keylegislation/keylegislation.asp>>.

\_\_\_\_\_. *Mandate: about the Health Professions Regulatory Advisory Council (HPRAC)*. Available at: <<https://www.hprac.org/en/about/mandate.asp>>.

\_\_\_\_\_. *Paramedicine in Ontario: Consideration of the Application for the Regulation of Paramedics under the Regulated Health Professions Act, 1991*. Dec. 2013. Chair: Thomas Corcoran.

IACOBUCCI, Frank; HAMILTON, Graeme. *The Goudge inquiry and the role of medical expert witnesses*. *Canadian Medical Association J*, v. 182, n. 1, p. 53, 2010.

IJAZ, Nadine et al. Supportive but 'worried': perceptions of naturopaths, homeopaths and Chinese medicine practitioners through a regulatory transition in Ontario, Canada. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. v. 15, n. 1, p. 312, 2015.

JACKLIN, K., WARRY, W. Decolonizing First Nations health. In KULIG, Judith C., WILLIAMS, Allison M. (Eds.). *Health in Rural Canada*. Vancouver: UBC Press, 2012, ch. 20.

JO, Min et al. Alternative medicine should be more tightly regulated. International Centre for Health Innovation. Available at: <<https://www.ivey.uwo.ca/cmsmedia/3490163/alternative-medicine-thought-piece.pdf>>.

- KELNER, Merrijoy et al. Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario. *Social Science & Medicine*, v. 59, n. 5, p. 925-930, Sept. 2004. 10.1016/j.socscimed.2003.12.017.
- \_\_\_\_\_. et al. The role of the state in the social inclusion of complementary and alternative medical occupations. *Complementary Therapies in Medicine*, v. 12, n. 2-3, p. 79, 2004.
- KRUGEL, Lauren. *Calgary woman found guilty in son's strep death sentenced to three years*. November 2017. The Globe and Mail. Available at: <<https://www.theglobeandmail.com/news/alberta/calgary-woman-found-guilty-in-sons-strep-death-sentenced-to-three-years/article37017782/>>.
- \_\_\_\_\_. *Jury finds Calgary couple guilty in 2013 death of toddler son*. October 2018. CTV News. Available at: <<https://www.ctvnews.ca/canada/jury-finds-calgary-couple-guilty-in-2013-death-of-toddler-son-1.4140865>>.
- LAVALLEE, Lynn; POOLE, Jennifer. Beyond recovery: colonization, health and healing for indigenous people in Canada. *International Journal of Mental Health & Addiction* v. 8, n. 2, 271, 2010.
- LETENDRE, A. D. Aboriginal traditional medicine: where does it fit? *Crossing Boundaries: An Interdisciplinary Journal*, v. 1, n. 2, p. 79, 2002.
- LORETO, Nora. Vulnerable patients were easy prey for Ontario serial killer. *Canada's National Observer*, 4 Jul. 2018. Available at: <<https://www.nationalobserver.com/2018/07/04/opinion/vulnerable-patients-were-easy-prey-ontario-serial-killer>>.
- MCKENNA, Kate. Probation lifted at McGill's med school, but accreditation body slams program's diversity. *CBC News*, June 16, 2017. Available at: <<https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/mcgill-medical-school-probation-lifted-1.4163794>>.
- Medicine Act*, 1991, S.O. 1991.
- MENDLESON, Rachel et al. *Medical disorder, part 2: Canada's medical watchdogs know more about bad doctors than they are telling you*. May 2018. Toronto Star. Available at: <<http://projects.thestar.com/doctor-discipline/part-2/>>.
- METCALFE, Amy et al. Use of complementary and alternative medicine by those with a chronic disease and the general population - results of a national population based survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, v. 10, n. 58, 2010.
- Ministry of Health and Long-Term Care Act*, R.S.O. 1990.
- MOAT, Kaelan A.; CIUREA, Ileana; WADDELL, Kerry et al. *Citizen brief: planning for the future health workforce of Ontario*. McMaster Health Forum, 2016.
- MUNDEL, Erika; CHAPMAN, Gwen E. A decolonizing approach to health promotion in Canada: the case of the urban aboriginal community kitchen garden project. *Health Promotion International*, v. 25, n. 2, p. 166, 2010.

