

A CONSTRUÇÃO DE ESFERAS PÚBLICAS
Processos midiáticos, deliberação e
conversação em torno do Projeto de Lei
do Ato Médico

Francine Altheman

Faculdade Cásper Líbero
Mestrado em Comunicação

São Paulo
2012



FRANCINE ALTHEMAN

A construção de esferas públicas

Processos midiáticos, deliberação e conversação
em torno do Projeto de Lei do Ato Médico

Dissertação apresentada para a obtenção do
título de Mestre em Comunicação na
Contemporaneidade pela Faculdade Cásper
Líbbero.

Orientador: Prof. Dr. Luís Mauro Sá Martino

**São Paulo
2012**

Altheman, Francine

A construção de esferas públicas. Processos midiáticos, deliberação e conversação em torno do Projeto de Lei do Ato Médico / Francine Altheman.
-- São Paulo, 2012.

214 f. : 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Luís Mauro Sá Martino
Dissertação (mestrado) – Faculdade Cásper Líbero, Programa de Mestrado em Comunicação

1. Comunicação e Política. 2. Esferas Públicas. 3. Deliberação. I. Martino, Luís Mauro Sá. II. Faculdade Cásper Líbero, Programa de Mestrado em Comunicação. III. Título.

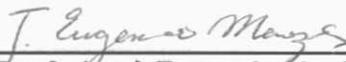
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

AUTORA: FRANCINE ALTHEMAN

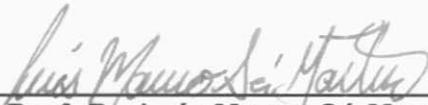
“A CONSTRUÇÃO DE ESFERAS PÚBLICAS
PROCESSOS MIDIÁTICOS, DELIBERATIVOS E A CONVERSAÇÃO EM TORNO
DO PROJETO DE LEI DO ATO MÉDICO”.



Profa. Dra. Ângela Cristina Salgueiro Marques
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG



Prof. José Eugenio de Oliveira Menezes
Faculdade Cásper Líbero



Prof. Dr. Luís Mauro Sá Martino
Faculdade Cásper Líbero

Data da Defesa: 28 de junho de 2012.

Este trabalho é dedicado aos invisíveis...

àqueles que poucas vezes tem a oportunidade de mostrar suas vozes...

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre está dentro de mim me dando força, mesmo quando eu duvido ou me esqueço...

À minha mãe Sonia, pelo amor, carinho, proteção e paciência que sustentam minha alma e por plantar em mim a paixão pela leitura.

À minha família, em especial vovô Orlando e vovó Maria, minhas raízes fortes, Dinho, Nilza e José Carlos, que amo como se fossem meus pais, vovô Marcílio e vovó Odete, que já se foram, mas dos quais guardo lembranças felizes, meu pai Claudio, tios, primos...

À Flávia, que além de prima é uma grande amiga e foi fundamental nas traduções mais complexas dessa dissertação...

À Professora Ângela Marques, minha mãe acadêmica, pelo conhecimento que transmite com tanto amor, carinho, simplicidade e pela sabedoria, que a faz brilhar numa sala de aula.

Ao Professor Luís Mauro Sá Martino, por ter assumido a responsabilidade de me orientar e por ter conduzido essa orientação com tanta amabilidade, um mentor na minha carreira acadêmica.

Ao Professor Eugênio Menezes, pela generosidade e respeito com minha pesquisa.

A todos os professores e funcionários da Pós-graduação da Faculdade Cásper Líbero, pela consideração e ajuda, e aos amigos queridos que fiz nessa instituição.

Aos professores da Unesp, que plantaram em mim a semente da pesquisa em comunicação.

Aos grandes amigos que estão presentes em minha jornada, alguns distantes no tempo, outros no espaço, mas sempre presentes em mim... em especial Cíntia Mieko, a irmã que eu escolhi, que sempre tem a palavra certa para o momento certo...

A esperança é de que, distantes da pantomima do poder, os sonhos não tenham morrido. Como na estória da Bela Adormecida, eles dormem, mais profundos que pesadelos do cotidiano. E um dia acordarão. E o povo, possuído pela sua beleza esquecida, se transformará em guerreiro e se dedicará a única tarefa que vale a pena, que é a de transformar os sonhos em realidade. Essa é a única política que me fascina. Como o Guimarães Rosa, vivo na esperança da ressurreição dos mortos.

Rubem Alves

RESUMO

Esta pesquisa ocupa-se da análise das diferentes esferas públicas que se formam em torno do Projeto de Lei do Ato Médico, a partir das teorias desenvolvidas principalmente por Jürgen Habermas. Apresentado pelo Senado Federal em 2002 com o objetivo de regulamentar a profissão dos médicos, o projeto de lei, da forma como está escrito, torna crime diversas atividades praticadas pelos demais profissionais da saúde, como aplicar uma injeção, gerando uma ampla discussão no setor e afetando diversos atores sociais. Percebe-se que, quando um assunto afeta muitas pessoas, gradativamente os concernidos passam a falar sobre o problema em seus cotidianos. Com o passar do tempo, dependendo da amplitude que o debate atinge, o assunto também pode vir a ser pautado na esfera midiática e política, formando diversas esferas públicas parciais, que podem se conectar e interagir, especialmente no que concerne à relação entre tecnologia e mercado. Assim, esta pesquisa analisa os processos deliberativos e os intercâmbios que se formam em três âmbitos discursivos em torno do Projeto de Lei do Ato Médico: a esfera pública mediada, em jornais e na internet; a esfera pública formalmente constituída, por meio de duas audiências públicas realizadas no Senado Federal; e a conversação cívica, realizada entre os profissionais da saúde, os principais atingidos pelo projeto. A pesquisa também observa os processos midiáticos que envolvem esses intercâmbios e as assimetrias discursivas presentes entre os concernidos que participam do debate. Por meio da observação direta extensiva e análise desses âmbitos discursivos, onde todos têm, pelo menos em teoria, a oportunidade de expor seus argumentos, é possível avaliar a percepção do público quando um assunto que lhe afeta diretamente está prestes a ser votado e sancionado e como esses discursos se relacionam entre si. Para dar conta do objetivo proposto, utilizam-se como referencial teórico-metodológico estudos de Jürgen Habermas sobre esfera pública, ação comunicativa, ética do discurso e deliberação, bem como seus críticos. Para aprofundar esses conceitos recorre-se também aos estudos de autores contemporâneos que têm trabalhado com as teorias deliberativas, como James Bohman, Seyla Benhabib, Iris Young, Rousiley Maia, Wilson Gomes, Ângela Marques, William Gamson e Jane Mansbridge.