- MURDOCH, B.; CARR, S.; CAULFIELD, T. Selling falsehoods? A cross-sectional study of Canadian naturopathy, homeopathy, chiropractic and acupuncture clinic website claims relating to allergy and asthma. *BMJ Open* v. 6, n. 12, p. e014028, 2016.
- NATIONAL INDIAN AND INUIT COMMUNITY HEALTH REPRESENTATIVES ORGANIZATION, *Coping with HIV/AIDS in aboriginal communities: a 1998 resource manual*. NICCHRO, 1998.
- NELSON, S. et al. *Optimizing scopes of practice: new models for a new health care system*. Ottawa: Canadian Academy of Health Sciences, 2014. Available at: <[https://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2014/08/Optimizing-Scopes-of-Practice\\_REPORT-English.pdf](https://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2014/08/Optimizing-Scopes-of-Practice_REPORT-English.pdf)>.
- NOSMITH, L. et al. *Transforming care for Canadians with chronic health conditions: put people first, expect the best, manage for results*. Ottawa: Canadian Academy of Health Sciences, 2010.
- OBOMSAWIN, Raymond. *Traditional Medicine for Canada's First Peoples*. March 2007. Available at: <<https://pdfs.semanticscholar.org/e443/7025656241cc18327a8a9ba5945bf261006f.pdf>>.
- ONTARIO BAR ASSOCIATION. The regulation of health professionals and professional discipline. Apr 2018. Available at: <<https://www.oba.org/Sections/Health-Law/Resources/Resources/The-Regulation-of-Health-Professionals-and-Profess>>.
- ONTARIO COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS. *Implementation strategies: 'collaboration in primary care – family doctors & nurse practitioners delivering shared care*. (2000). Available at: <<https://ocfp.on.ca/docs/public-policy-documents/implementation-strategies-collaboration-in-primary-care---family-doctors-nurse-practitioners-delivering-shared-care.pdf?sfvrsn=3>>.
- ONTARIO OSTEOPATHIC ASSOCIATION. *Understanding the process in becoming a regulated health profession in Ontario*. Available at: <<http://www.ontarioosteopathy.com/wp-content/uploads/2018/02/How-Health-Professions-Become-Regulated.pdf>>.
- ONTARIO. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Action taken by the college to improve patient safety with respect to cosmetic procedures*. Available at: <[https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/positions/cosmetic/cosmetic-procedures-initiative\\_may11.pdf](https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/positions/cosmetic/cosmetic-procedures-initiative_may11.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Find a doctor*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Public-Information-Services/Find-a-Doctor>>.
- \_\_\_\_\_. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Get the facts: what you should know about cosmetic surgery*. Available at: <<https://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Positions-Initiatives/Cosmetic-Procedures-Improving-Patient-Safety/Get-the-Facts-What-you-should-know-about-Cosmetic>>.
- \_\_\_\_\_. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Out-of-hospital premises inspection program (OHPIP): program standards*. 2013. Available at: <[http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/ohp\\_standards.pdf](http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/ohp_standards.pdf)>.

- ONTARIO. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *What's public (and what's not) about doctors*. Available at: <[https://www.cpso.on.ca/Public-Information-Services/Find-a-Doctor/What%E2%80%99s-Public-\(and-What%E2%80%99s-Not\)-About-Doctors](https://www.cpso.on.ca/Public-Information-Services/Find-a-Doctor/What%E2%80%99s-Public-(and-What%E2%80%99s-Not)-About-Doctors)>.
- \_\_\_\_\_. Health Professions Legislation Review. *Striking a new balance: a blueprint for the regulation of Ontario's health professions*. Toronto: The Review, 1989.
- \_\_\_\_\_. Health workforce planning and regulatory affairs division. *Regulated Health Professions Act, 1991*. Ministry of Health and Long-Term Care (Queen's Printer for Ontario, 2016).
- \_\_\_\_\_. Local Health Integration Network. *About Toronto Central LHIN*. Available at: <<http://www.torontocentrallhin.on.ca/aboutus.aspx>>.
- \_\_\_\_\_. Local Health Integration Network. *Ontario's LHINs* (queen's printer for Ontario, 2014). Available at: <<http://www.lhins.on.ca>>.
- \_\_\_\_\_. Ministry of Health and Long-Term Care. *Legislation*. Available at: <<http://www.health.gov.on.ca/en/common/legislation/default.aspx>>.
- \_\_\_\_\_. Ministry of Health and Long-Term Care. *Health Workforce Planning and Regulatory Affairs Division*. Available at: <<http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsd/>>.
- \_\_\_\_\_. Ministry of Health and Long-Term Care. *Health Workforce Planning and Regulatory Affairs Division: International Medical Graduates (IMG)*. Available at: <[http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsd/physicians/international\\_medical\\_graduates.aspx](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsd/physicians/international_medical_graduates.aspx)>.
- \_\_\_\_\_. Ministry of Health and Long-term Care. *Regulated health professions*. Available at: <[http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsd/about/regulated\\_professions.aspx#kinesiology](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hhrsd/about/regulated_professions.aspx#kinesiology)>.
- \_\_\_\_\_. The Protecting Patients Act, 2017 (30 May 2017). *Newsroom*, 30 May. 2017. Available at: <<https://news.ontario.ca/mohlhc/en/2017/05/the-protecting-patients-act-2017.html>>.
- O'REILLY, Patricia. *Health care practitioners: an Ontario case study in policy making*. Toronto: University of Toronto Press, 2000.
- PERITZ, Ingrid. McGill University takes a hit to prestige as Medical School put on probation. *Globe & Mail*, 17 June 2015. Available at: <<https://www.theglobeandmail.com/news/national/education/mcgill-universitys-medical-school-put-on-probation-following-investigation/article25012146/>>.
- PERSONAL communication Bonni Ellis, Partner, Lerner LLP. Oct. 2018.
- PICARD, André. Homeopathy leaves us deluded by diluted remedies. April 2018. *Globe and Mail*. Available at <<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-homeopathy-leaves-us-deluded-by-diluted-remedies/>>.