Palavras-chave: Comunicação e Política. Processos midiáticos. Esferas públicas. Deliberação. Ato Médico.

ABSTRACT

This research deals with the analysis of different public spheres that are formed around the draft law of the Medical Act, from the theories developed mainly by Jürgen Habermas. The draft law was presented by the Federal Senate in 2002 in order to regulate the profession of doctors, as it is written, considers several activities practiced for other health-care professionals as a crime, such as to apply an injection. It generates a range of discussions in the sector and affects several social agents. It's observed that when an issue affects many people, gradually the concerned ones start to talk about the problem in their daily routine. In the course of time, depending on the amplitude that the debate reaches, the issue can also reach the media and political spheres, forming several partial public spheres, which can interact and be connected, especially regarding the relationship between technology and market. Thereby, the goal of this research is to analyze the deliberative processes and the interchanges that are formed in the three discursive fields around the draft law of the Medical Act: the mediated public sphere, in newspapers and in the Internet; the public sphere formally constituted, by means of two public audiences that were held in the Federal Senate; and the civic conversation that happens among health-care professionals that are the main ones focused on this project. The research also observes the media processes involving these interchanges and the present discursive asymmetries between the concerned ones that participate of the debate. By means of the extensive and direct observation and analysis of these discursive fields, where all have, at least in theory, the opportunity to expose their arguments, it will be possible to evaluate the public perception when an issue that affects them directly, is about to be voted and sanctioned, and how these discourses can be related with each other. To reach the proposed objective, it was used as theoretical-methodological reference the Jürgen Habermas' studies about public sphere, communicative action, ethics of the discourse and deliberation, as well as their critics. To deepen these concepts, it is also appeal to the studies of some contemporary authors who have been working with deliberative theories, as James Bohman, Seyla Banhabib, Iris Young, Rousiley Maia, Wilson Gomes, Ângela Marques, William Gamson and Jane Mansbridge.

Keywords: Communication and Politics. Media processes. Public spheres. Deliberation. Medical act.

SUMÁRIO

Introdução	11
1. Capítulo 1 - Política, democracia e comunicação: os caminhos que levam à deliberação e ao entendimento	18
1.1. A construção de esferas públicas e processos de comunicação	25
1.2. A teoria da ação comunicativa	29
1.3. A ética do discurso	33
1.4. A teoria deliberativa em Habermas: fundamentações e críticas	37
2. Capítulo 2 - Esferas públicas midiáticas	45
2.1. Esfera de visibilidade pública: o papel dos <i>media</i> na construção do debate	45
2.2. Análise de narrativa: discursos e argumentos utilizados pela imprensa	49
2.3. Esferas públicas interconectadas?	59
2.4. O uso da internet no debate: o Youtube como espaço de discussão on-line	62
3. Capítulo 3 - Esfera pública política	72
3.1. O processo de produção de decisão política por meio da formação da opinião e da vontade coletivas	72
3.2. O debate formalmente constituído: audiências públicas no Congresso Nacional	75
4. Capítulo 4 - Esferas públicas de conversação política	83
4.1. A conversação cotidiana e a deliberação	83
4.2. Entrevista com os concernidos: como os profissionais da saúde pensam o Ato Médico	87
4.3. Recursos conversacionais: sentimentos, experiências e testemunho dos concernidos	94
Considerações Finais	103
Referências bibliográficas	109
Anexo I – Substitutivo da Câmara ao Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002 (Projeto de Lei do Ato Médico)	113
Anexo II – Comentários no Youtube ao Projeto de Lei do Ato Médico	122
Apêndice I – Pontos mais polêmicos do Projeto	131
Apêndice II – Transcrição das audiências públicas no Senado	135
Apêndice III – Resultado da pesquisa realizada por e-mail	172
Apêndice IV – Transcrição do debate realizado no Hospital das Clínicas	193

A CONSTRUÇÃO DE ESFERAS PÚBLICAS
PROCESSOS MIDIÁTICOS, DELIBERAÇÃO E CONVERSAÇÃO EM TORNO DO
PROJETO DE LEI DO ATO MÉDICO

INTRODUÇÃO

Em 2004, recém-formada, eu era “foca” no jornal Diário de Sorocaba, trabalhando como repórter da editoria de Cidades. Um dia, o repórter que cobria Política saiu do jornal. Enchi-me de esperança e, com o TCC sobre eleição embaixo do braço, cheguei para o editor, mostrei meu trabalho e pedi uma chance: queria ser repórter na editoria de Política. Ele disse: -- Menina, política não é só eleição, não. Novinha, com esse jeitinho meigo, aquele povo da prefeitura e da câmara vai fritar você em óleo quente. Não posso fazer isso contigo. Fica em Cidades e vai ganhando experiência.

De certo modo, Marinaldo Cruz sabia o que estava dizendo. Ele testou um repórter em Política, depois outro, e outro. Com o ritmo frenético de cobertura da campanha para as eleições municipais e a Câmara de Vereadores pegando fogo com sessões quase diárias, nenhum repórter estava conseguindo dar conta do trabalho.