- RANDALL, Glen E.; EMBRETT, Mark G.; BARR, Neil G.; VANIA, Diana K. Regulating traditional chinese medicine practitioners and acupuncturists in Ontario, Canada. *Health Reform Observer*, v. 3, n. 2, p. 1-9, 2015. Available at: <<https://mulpress.mcmaster.ca/hro-ors/article/view/2441>>. <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v3i2.2441>.
- REGULATED Health Professions in Ontario. *Working Centre*. Available at: <<https://www.theworkingcentre.org/regulated-health-careers/1404-regulated-health-professions-ontario>>.
- ROYAL COLLEGE OF DENTAL SURGEONS OF ONTARIO. Registration information - general certificate (licence). Available at: <[http://www.rcdso.org/Assets/DOCUMENTS/Registration/Information\\_Sheets/RCDSO\\_General\\_Info\\_Sheet.pdf](http://www.rcdso.org/Assets/DOCUMENTS/Registration/Information_Sheets/RCDSO_General_Info_Sheet.pdf)>.
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA. *Credentials and exams – eligibility*. Available at: <<http://www.royalcollege.ca/rcsite/credentials-exams/exam-eligibility-e>>.
- \_\_\_\_\_. *Specialty training requirements in dermatology: minimum training requirements*. 2012. Available at: <<http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/y2vk/mdaw/~edisp/tztest3rcpsced000614.pdf>>.
- SCHULTZE, Robert. What does it mean to be a self-governing regulated profession? *Journal of Property Tax Assessment & Administration*, v. 4, n. 3, p. 41-53, 2007. Available at: <[https://professional.sauder.ubc.ca/re\\_creditprogram/course\\_resources/courses/content/112/self-governing\\_regulated\\_profession.pdf](https://professional.sauder.ubc.ca/re_creditprogram/course_resources/courses/content/112/self-governing_regulated_profession.pdf)>.
- SHER, Jonathan. *Nursing homes failed to report Wettlaufer's alleged abuse and addictions, Regulator says*. July 2018. The London Free Press. Available at: <<https://lfpres.com/news/local-news/0726-inquiry>>.
- SHERWOOD, J.; EDWARDS, T. Decolonisation: a critical step for improving aboriginal health. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, v. 22, p. 178, 2006.
- SIBLEY, J. C. et al. A randomized trial of continuing medical education. *New England Journal of Medicine*, v. 306, p. 511, 1982.
- SMART, Amy. *Health Canada investigating after Victoria naturopath treats boy with rabid-dog saliva*. April 2018. Globe and Mail. Available at: <<https://www.theglobeandmail.com/canada/british-columbia/article-victoria-naturopath-criticized-for-treating-boy-with-rabid-dog-saliva/>>.
- TANNENBAUM, Cara; TSUYUKI, Ross T. The expanding scope of pharmacists' practice: implications for physicians. *CMAJ*, v. 185, n. 14, p. 1228–1232, Oct. 2013. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121990>.
- Thomas v. Norris*, [1992] 2 C.N.L.R. 139 (B.C.S.C.).
- TREBILCOCK, Michael J.; GHIMIRE, Kanksha M. *Regulating alternative medicines: disorder in the borderlands*. (2019) C D Howe Institute Commentary No. 541. Available at: <<https://www.cdhowe.org/print/7325>>.

- TRUTH AND RECONCILIATION COMMISSION OF CANADA - TRC. *Findings*: TRC Final Report. Available at: <<http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/index.php?p=890>>.
- \_\_\_\_\_. *Truth and Reconciliation Commission of Canada: calls to action*. Available at: <[http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls\\_to\\_Action\\_English2.pdf](http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_English2.pdf)>.
- UBELAKER, Douglas H. (Ed.). *The global practice of forensic science*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2015.
- WALDRAM, James B.; HERRING, D. Ann; YOUNG, T Kue. *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*. 2 ed. Toronto: University of Toronto Press, 2006.
- WARD, Mylène et al. Measuring self-assessment: current state of the art. *Advances in Health Sciences Education*, v. 7, n. 1, p. 63, 2002
- WATTS, Michael. Health law in Canada. *Osler*, 2014. Available at: <<https://www.osler.com/en/resources/cross-border/2014/health-law-in-canada>>.
- WEEKS, C. Are we being served by the regulation of naturopaths? not if patients are still being misled. *The Globe and Mail*, 28 Apr. 2016. Available at: <<http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/canadian-naturopaths-need-to-follow-the-rules-if-they-wantregulation/article29785140/>>.
- WELSH, S. et al. Moving forward? Complementary and alternative practitioners seeking self-regulation. *Sociology of Health & Illness*, v. 26, n. 2, p. 216, 2004.
- WIESE, M.; OSTER, C. 'Becoming accepted': the complementary and alternative medicine practitioners' response to the uptake and practice of traditional medicine therapies by the mainstream health sector. *Health*, v. 14, p. 415, 2010.
- WILSON, Kumanan; MILLS, Edward. Introducing evidence-based complementary and alternative medicine: answering the challenge. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, v. 8, n. 2, p. 103, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Traditional, Complementary and Integrative Medicine*. Geneva: WHO, 2017. Available at: <<http://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>>.
- \_\_\_\_\_. *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.
- ZELISKO, Debra et al. Ensuring accountability through health professional regulatory bodies: the case of conflict of interest. *Healthcare Policy*, n. 10, spec. issue, p. 110-120, Sept. 2014.
- ZLOMISLIC, Diana et al. *Medical disorder, part 1: bad doctors who cross the border can hide their dirty secrets. we dug them up*. May 2018. Toronto Star. Available at: <<http://projects.thestar.com/doctor-discipline/>>.



# **Regulação e trânsito de profissões de saúde na União Europeia**

Regulation and transit of health workforce in the European Union

---

Matheus Falcão<sup>1</sup>

Fernando Aith<sup>1</sup>

## Introdução

A União Europeia é dos blocos geoeconômicos com maior nível de integração entre seus Estados-Membros, tendo já ultrapassado a fase de união aduaneira e permitindo a livre circulação de pessoas. Dentro desse arranjo regulatório, a circulação de profissionais é um tema sensível, com aspectos econômicos relevantes, já que força de trabalho representa um componente essencial na sustentabilidade econômica dos países. Além disso, o desafio de permitir a um profissional que exerça sua atividade em outro país envolve a compatibilização do que se entende como escopo de prática e conjunto de competências daquela profissão em sistemas normativos diferentes, o que torna ainda mais complexa a criação de um mercado comum nesse aspecto.

Um dos setores que apresenta particular relevância nesses termos é o de saúde. Os recursos humanos são uma parte essencial dos sistemas de saúde nacionais, incluindo tanto os serviços públicos quanto os serviços privados, e certamente um de seus principais gastos. Além disso, as profissões de saúde, devido ao risco envolvido em sua prática, integram o conjunto das chamadas profissões reguladas, isto é, aquelas profissões com tratamento jurídico diverso, geralmente por via de norma específica, que delimitam os seus requisitos formativos e sua prática. Além de, em geral, estabelecerem um órgão regulador. Assim, o arranjo jurídico que permite a livre circulação de profissionais de saúde torna-se ainda mais complexo.

Essa hipótese foi claramente verificada no processo de integração europeu. As profissões de saúde, junto com a profissão de arquitetura, foram as primeiras a ganharem regulação específica visando à livre circulação de profissionais inicialmente por via de resoluções específicas do Parlamento Europeu para cada profissão. A profissão médica, por exemplo, foi objeto da Diretiva n. 16 do Conselho Econômico Europeu, de 5 de abril de 1993. Desde 2006, tais profissões têm tratamento jurídico uniforme por meio de uma única resolução, que regula a circulação de profissionais de medicina, enfermagem, odontologia, obstetrícia, farmácia e medicina veterinária. Este capítulo tem por objetivo apresentar a regulação circulação de profissões de saúde na União Europeia, a partir do conceito de profissão regulada e apontar alguns pontos de reflexão.

## 2 A União Europeia

A União Europeia é formada por 28 Estados-Membros e tem uma população estimada de 510 milhões de pessoas. Sua origem constitutiva é o Tratado da União Europeia, mais conhecido como Tratado de Maastricht<sup>1</sup>, de 1992, que cria

---

<sup>1</sup>EUR-LEX. *Tratado da União Europeia – Índice*. Disponível em: < <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:11992M/TXT>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

a Comunidade Europeia, contudo sua história remonta a Comunidade Europeia do Carvão e do Aço e a Comunidade Econômica Europeia. A primeira, formada por Bélgica, França, Itália, Luxemburgo, a então República Federal da Alemanha e Países Baixos foi criada em 1951 pelo Tratado de Paris<sup>2</sup> com objetivo de centralizar a regulação da produção industrial de base desses países; a segunda, em 1958 pelo Tratado de Roma, sendo a entidade que efetivamente se transformaria na União Europeia. Em 2007, foi assinado o Tratado de Lisboa<sup>3</sup>, que define a Carta de Direitos Fundamentais e estabelece novos marcos administrativos para o bloco, sendo essa a última grande mudança constitucional do bloco.

Existem outros tratados com importância histórica para a constituição da União Europeia, mas com relevância menor quanto ao tema tratado, merece atenção, entretanto, o Tratado de Schengen, firmado em 1985, que estabelece a livre circulação de pessoas entre os países signatários e uma política de controle de fronteiras comum. Ainda que inicialmente tenha estado formalmente fora do direito da União Europeia, foi substituído em 1996 pela Convenção de Schengen<sup>4</sup>, essa formalmente incorporada ao direito europeu, enquanto direito objetivo do bloco e, portanto, passível de alteração apenas com o atendimento do processo legislativo regional.

A União Europeia conta com três instituições legislativas principais, estabelecidas no Tratado de Lisboa: a Comissão Europeia, o Conselho Europeu e o Parlamento Europeu. O Parlamento é a autoridade máxima, sendo formado a partir de sufrágio popular, representando, portanto, a população europeia, sendo um dos parlamentos com maior poder do mundo, considerando o poder cedido a ele pelos Estados-Membros. O Conselho Europeu é composto pelos chefes de estados dos Estados-Membros e concentra a maior parte da produção legislativa do bloco. A Comissão Europeia possui sobretudo caráter executivo, no entanto, é a única dotada de competência de iniciativa legislativa, que o faz inclusive por solicitação das outras duas instâncias<sup>5</sup>.

### 3 As profissões reguladas

O termo regulação tem diversas acepções no direito administrativo e está relacionado à intervenção do Estado, por via de instrumentos de direito público e

---

<sup>2</sup>EUROPEAN UNION. *Paris Treaty*. Disponível em: <[https://www.cvce.eu/content/publication/1997/10/13/11a21305-941e-49d7-a171-ed5be548cd58/publishable\\_en.pdf](https://www.cvce.eu/content/publication/1997/10/13/11a21305-941e-49d7-a171-ed5be548cd58/publishable_en.pdf)>. Acesso em: 25 de jun. 2018.

<sup>3</sup>EUROPEAN UNION. *Lisbon Treaty*; Disponível em <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:l2007L/TXT>>. Acesso em: 25 de jun. 2018.

<sup>4</sup>EUROPEAN UNION. *Schengen Agreement*. Disponível em: <<https://www.britannica.com/topic/Schengen-Agreement>>. Acesso em: 25 de jun. 2018.

<sup>5</sup>CASELLA, Paulo Borba. *Comunidade europeia e seu ordenamento jurídico*. São Paulo: Ltr. 4 ed. p. 53.

fundamentado em lei, em alguma atividade do domínio socioeconômico. Uma primeira ideia de regulação está associada à intervenção pública não na atividade em si, mas na definição dos contornos para seu exercício. Desse modo, uma agência reguladora responsável por determinada atividade econômica, por exemplo, não presta qualquer tipo de serviço no âmbito que regula, mas sim, define seus parâmetros, exercendo a fiscalização e eventualmente aplicando sanções com vistas ao desenvolvimento ótimo daquela atividade.