Em uma quarta-feira, Marinaldo estava fechando mais uma edição do jornal, encrocado, porque não tinha ninguém para cobrir a votação do orçamento municipal na Câmara no dia seguinte. Eu pedi novamente: -- Deixe-me tentar! Ele me entregou cerca de 200 folhas com as informações sobre a proposta orçamentária daquele ano (gráficos, tabelas, investimentos em cada secretaria, em cada área) e disse para eu estudar aquilo, pois essa era a pauta. Passei a madrugada estudando aquele calhamaço. De manhã, segui para a Câmara e lá me deparei com um público de manifestantes que não aprovavam o orçamento da prefeitura e questionavam as verbas que estavam sendo direcionadas para cada projeto. Mas os vereadores davam mais atenção para os assessores do prefeito, que estavam ali para “dirigir” a votação, do que para as “vozes” da população.

Sessão terminada, entrevistas realizadas, segui para a redação, escrevendo a matéria no carro, enquanto o fotógrafo dirigia. Entreguei a matéria para Marinaldo e ele, ao ler, disse: -- Bem vinda ao óleo quente, garota! Agora você está no time da Política.

A partir daí, passei a cobrir os eventos políticos da cidade: sessões na Câmara, sempre acompanhadas de perto pelos assessores do prefeito; campanha política para as eleições municipais; denúncias de fraude eleitoral; e muitas reivindicações da população. Eu observava que grupos de debate se formavam pelos corredores da Câmara, na sala de imprensa, na cantina, nas associações de bairro.

Foi esse universo que me desafiou, que acendeu em mim a centelha das hipóteses, da dúvida, das perguntas: por que a população era um celofane, invisível, naquela plenária? Os debates que aconteciam sobre o mesmo tema, em tantas esferas diferentes, se intersectavam em algum momento? E mais: será que nós, jornalistas, dávamos vozes a essas pessoas, aos seus anseios, ou reproduzíamos uma “opinião pública” formada na sala de imprensa? Eu estava fazendo o jornalismo que todos faziam. Sentia a necessidade de ampliar a minha visão sobre o assunto. Mas caminhos diversos me fizeram adiar esse desejo por algum tempo.

O início de minha carreira no jornalismo político, os bastidores que vi e as perguntas que me fiz ao longo desse caminho vieram forte na minha mente quando decidi fazer mestrado e me perguntei sobre os questionamentos que queria debater e compartilhar.

Pensando na possibilidade de um contexto deliberativo para o cenário político e ainda pensando em como o modo de fazer comunicação está inserido nesse contexto, tracei como objetivo para essa pesquisa avaliar a construção de esferas públicas e a formação de espaços de deliberação em torno de um assunto que afetasse um grande número de cidadãos e, concomitantemente, pudesse ser veiculado nos meios de comunicação, influenciando, em tese, a opinião pública ou sendo influenciado por ela.

Trabalhando atualmente no departamento de comunicação de um conselho da área da saúde, venho cobrindo os desdobramentos de diversos projetos de lei que influenciam a vida desses profissionais. Um deles me chamou a atenção exatamente pelas diversas discussões que ele fomenta em diferentes espaços e contextos. É o Projeto de Lei número 268/2002, conhecido como Ato Médico, que regulamenta o exercício da medicina¹. Pronto: o objeto de estudo também estava definido.

¹ Projeto de Lei do Ato Médico na íntegra, ver anexo I.

A proposta é analisar os diversos contextos deliberativos construídos em torno do Projeto de Lei do Ato Médico, bem como as assimetrias discursivas² presentes nas falas dos concernidos pelo projeto. Apresentado pelo Senado Federal em 2002 com o objetivo de regulamentar a profissão dos médicos, o projeto de lei, da forma como está escrito, torna crime diversas atividades praticadas pelos demais profissionais da saúde, gerando uma ampla discussão no setor e afetando diversos atores sociais.

É importante contextualizar e esclarecer o Projeto de Lei do Ato Médico. Grande parte das profissões no Brasil foi regulamentada por Leis Federais no final da década de 1960, no auge do regime militar. São leis, na maioria dos casos, genéricas, que não definem em pormenores os campos de atuação, principalmente daquelas que são ligadas à área da saúde. No entanto, mesmo sendo reconhecidamente uma das profissões mais antigas da sociedade ocidental, a medicina não passou por essa regulamentação legal. As competências de médicos estão, até o presente momento, definidas em Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Em 1997, o Conselho Nacional de Saúde reconheceu 13 profissões da saúde de nível superior: assistência social, biologia, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional (BRASIL, 1997). Nesse contexto de divisão do trabalho e delimitação dos campos de práticas exclusivas de cada profissional, surgiram os embates entre a corporação médica e as demais profissões da área da saúde em torno da delimitação do chamado ato médico (GUIMARÃES e REGO, 2005).

Para preencher essa lacuna, o Projeto de Lei do Ato Médico, cujas bases foram definidas pelo Conselho Federal de Medicina, foi proposto com o objetivo de regulamentar a medicina. Para os médicos, o projeto apenas define seus atos privativos. As demais categorias da área da saúde afirmam que perderão sua autonomia de atuação (COLLUCCI e PINHO, 2009).

Em outubro de 2009, o Projeto foi aprovado pela Câmara dos Deputados e seguiu para tramitação no Senado. Desde então, os debates se acirraram nas esferas públicas, seja a

² Assimetria discursiva pode ser entendida como a distribuição desigual de oportunidades de fala, expressão e desenvolvimento de enunciados, seja devido à desigualdade comunicativa, que afeta a capacidade que os indivíduos demonstram de fazer uso das oportunidades de se engajar na deliberação, muitas vezes porque desconhecem os códigos de falas – restritos – e não possuem a habilidade linguística e conceitual para discernir os argumentos técnicos ou políticos utilizados (GAMSON, 2011); seja por causa do que Bohman (1996) chama de *pobreza política*: uma inabilidade de fazer uso das oportunidades de influenciar o processo deliberativo, devido à dificuldade que os cidadãos comuns têm para alcançar a autonomia política para participar da esfera pública. Essa questão será retomada no final da dissertação.

mediática, seja a esfera formal, em audiências públicas, seja nas esferas informais de conversação. Presidentes e relatores das comissões no Senado, por onde o projeto tramita, têm realizado audiências públicas com as lideranças que representam as profissões afetadas. No entanto, a polêmica ainda permanece. Os representantes da medicina alegam que o que caracteriza a profissão de médico são o diagnóstico e o tratamento de doenças, e é isso que o projeto pretende garantir.

As demais categorias profissionais da saúde têm refutado contundentemente o projeto, alegando que ele pretende centralizar na mão dos médicos as atividades relativas aos tratamentos das mais variadas enfermidades, excluindo os avanços das relações interdisciplinares de profissionais de várias áreas que, em conjunto, podem atuar no tratamento, prevenção e promoção da saúde³.

O fato é que o projeto tem muitos pontos polêmicos e pesquisadores em saúde pública entendem que é legítima a definição das competências dos médicos, mas, da forma como está proposto, o projeto se mostra corporativista (COLLUCCI e PINHO, 2009). Em 10 anos de tramitação, diversas esferas públicas de discussão surgiram para debater a questão. Conversas informais, audiências públicas, reuniões em associações e mesmo os *media* passaram a abordar a questão do ato médico e a tentar entender o projeto e como ele afeta a vida das pessoas. Percebe-se que, quando um assunto afeta muitos, ocorre um gradativo engajamento das pessoas atingidas, que passam a falar sobre o problema em seus cotidianos. Com o passar do tempo, o assunto também pode vir a ser pautado na mídia e na própria esfera política, formando diversas esferas públicas parciais, onde os concernidos participam de discussões.

Para realizar a pesquisa, foram escolhidos três âmbitos discursivos que se formam em torno do Projeto de Lei do Ato Médico: a esfera pública midiática, a esfera pública formalmente constituída no Senado Federal, e a conversação cívica, realizada entre os profissionais da saúde.

Por meio da observação direta extensiva e análise desses modelos discursivos, onde todos têm, pelo menos em teoria, a oportunidade de expor seus argumentos, é possível avaliar a percepção do público e sua configuração quando um assunto que afeta diretamente a todos os envolvidos está prestes a ser votado e sancionado e como esses discursos se relacionam entre si.

Nesse processo, utilizo-me de referenciais teóricos de autores que vem trabalhando as questões sobre teoria deliberativa, esfera pública e ação comunicativa, bem como a influência

³ Pontos mais polêmicos do projeto, com os argumentos contrários e favoráveis, ver apêndice I.

dos meios de comunicação nesses processos. Os principais estudos sobre esses temas foram realizados pelo pesquisador alemão Jürgen Habermas. São os conceitos de Habermas que servirão de base para essa pesquisa. Também serão utilizados autores críticos ao pensamento habermasiano, como Nancy Fraser, Iris Young, Margaret Kohn e Seyla Benhabib. Outros autores que trabalham com a teoria deliberativa serão importantes fontes, como James Bohman, Maeve Cooke e Jane Mansbridge, além dos brasileiros Wilson Gomes, Rousiley Maia e Ângela Marques.

Os conceitos habermasianos de esfera pública, deliberação e ação comunicativa já foram temas de inúmeros trabalhos de dissertações de mestrado, teses de doutorado e mesmo de conclusões de graduação. Grande parte dessas pesquisas utiliza a teoria para analisar questões sociais polêmicas universais, que causam comoção e grandes controvérsias na opinião pública, como aborto, homossexualidade, sustentabilidade, discriminação racial, entre outras.

Por outro lado, o Projeto de Lei do Ato Médico foi objeto de estudo de profissionais da saúde, especialmente médicos, em análises educacionais, sociológicas ou sobre a prática profissional. Dois trabalhos foram localizados sobre o projeto. O primeiro, realizado pelos pesquisadores Regina Guimarães, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, e Sérgio Rego, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, analisa a demanda pela regulamentação do Ato Médico no Brasil, tendo como referencial teórico a sociologia das profissões afetadas. O outro, desenvolvido pelo médico Giovani Gurgel Acioli, da Universidade Federal de São Carlos, discute a influência do projeto na educação médica, propondo tratar a questão como social, reavaliando a formação universitária do médico.

Portanto, ao analisar o Projeto de Lei do Ato Médico sob a ótica deliberativa, estudando um assunto que afeta particularmente um grupo de pessoas (profissionais da saúde), e, à primeira vista, não afeta a sociedade como um todo, esta pesquisa pretende preencher uma lacuna, avaliando a construção de esferas de discussão pública sobre um tema que parece distante da vida cotidiana das pessoas. Os concernidos produzem sentido sobre um assunto político relevante para suas vidas? Os meios de comunicação têm o poder de influenciar a opinião pública, especialmente daqueles que são afetados pelo projeto? Os discursos proferidos nas esferas públicas formalmente constituídas se entrecruzam com os discursos proferidos nas conversas cotidianas e mesmo nas esferas públicas midiáticas? As esferas públicas formadas em torno do Ato Médico sustentam a ação coletiva? Ao encaminhar a pesquisa na tentativa de

responder esses questionamentos, esta pesquisa mostra que tem uma diferenciação dos trabalhos vistos sobre o mesmo tema e conceitos.