Por desenvolvimento ótimo, compreende-se a otimização de determinado sistema para que funcione em sua máxima eficiência. A atividade reguladora toma assim o setor regulado como um sistema, isto é, conjunto de elementos autônomos que atuam dentro de determinado espaço influenciando um ao outro e tenta corrigir falhas naturais buscando o melhor cumprimento de seu fim. Desse modo, o setor de medicamentos, por exemplo, tem por objetivo entregar aos usuários dos sistemas de saúde medicamentos seguros, eficazes e a preços razoáveis. Cabe ao Estado, em sua função reguladora, por exemplo, definir preços, mitigar a assimetria de informações e definir parâmetros para desenvolvimento de novas drogas respeitando preceitos éticos.

A segunda ideia associada ao conceito de regulação que merece menção é a de risco. Convém-se, especialmente na doutrina anglo-saxã, associar a existência de regulação ao risco intrínseco ao livre exercício de determinada atividade, daí o papel do Estado em assegurar o cumprimento de padrões mínimos de segurança, em prol do melhor interesse da sociedade. A regulação nessa concepção seria assim excepcional e abrangeria aquelas atividades cuja liberdade dos agentes privados apresenta possibilidade significativa de incorrer em falhas e situações de insegurança para a sociedade. Seriam então passíveis de regulação sobretudo setores de alta complexidade, por exemplo, a saúde.

O arranjo institucional que concretiza a regulação pode se apresentar de diversas formas, podendo ser exercido diretamente pelo Poder Executivo, que apenas define regras dentro de seu poder regulamentador, por um organismo público, mas dotado de autonomia frente ao poder central, especialmente com vistas a garantir que a atividade regulatória esteja imune a interferências do domínio político central ou mesmo por uma entidade de auto regulação, em que os agentes do próprio setor regulado definem os parâmetros para o exercício da atividade. A auto regulação pode ser exercida tanto por via de organismos privados, com nenhuma ou quase nenhuma interferência do Estado, que se abstém de regular aquela atividade ou por via de entidades públicas, que tem sua governança centrada no setor regulado.

O exercício profissional é considerado livre em diversos sistemas constitucionais, sendo incluído no rol dos Direitos Fundamentais. A Constituição Federal

brasileira de 1988<sup>6</sup>, em seu art. 5º, XIII, prevê que o exercício de qualquer trabalho ou profissão é livre, observando-se as qualificações profissionais que a lei estabelece. A Constituição Francesa de 1946<sup>7</sup>, cujo preâmbulo integra sua constituição em vigor, define nesse parágrafo que todo cidadão tem dever de trabalhar e direito ao emprego. No mesmo sentido, o Tratado de Maastricht reconheceu que qualquer cidadão europeu tem direito de prestar serviço dentro do bloco, caracterizando a atividade como direito fundamental em seu art. 4º, n. 2, alínea “a”. Ainda assim, o exercício profissional pode e é frequentemente regulado nas jurisdições democráticas.

Ainda tomando por base os exemplos citados, a constituição brasileira estabelece que o exercício profissional deve condizer com os termos da lei no próprio dispositivo que fundamenta o direito subjetivo. A constituição francesa, em seu art. 34, por exemplo, define como competência do Parlamento a criação de lei que disponha sobre direito do trabalho. Na prática, essa limitação se dá pela criação de entidades reguladoras do exercício profissional, que geralmente se apresentam sob a forma de ordens ou conselhos profissionais e detêm poder derivado de lei. No caso francês, por exemplo, por via do código sanitário<sup>8</sup>.

O fundamento político que transforma uma profissão qualquer em profissão regulada geralmente está associado a um dos pressupostos da regulação já apresentados. No caso da saúde, pode-se pensar tanto no risco inerente ao exercício, que muitas vezes envolve questões éticas que demandam regulação específica via um código de conduta ou mesmo em elementos econômicos que impeçam a realização ótima da prestação do serviço, por exemplo, a extrema assimetria de informações presente na relação médico paciente, que também se faz presente no exercício de outras profissões de saúde.

Dessa forma, o Estado passa a regular dois elementos essenciais com vistas a garantir a qualidade da força de trabalho em saúde sobre sua tutela: formação e exercício. A regulação da formação deriva da importância de se garantir as competências formativas do profissional de saúde requeridas para o exercício de suas atribuições enquanto a regulação do exercício associa-se a manutenção do bom exercício de tais atribuições de acordo com parâmetros de ética profissional.

<sup>6</sup>BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm)>. Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>7</sup>FRANÇA. *Constitution de 1946, IVe République*. Disponível em: <<https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-de-1946-ive-republique>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

<sup>8</sup>BRISSY, S. A regulação das profissões de saúde na França. *Revista de Direito Sanitário*, v. 19, n. 2, p. 156-197, 11 dez. 2018. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/152584>>. Acesso em: 09 fev. 2020. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i2p156-197>. p. 180.

A primeira incide sobre o profissional em treinamento e sobre entidades educacionais, envolvendo procedimentos de credenciamentos unidades de ensino, reconhecimento de diplomas nacionais, revalidação de diplomas estrangeiros e definição de currículos e padrões de qualidade, definição e reconhecimento de especialidades etc. Já a segunda incide mormente sobre o profissional eventualmente sobre estabelecimentos de saúde, incluindo aprovação do código de ética profissional, registro e outras normas que orientem a atitude do profissional em seu cotidiano.

Como qualquer atividade regulada, uma profissão pode o ser por diferentes vias, inclusive com instrumentos de auto regulação, por exemplo, no caso da regulação de especialidades médicas no Brasil, competência legal do Conselho Federal de Medicina, que é delegada por via de instrumento de convênio à Associação Médica Brasileira e a sociedades científicas. O modelo francês, contudo, ilustra bem os dois focos de poder geralmente presentes na regulação de profissões de saúde.