Esta dissertação se divide em quatro capítulos. O primeiro traz um estudo em profundidade dos principais conceitos utilizados como referenciais para a análise. Para chegar a esses conceitos, serão apresentados os principais modelos de democracia, que culminam na democracia deliberativa. Para tanto, fui buscar em autores clássicos, como Rousseau, Locke e Kant, os principais conceitos democráticos, e também em autores modernos, como Norberto Bobbio e David Held, as principais definições de política e os modelos de democracia. As definições habermasianas de esfera pública, ação comunicativa, ética do discurso e teoria deliberativa, bem como as críticas feitas a elas, também estão no primeiro capítulo.

O estudo das esferas públicas midiáticas formadas em torno do Projeto de Lei do Ato Médico é o tema do segundo capítulo. Para isso, faço a análise dos argumentos que aparecem nas falas das fontes entrevistadas para produção de notícias veiculadas sobre o projeto nos principais jornais do Brasil. Foram analisadas 14 matérias publicadas em grandes jornais no período de outubro a dezembro de 2009, logo após a aprovação do projeto na Câmara dos Deputados. Nesse capítulo também trago a análise do debate na internet, outro espaço midiático onde o projeto foi debatido. Foram analisados os comentários postados espontaneamente no site *YouTube*, a partir da veiculação de dois vídeos contra o Projeto de Lei do Ato Médico. Analiso a construção das esferas públicas midiáticas nesses dois meios de comunicação e a participação política nesses contextos deliberativos. Além da teoria habermasiana, no segundo capítulo busco referenciais de pesquisadores da esfera pública interconectada, como Yochai Benkler e Sergio Amadeu Silveira.

O terceiro capítulo traz a análise e a descrição normativa das esferas públicas formalmente constituídas. Nesse caso, apresento duas audiências públicas sobre o Projeto de Lei do Ato Médico, que foram realizadas no Senado, na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, das quais participei como ouvinte. Nessas audiências, os senadores responsáveis pela relatoria do projeto em debate convocam as lideranças de cada profissão afetada para discutir e apresentar seus argumentos favoráveis ou contrários. O capítulo trará a análise dos argumentos e contra-argumentos usados pelos interlocutores durante o debate e suas contribuições para a formação da opinião pública e da opinião publicada. A audiência pública no Senado tem regras e normas bem definidas e, por isso, neste capítulo, abordo a questão da ética do discurso e as demandas de validade, estudadas por Habermas. Outros autores que dão embasamento teórico

para a produção deste capítulo são Wilson Gomes e Rousiley Maia, bem como Ângela Marques e Simone Chambers.

As conversações cotidianas e as assimetrias discursivas aparecem no último capítulo, onde analiso a fala dos atores sociais afetados no contexto cotidiano. Para realizar essa parte da pesquisa, em um primeiro momento, foi enviado um questionário por e-mail para 42.481 profissionais da saúde não médicos para que fosse respondido de forma espontânea. Assim, pude observar o quanto os concernidos se engajam com o problema político, o quanto sabem sobre o problema, como argumentam a respeito dele e o quanto ele faz parte das conversas cotidianas de cada um. No segundo momento da pesquisa, realizei um grupo focal com profissionais da saúde de diversas áreas, no Hospital das Clínicas de São Paulo, que discutiu, entre outros assuntos, o Projeto de Lei do Ato Médico. O objetivo desse debate era observar as argumentações e contra-argumentações dos concernidos, buscando entender como as pessoas produzem essas opiniões e o que essa questão significa para elas. Para essa análise, utilizo como referenciais teóricos William Gamson, Searing, Solt, Conover e Crewe, Jane Mansbridge e Rousiley Maia, que fizeram importantes estudos, usando a teoria habermasiana como base, sobre a conversação cotidiana nos contextos deliberativos.

E, ao final, entendo ser possível trazer uma contribuição significativa sobre o tema da deliberação pública e as construções de diferentes esferas públicas que podem se conectar entre si, ou não, bem como entender as assimetrias discursivas que surgem no contexto de uma discussão sobre um assunto que afeta muitas pessoas. Também pretendo saber a melhor forma de entendimento sobre os conflitos políticos e sociais nas sociedades atuais.

CAPÍTULO 1

1. POLÍTICA, DEMOCRACIA E COMUNICAÇÃO: OS CAMINHOS QUE LEVAM À DELIBERAÇÃO E AO ENTENDIMENTO

“Eu sou apolítico”. Essa é uma frase comum entre as pessoas que estão desiludidas com o sistema político. Quando alguém pretende cuidar de sua própria vida e resolve não pensar em política, anular seu voto e não entrar em debates públicos, pois acredita que eles não resolverão seus problemas, está exercendo um direito seu, o que já é um fenômeno político. Não se pode dizer que é um ser apolítico, que significa “ausência de Política”. Na verdade, falta-lhe a consciência de seu papel político, pois a política permeia a conduta humana. “(...) a política existe e existiu sempre e em toda a parte, onde os homens convivem num sentido histórico-civilizatório” (ARENDDT, 1998:46).

A política fica mais evidente para o senso comum quando se fala em eleição, ou seja, no momento de escolha do representante popular por meio do voto. Mas antes de eleger um candidato, já houve disputas nos partidos, propaganda política, debates públicos e inúmeros atos com o objetivo de conquistar o voto. O momento do voto é apenas a consequência dos embates políticos que o antecederam. A política não se restringe apenas à eleição. Ela também é a condução da existência coletiva da humanidade, com reflexos imediatos sobre a vida de cada um. Por meio de processos políticos são definidas as condições de emprego, educação, saúde, segurança, entre outras, que estão presentes nos âmbitos da vida humana.

Para Habermas,

a política é concebida como a forma em que se reflete a vida ética real, isto é, como o meio pelo qual os membros de comunidades de certo modo solitárias se tornam conscientes de que dependem uns dos outros e, agindo com plena capacidade de deliberação como cidadãos, modelam e desenvolvem as relações existentes de reconhecimento recíproco, transformando-as em uma associação de parceiros livres e iguais sob a vigência da lei (1995⁴).