A França aprovou seu Código Saúde Pública<sup>9</sup> em nele reconhece sete profissões de saúde criando uma ordem profissional correspondente. Como toda entidade reguladora, a ordem não deve defender os interesses da profissão regulada, mas sim pautar sua ação pelo interesse público. Sua característica principal, no entanto, é possuir um mecanismo de governança auto regulatório, em que os próprios profissionais de saúde, por via de eleição entre pares, exercem a autoridade reguladora. São as ordens profissionais o primeiro foco de poder. Por outro lado, o Poder Executivo francês assume funções essenciais definindo, por via de decreto presidencial pontos específicos, mas fundamentais da regulação, tal como a definição do escopo de prática de cada profissão de saúde, sendo assim o outro foco de poder.

Essa distinção é extremamente importante para a compreensão da regulação de profissões de saúde em diferentes contextos nacionais. A regulação de profissões por auto regulação é uma prática comum e remonta inclusive as cidades medievais, em que corporações de ofício restringiam o exercício profissional em favor de deter a exclusividade daquele mercado. Tal tipo de regulação corporativista seria afrontoso ao mandato legal das ordens profissionais, que devem exercer a atividade regulatória em prol do interesse público. A despeito disso, é comum que o histórico institucional das ordens profissionais tenha origem em organizações corporativas, como associações profissionais. Uma questão fundamental quanto aos modelos regulatórios a harmonização dos dois focos, evitando conflitos que entrem a regulação.

---

<sup>9</sup>FRANÇA. LEGIFRANCE. *Code de la santé publique*. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

Um exemplo concreto de conflito desse gênero pode ser encontrado no ordenamento brasileiro no que tange à aplicação da Lei n. 12.871/2013<sup>10</sup>, que cria o chamado Programa Mais Médicos para o Brasil, inicialmente apresentado por via de medida provisória e em seguida aprovado pelo Congresso Nacional. Seu objetivo, conforme a carta de apresentação era aumentar o número de médicos na atenção primárias do sistema único de saúde e em áreas afastadas e carentes, constituindo-se assim como um claro exemplo de política pública. Um dos instrumentos do programa é o chamado Projeto Mais Médicos para o Brasil que estabelece a possibilidade de cooperação entre o governo brasileiro a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para o intercâmbio de médicos estrangeiros para o Brasil com atuação nas áreas requisitadas.

Esta medida foi duramente criticada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que inclusive ingressou com ação direta de inconstitucionalidade contra lei alegando, dentre outros pontos, o desrespeito ao procedimento de revalidação de diplomas estrangeiros pelos profissionais de fora do país que aderiram ao programa. Tal procedimento, conforme já mencionado, é típica matéria regulada neste âmbito e no Brasil era exercida com exclusividade pelo CFM. A negativa do conselho em reconhecer os títulos estrangeiros ensejou a criação de um novo dispositivo legal para o mesmo fim, que atribui tal competência, nesse caso específico, ao Ministério da Saúde. Ainda que esse caso não seja o objeto de estudo do presente capítulo, merece atenção como ilustração de potencial conflito na área de profissões de saúde reguladas.

#### **4 Regulação da livre circulação de profissionais de saúde na União Europeia**

O Tratado de Lisboa é uma das normas internacionais mais avançadas em termos de integração regional, contendo elementos tipicamente de Direito Constitucional especialmente na área de direitos fundamentais. Conforme visto, o documento cria a ideia de cidadania europeia e associa a ela diversos desses direitos. Nesse quadro, inclui-se a liberdade de prestar serviços livremente. O Tratado de Lisboa constitui-se como dispositivo legal de mais alta hierarquia no que toca à mobilidade, permitindo aos profissionais de saúde europeus livre circulação para prestar serviço em outro estado-membro. Essa possibilidade está inscrita na proposição de não discriminação por nacionalidade inerente à ideia de cidadania europeia e deve ser entendida como desdobramento do direito fundamental.

---

<sup>10</sup>BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n° 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n° 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm)>. Acesso em: 09 fev. 2020.

Ainda assim, há uma distinção importante a ser feita no que toca à prestação de serviços em outro país. Esse termo compreende tanto prestação temporária quanto estabelecimento definitivo em outro país. A prestação de serviços temporária é caracterizada como direito fundamental dentro do conceito de cidadania europeia previsto no Tratado de Lisboa, de forma que não pode ser obstaculizada por qualquer estado membro. O sistema funciona sob o modelo de checagem prévia e demanda apenas uma declaração antecipada informando a intenção de prestar o serviço no país de destino. Para a profissão médica há a checagem da qualificação profissional antes do primeiro período de prestação de serviços no país. A definição de serviço temporário, entretanto, pode ser um desafio, tendo de ser analisada a partir de um caso concreto, já que a diferenciação do estabelecimento definitivo é essencial para o procedimento.

Já o estabelecimento definitivo é regulado no bloco europeu pela Diretiva n. 36 de 2006, aprovada pelo Conselho Europeu, também conhecida como Diretiva de Qualificação Profissional. Tal diretiva é a consolidação de quinze outras normas regulatórias específicas estabelecidas ao longo dos anos, cada qual para uma profissão específica e além de se propor a racionalizar e dar coerência ao sistema com a unificação de diferentes diplomas, introduziu o reconhecimento automático das profissões de que trata entre os estados membros. A Diretiva foi emendada em 2013 por uma outra, a Diretiva n. 55<sup>11</sup>, que contou também com aprovação do Parlamento Europeu, modernizando o sistema de reconhecimento mútuo ao introduzir o cartão comum europeu.