⁴ Texto on-line sem numeração de página.

Mesmo a afirmação de Habermas sendo questionável, já que a maioria das pessoas, seja por questões sociais de desigualdade, seja pela dificuldade que se impõe ao cidadão comum para alcançar a autonomia política, não consegue participar plenamente da deliberação, quando um assunto, tema ou decisão afeta um grupo de indivíduos, mesmo se considerando “apolítico”, o concernido pelo problema fatalmente vai falar sobre o assunto com seus familiares, nas rodas de bate papo com amigos, nas conversas informais do dia a dia e mesmo em redes sociais da internet. O sujeito talvez não perceba, mas esses processos comunicacionais fazem parte também de uma conduta política e as esferas de discussão que vão se formando gradativamente em torno de um problema podem alimentar a ação coletiva e mesmo atingir as esferas políticas de decisão.

Assim, é impossível pensar em política sem vinculá-la à comunicação. Desde os debates em praça pública que aconteciam na Grécia Antiga, quando os discursos eram a principal forma de comunicação daquele sistema político; passando pelo absolutismo monárquico, quando o rei utilizava toda sua indumentária e trejeitos para se firmar como superior perante os súditos; e mesmo no totalitarismo, quando a força da propaganda, a fim de veicular a ideologia oficial para garantir o apoio popular, se mostrou uma das principais características desse regime político, é a aliança entre a política e a comunicação que sustenta o jogo do poder.

A partir do século XVIII, com a ascensão da esfera pública burguesa e o advento da imprensa, o vínculo entre comunicação e política fica mais evidente e se estreita. Wilson Gomes alerta que “a imprensa que se relaciona com a política não é um sistema à parte, mas um dos componentes do universo político” (2004:46). A imprensa burguesa de opinião nasce no interior da esfera civil contra o Estado aristocrático e com a necessidade de constituir uma publicidade civil, ou seja, uma esfera de discussão pública política.

É nesse cenário de legitimação da soberania popular pós-Renascimento que o conceito de democracia é retomado e o súdito torna-se cidadão em uma comunidade cívica, onde, em tese, todos são iguais e têm os mesmos direitos e deveres. Desse modo, pode-se dizer que só haverá democracia onde exista soberania popular efetivamente exercida. Mas essa é uma forma simplista e generalista de explicar a democracia (BOBBIO, 2000; HELD, 2006).

A *democracia* tem suas origens na Grécia. A palavra *demos* significa povo e *kratia*, de *krátos*, significa poder, ou seja, poder do povo. O ideal democrático ateniense dava ao cidadão o poder de decidir os destinos da polis (cidade-estado grega) e os debates aconteciam na ágora (praça pública). A democracia na Antiguidade era direta, com uma praça ou assembleia onde os

cidadãos eram chamados para tomar as decisões que lhes diziam respeito. No entanto, o ideal ateniense de democracia excluía muitos cidadãos, que não podiam participar das decisões, como as mulheres, os escravos e os imigrantes (BOBBIO, 2000; HELD, 2006). Assim, a democracia grega não era tão democrática assim.

Na democracia moderna, o *demos* não é mais o povo, mas sim todos os cidadãos e o que era democracia direta passa a ser representativa. A democracia para o homem moderno é o dia da eleição, ou seja, eleger o representante que deverá decidir o que é melhor para a sociedade. “O voto não é para decidir, mas sim para eleger quem deverá decidir” (BOBBIO, 2000:372). A eleição acaba sendo uma alternativa em relação à participação direta do povo.

No entanto, Rousseau terá críticas ao modelo representativo, preconizando a democracia participativa, em que toda lei deve ser ratificada pelo povo. Mesmo assim, reconhece que uma verdadeira democracia participativa jamais existiu ou existirá, pois exige um Estado muito pequeno “no qual seja fácil para o povo reunir-se, e no qual cada cidadão possa facilmente conhecer todos os outros” (1999:93).

A comunicação, desse modo, é usada no sentido da persuasão, em que o discurso político se torna uma ação estratégica para adquirir mais e mais votos. A imprensa, a partir do século XX acompanhada por vários meios tecnológicos de produção, reprodução e emissão e circulação de mensagens, se torna comunicação de massa. Temos agora o rádio e a TV com capacidade de produzir audiências massivas. É o modelo da comunicação como negócio que se forma e seu efeito sobre a política começa a surgir.

A percepção geral é de que os dispositivos técnicos para a comunicação de massa funcionam como extraordinários instrumentos para se organizar o gosto, as disposições e a opinião do público, inclusive o gosto, disposições e opinião sobre as questões de natureza política (GOMES, 2004:48).

Temos então uma oposição entre a democracia antiga, em que a participação popular direta acontecia nas assembleias e praças, mas com a exclusão de alguns grupos; e a democracia moderna representativa, em que a relação entre participação e eleição está invertida, com a comunicação de massa, em tese, moldando a opinião pública.

Na tentativa de atingir um ideal democrático, com a efetiva participação de todos os concernidos na política pública, a fim de chegar ao entendimento, mesmo que temporário, sobre

o que é melhor para todos, nas últimas décadas surgiu um modelo de democracia conhecido como teoria deliberativa.

A teoria democrática deliberativa, bem como a teoria da comunicação como diálogo, são os referenciais teóricos para desenvolver a pesquisa aqui apresentada (BENHABIB, 2009; BOHMAN, 1996, 2009; HABERMAS, 1995, 2003a, 2003b, 2003c, 2010; MAIA, 2002, 2008; YOUNG, 2001). Para percorrer os caminhos que chegam à teoria deliberativa e à explicação dos motivos pelos quais ela se aplica ao contexto histórico e social atual, é preciso contextualizar pelo menos dois importantes modelos de democracia – a República e o Liberalismo –, que foram as bases para Habermas (1995, 2003b) desenvolver o ideal normativo de democracia.

Liberdade, participação e soberania popular são as principais características do modelo republicano de democracia. O soberano é o povo, que dita a vontade geral através de assembleias frequentes. A vontade geral, nesse caso, não significa a vontade da maioria, mas sim o interesse do coletivo (NASCIMENTO, 2001).

Na modernidade, o governo é eleito pelo voto e a ênfase é na participação política para aprimorar o processo decisório e o desenvolvimento da cidadania (HELD, 2006).

Jean-Jacques Rousseau, um dos grandes pensadores do Iluminismo, foi um dos precursores do modelo republicano moderno de democracia. Em sua obra *O Contrato Social*, de 1762, Rousseau propôs um pacto, em que o homem abdica de sua liberdade individual para fazer parte do todo social e, ao obedecer à lei que se estatuiu, obedece a si mesmo, portanto é livre. Ainda recorrendo a Held

Rousseau enxerga os indivíduos como sendo envolvidos idealmente na criação direta das leis pelas quais suas vidas são reguladas, e afirmou a noção de uma cidadania ativa e envolvida: todos os cidadãos devem se encontrar para juntos decidir o que é melhor para a comunidade e para decretar leis apropriadas (2006:45)⁵.

A vontade e a representação são importantes condições para legitimar a vida política no modelo republicano. Para Rousseau, o governo é um corpo submisso à autoridade soberana do povo e a vontade do povo não pode ser representada, pois a soberania é inalienável. Se o povo se

⁵ Do original: “Rousseau saw individuals as ideally involved in the direct creation of the laws by which their lives are regulated, and He affirmed the notion of an active, involved citizenry: all citizens should meet together to decide what is best for the community and enact the appropriate laws”.

dá a representantes, a vontade de quem a delegou não existe mais ou não está sendo levada em consideração (NASCIMENTO, 2001:197-198).

(...) somente a vontade geral tem a possibilidade de dirigir as forças do Estado, segundo o fim de sua instituição, isto é, o bem comum; pois, se a oposição dos interesses particulares tornou necessário o estabelecimento das sociedades, foi a conciliação desses mesmos interesses que a tornou possível. (...) Digo, pois, que outra coisa não sendo a soberania senão o exercício da vontade geral, jamais se pode alienar, e que o soberano, que nada mais é senão um ser coletivo, não pode ser representado a não ser por si mesmo; é perfeitamente possível transmitir o poder, não porém a vontade (ROUSSEAU, 1999:38).

No entanto, Rousseau admite que a vontade geral possa cometer erros, tendo em vista que as opiniões diferem sobre o que é o melhor para o coletivo e acaba prevalecendo a vontade da maioria.

(...) a vontade geral é sempre reta e tende sempre para a utilidade pública; mas não significa que as deliberações do povo tenham sempre a mesma retidão. Quer-se sempre o próprio bem, porém nem sempre se o vê: nunca se corrompe o povo, mas se o engana com frequência, e é somente então que ele parece desejar o mal (ROUSSEAU, 1999:41).

É importante lembrar que no modelo republicano os cidadãos devem gozar de igualdade política e econômica, para que não exista coação e todos possam desfrutar de liberdade e igualdade no desenvolvimento do processo de decisão da vontade geral para o bem comum. Por isso é preciso salientar a importância do voto nesse modelo, tendo em vista que o poder executivo e legislativo, que está bem dividido e definido, é eleito por meio do voto. A participação direta dos cidadãos nas assembleias públicas e processos decisórios também é fundamental para a constituição de uma legislatura que vai reger todo o processo.

Habermas (1995; 2003b), ao introduzir o conceito de política deliberativa em suas obras, busca na visão republicana alguns conceitos importantes. Ele chama a atenção para o conceito de soberania do povo, reavaliado por Rousseau, e a formação democrática da vontade geral, por meio do voto.

Do ponto de vista republicano, a formação democrática da vontade tem a função significativamente mais importante de constituir a sociedade como comunidade política e de conservar a lembrança desse ato fundador em cada eleição. O governo

não está somente incumbido de exercer um mandato amplamente aberto, mas também obrigado programaticamente a conduzir certas políticas, permanecendo ligado a uma comunidade política que se autogoverna (HABERMAS, 1995⁶).

Por outro lado, no modelo liberal, a formação democrática da vontade tem a função exclusiva de legitimar o exercício do poder político. O governo eleito deve assumir o poder e justificar o seu uso para o público.

Se o modelo republicano prega um poder administrativo que interfere nas forças autorreguladoras, o modelo liberal depende da institucionalização jurídica de uma sociedade econômica encarregada de garantir um bem comum essencialmente apolítico, privilegiando o individualismo. Bobbio (2000) argumenta que a diferença entre a doutrina liberal e a republicana é que a primeira tende a ampliar a esfera da autodeterminação individual, restringindo a esfera de poder coletivo; e a segunda tende a ampliar a esfera de autodeterminação coletiva, restringindo o individual.

Os ideais liberais que surgiram no século XVII em oposição ao absolutismo tem como um dos principais precursores o filósofo inglês John Locke, que, ao se opor ao pensamento de Thomas Hobbes, defensor do poder absoluto dos reis, estabelece a origem democrática, parlamentar, do poder político. Locke também vai estabelecer a diferença entre a sociedade política e a sociedade civil, entre o público e o privado, pois propõe que o poder político não seja determinado nem pelas condições de nascimento, nem com a intervenção do Estado, garantindo assim o livre exercício da propriedade, da palavra e da iniciativa econômica (ARANHA; MARTINS, 1986).

O contrato social proposto por Locke difere daquele que Rousseau propõe no modelo republicano. Para Locke, os homens concordam livremente em formar a sociedade civil para preservar e consolidar ainda mais os direitos que possuem.