A diretiva europeia cobre aproximadamente 800 profissões regulamentadas, incluindo especialidades de uma mesma profissão. Dessas, aproximadamente 43% são profissões de saúde. Estão contidas em seu escopo dois mecanismos para reconhecimento de diplomas universitários europeus entre Estados-Membros, o sistema geral e o sistema de reconhecimento automático. O sistema de reconhecimento automático é mais rápido e funciona apenas para nove profissões e suas especialidades, sendo oito profissões de saúde e arquitetura.

O estabelecimento definitivo apresenta requerimentos mais específicos e envolve a aplicação para licença de exercício profissional e acordo com os requerimentos nacionais do país em que o profissional deseja se estabelecer e para o sistema de reconhecimento mútuo de diploma. O mecanismo de reconhecimento automático definido pela Diretiva envolve apenas avaliação formal do diploma e não aspectos qualitativos da educação recebida pelo profissional.

---

<sup>11</sup> EUR-LEX. *Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System (the IMI Regulation)*. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2013/55/oj>>. Acesso em: 09 fev. 2020.



Para que um diploma seja reconhecido por esse sistema deve apenas suprir o requisito do art. 24, qual seja o de certificar que o profissional possui treinamento básico. O mesmo vale para reconhecimento de especialidades, conforme definido no art. 25.

Por treinamento médico básico, o art. 24 estabelece que o profissional tenha ao menos cinco anos de estudos a nível de graduação, consistindo em ao menos 5.500 horas de treinamento teórico e prático pela universidade e garante que o profissional possua adequado conhecimento científico, suficiente compreensão da estrutura, das funções e do comportamento de pessoas doentes e saudáveis, adequado conhecimento das disciplinas clínicas e práticas, experiência supervisionada comprovada em hospital de ensino. O reconhecimento de diplomas na Comunidade Europeia pode ainda ser feito por outro procedimento, o chamado Processo de Bolonha, que é válido para reconhecimento de diplomas universitários em geral quando não há regra específica, convém notar, contudo, que o modelo estabelecido na diretiva é mais simples.

No caso de reconhecimento de especialidades, além da comprovação do treinamento básico, cabe ao profissional comprovar treinamento teórico e prático em instituição universitária, tempo de estudo de acordo com o estabelecido para cada especialidade no Anexo V da Diretiva, título de especialista concedido pela autoridade competente no país de origem e treinamento em instituição certificada no país de origem. A diretiva traz uma lista de especialidades em seu Anexo I, entretanto é possível que uma especialidade diferente seja reconhecida.

A última característica do mecanismo de reconhecimento automático é que cada Estado de origem tem uma data de referência para o reconhecimento de um diploma emitido em seu território relacionada com a sua entrada na União Europeia. Dessa forma, para usufruir desse sistema plenamente, o profissional deve ter seu diploma emitido após a data de referência de seu país.

Assim se determinado médico, por exemplo, de um estado-membro europeu deseja se estabelecer em outro deve solicitar o reconhecimento de seus diplomas de médico e de especialista no país de destino, bem como a licença para exercício. A autoridade competente deverá verificar a validade formal do diploma, se o treinamento da especialidade se iniciou após a data de referência do país de origem e se a especialidade está listada no Anexo I da resolução. Concluída a verificação e com todos os requisitos cumpridos, o profissional deve receber a notificação de que sua licença está disponível no período máximo de três meses.

No caso de o início do curso de especialidade ser anterior à data de referência, caberá a autoridade competente verificar se o percurso formativo do profissional é conforme aos requisitos presente nos arts. 24 e 25, inclusive por via de solicitação de informações ao governo do país de origem e à instituição formativa.

O direito europeu entender essa situação com um caso de direito adquirido *a posteriori*. O mesmo ocorre quando o profissional iniciou seus estudos quando seu país de origem compunha um outro Estado, por exemplo, União Soviética ou Iugoslávia. Nesse caso, cabe ao país de origem atestar a validade do diploma e o registro profissional segundo suas regras vigentes. Uma última situação diversa seria quando a especialidade não está listada na diretiva. Nesse caso, cabe ao Estado de origem atestar a conformidade com os requisitos do art. 25 e ao país de destino conceder o título no que mais se adaptar a sua legislação. Tais hipóteses estão todas previstas no art. 23.

Todas essas situações permitem ao profissional de saúde migrante se valer do mecanismo do reconhecimento mútuo de diplomas, contudo quando não são verificadas nenhuma das hipóteses apresentadas, o profissional deve revalidar seu diploma a partir do sistema geral de reconhecimento, definido entre os arts. 10 e 14 da Diretiva. Tal sistema basicamente funciona com base na análise de equivalência da formação do demandante, isto é, há a valoração objetiva de sua formação, diferenciando essencial esse mecanismo.

Para além dos requisitos formativos presentes nos dois mecanismos para estabelecimento definitivo em outro estado-membro, a diretiva, em seu art. 50, apresenta uma série de requisitos complementares para habilitação do profissional, quais sejam prova de nacionalidade de algum dos estados membros do bloco, prova de boa reputação e, caso seja exigido dentro do país de destino, atestado comprovando inexistência de condenação criminal, sanidade mental e física, capacidade de manutenção financeira do próprio estabelecimento e que o profissional é segurado. Tais cláusulas não violam o princípio da não discriminação, pois são aplicadas aos profissionais do país, contudo qualquer barreira extra a ao estabelecimento de profissional de saúde dentro da União Europeia incorre em atitude discriminatória e, portanto, vedada.

O último obstáculo que poderia ser oposto ao estabelecimento definitivo é o conhecimento linguístico. É de se esperar de um profissional de saúde o domínio da língua do país em que exerce sua profissão. A Diretiva, contudo, não estabelece o domínio linguístico com requisito de reconhecimento de diploma e registro profissional. Assim essa habilidade se configura como requisito para a prática profissional e não para o reconhecimento, isto é, deve ser avaliada no cotidiano, após o reconhecimento do título.

A reforma sobre a regulação ocorrida com emenda de 2013 alterou estruturalmente a hierarquia jurídica da Diretiva, dada a aprovação do Parlamento Europeu, contudo não trouxe grandes inovações ao seu conteúdo quanto às profissões de saúde já reguladas, salvo alguns mecanismos de aperfeiçoamento do sistema. Para essas profissões três inovações merecem destaque: a criação do Cartão Profissional Europeu, o reconhecimento de atividades formativas feitas fora do bloco europeu e o sistema de alerta dentro do Sistema de Informação do Mercado Interno (IMI).

O Cartão Profissional Europeu é uma ferramenta online que permite que o processo de validação automática do diploma seja feito integralmente pela internet. A reforma de 2013 o introduziu para três profissões de saúde: enfermeiro (i) responsável por cuidado geral, farmacêutico (ii) e fisioterapeuta. Já o reconhecimento de cursos formativos de fora da União Europeia foi o primeiro passo no sentido de regular o conhecimento de habilidade formativas adquiridas nos chamados países terceiros, isto é, aqueles que não integram a União Europeia.

O IMI é um sistema virtual criado para compartilhamento de informações entre autoridades europeias, tendo as vantagens de traduzir as informações automaticamente as informações inseridas para todos os idiomas nacionais do bloco e de ter interface descentralizada. A inovação quanto às profissões de saúde, foi a criação de um sistema de alerta, em que são compartilhadas informações atinentes a profissionais vedados a exercer a profissão em seu país de origem por sanção de ordem ética ou mesmo profissionais que estão enfrentando processos administrativos dessa natureza. A decisão de compartilhar tais informações e em que amplitude via IMI é inteira dos Estados.

## Considerações finais

A circulação de profissionais de saúde é uma realidade cada vez mais presente no contexto global<sup>12</sup> e tende a ser ainda maior em situações bem-sucedidas de integração regional, como a experiência europeia. O modelo escolhido pelo bloco já completa mais de dez anos de existência e mostra ter logrado êxito em criar um mercado comum europeu para esses profissionais com base em um sistema jurídico complexo e claro, garantindo segurança jurídica aos interessados. Alguns elementos são particularmente notáveis nessa estrutura.

Inicialmente apesar de sua complexidade e da força normativa do direito à livre circulação presente no Tratado de Lisboa a regulação europeia praticamente não cria obrigações para os estados membros e não uniformiza a regulação. Elementos discutidos como o modelo de governança para as profissões reguladas ou mesmo dispositivos específicos em relação à formação não são objeto das diretivas europeias, tendo os estados membros plena liberdade para exercerem a atividade regulatória a seu molde. Apesar de já se ter notícia de discussões neste sentido, não se apresenta no horizonte, por exemplo, a adoção de um currículo único europeu. Esse aspecto de integração é alicerçado em larga medida na confiança entre os membros do bloco.

---

<sup>12</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

Essa experiência não pode ser tomada como exemplo definitivo para todos os processos de integração regional do globo, contudo ilustra uma alternativa para livre circulação de profissionais que passa muito pouco pela centralização de normas jurídicas regulatórias e pela uniformização de padrões e se fia muito mais na colaboração entre os Estados-Membros. O próprio sistema de alerta, que é alimentado pelos países membros de forma voluntária e na medida de sua concordância exemplifica bem o funcionamento dessa opção normativa.

## Referências

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- \_\_\_\_\_. *Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/at02011-2014/2013/lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/at02011-2014/2013/lei/l12871.htm)>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- BRISSY, S. A regulação das profissões de saúde na França. *Revista de Direito Sanitário*, v. 19, n. 2, p. 156-197, 11 dez. 2018. Disponível em : <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/152584>>. Acesso em: 09 fev. 2020. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i2p156-197>. p. 180.
- CASELLA, Paulo Borba. *Comunidade europeia e seu ordenamento jurídico*. São Paulo: Ltr. 4 ed. p. 53.
- EUR-LEX. *Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System ( the IMI Regulation'*). Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2013/55/oj>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- \_\_\_\_\_. *Tratado da União Europeia – Índice*. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:11992M/TXT>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- EUROPEAN UNION. *Lisbon Treaty*; Disponível em <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:12007L/TXT>>. Acesso em: 25 de jun. 2018.
- \_\_\_\_\_. *Paris Treaty*. Disponível em: <[https://www.cvce.eu/content/publication/1997/10/13/11a21305-941e-49d7-a171-ed5be548cd58/publishable\\_en.pdf](https://www.cvce.eu/content/publication/1997/10/13/11a21305-941e-49d7-a171-ed5be548cd58/publishable_en.pdf)>. Acesso em: 25 de jun. 2018.
- \_\_\_\_\_. *Schengen Agreement*. Disponível em: <<https://www.britannica.com/topic/Schengen-Agreement>>. Acesso em: 25 de jun. 2018.
- FRANÇA. *Constitution de 1946, IVE République*. Disponível em: <<https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-de-1946-ive-republique>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

FRANÇA. Legifrance. *Code de la santé publique*. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>>. Acesso em: 26 jun. 2018.