A passagem do estado de natureza para a sociedade política ou civil se opera quando, através do contrato social, os indivíduos singulares dão seu consentimento unânime para a entrada no estado civil. Estabelecido o estado civil, o passo seguinte é a escolha pela comunidade de uma determinada forma de governo. Na escolha do governo, a unanimidade do contrato originário cede lugar ao princípio da maioria, segundo o qual prevalece a decisão majoritária e, simultaneamente, são respeitados os direitos da minoria (MELLO, 2001:86-87).

⁶ Texto on-line sem numeração de página.

Na visão liberal de democracia, o processo democrático se realiza ao encaminhar o governo segundo os interesses da sociedade. Held (2006) também mostra algumas características fundamentais do liberalismo, a saber: a participação na vida política é necessária não somente para proteger os interesses individuais, mas também para expandir as capacidades individuais de cada um; a soberania popular se estabelece por meio de um sistema proporcional de voto; o governo é representativo, com lideranças eleitas, eleições regulares e voto secreto; a Constituição assegura os direitos individuais; e há uma demarcação clara de divisão da assembleia parlamentar da burocracia pública. Esse sistema inclui eleições livres e justas em que cada cidadão vota de forma igualitária, ou seja, sem distinção de raça, religião, sexo ou classe social.

A concepção deliberativa de democracia, defendida por Habermas, se contrapõe às tradicionais apresentadas aqui, mas, por outro lado, assimila elementos de ambos os lados. Vejamos como o autor apresenta essas oposições:

Na interpretação liberal, a formação democrática da vontade tem como função única a legitimação do exercício do poder político. Resultados de eleições autorizam a assunção do poder pelo governo, e este, por sua vez, tem que justificar perante a esfera pública e o parlamento o uso deste poder. Na interpretação republicana, a formação democrática da vontade tem uma função muito mais importante, que é a de constituir a sociedade como uma comunidade política e manter viva, em cada eleição, a recordação desse ato fundador. Para exercer um mandato amplamente livre, o governo, além de receber o poder de escolher entre equipes de direção concorrentes, vincula-se programaticamente à realização de determinadas políticas (HABERMAS, 2003b:22-23).

Nesse sentido, Habermas coloca que as decisões de um governo e de uma administração vinculados ao direito e à lei serão melhores constituídas por meio de processos e pressupostos comunicativos racionais de formação da opinião e da vontade, ou seja, por meio da deliberação. A opinião pública que surge nesse processo racional de poder comunicativo não domina por si mesma o uso do poder administrativo, mas o direciona.

Para entender o significado da *racionalização* em Habermas, é importante observar que ele partiu de pressupostos kantianos para formular seus conceitos sobre a teoria deliberativa. Immanuel Kant foi um dos pensadores que estudou e pregou a questão da racionalidade política, da razão prática. Toda a filosofia kantiana, seja do direito ou da política, repousa sobre a concepção dos homens como seres morais: eles devem organizar-se segundo o direito, adotar a forma republicana de governo e estabelecer a paz internacional, porque tais são os comandos *a*

priori da razão (ANDRADE, 2010). A liberdade para Kant é agir segundo as leis. Mas ele coloca que somente um ser racional é capaz de formular e agir conforme as leis. Vejamos

Tudo na natureza funciona segundo leis. Somente um ser racional tem a capacidade de agir segundo a representação das leis, isto é, agir segundo princípios; ou seja, tem uma vontade. Como a razão é necessária para derivar ações de leis, a vontade não é outra coisa senão a razão prática. Se a razão determina inescapavelmente a vontade, então num ser racional as ações reconhecidas como objetivamente necessárias são também subjetivamente necessárias. Em outras palavras, a vontade é a faculdade de escolher apenas aquilo que a razão, independentemente das inclinações, reconhece como praticamente necessário, isto é, como bom (KANT, 2010:95).

Seguindo a tradição kantiana, Habermas questiona como um assunto pode ser regulamentado no igual interesse de todos, ou seja, como determinar o que é bom para todos. Os ideais kantianos aliam a racionalidade da comunicação pública à argumentação. O indivíduo só pode obter um sentido claro das identidades e diferenças, de quem ele é e quem é o outro, por meio da troca de discursos racionais, que leva ao que Habermas chama de autocompreensão ética. Mas a teoria deliberativa pretende, além de assegurar a validade ética das leis, conciliar interesses concorrentes de uma maneira compatível com o bem comum e também trazer princípios universais de justiça (HABERMAS, 1995; 2003b).

A proposta de Habermas entrelaça “considerações pragmáticas, compromissos, discursos de autocompreensão e de justiça” (1995⁷), com a presunção de obter resultados razoáveis e justos. Veremos como a visão habermasiana reelabora a razão prática empregada por Kant das questões de direitos universais ou mesmo de questões éticas específicas, para adequar-se às regras do discurso, às formas de argumentação das esferas públicas e do conteúdo normativo que surge de ações comunicativas.

1.1. A construção de esferas públicas e processos de comunicação

O conceito de esfera pública está principalmente ligado a Jürgen Habermas, que trouxe essa discussão para o campo da comunicação. Esfera pública pode ser definida como o espaço social e comunicativo entre esfera privada e o Estado. Caracterizado pelo acesso livre, geral e

⁷ Texto on-line sem numeração de página.

desimpedido ao público, pela publicidade e, com isso, pela possibilidade de crítica ao Estado autoritário e pela decisão própria autônoma do cidadão. É o espaço da deliberação e só pode ser constituído por meio da linguagem e o fluxo de informações que circula nele provém, entre outras fontes, dos *media* e de outros espaços de conversação e diálogo.

Mudança Estrutural da Esfera Pública (2003a), escrito em 1962 por Habermas, é uma das principais referências sobre o assunto. Apesar de o próprio autor ter criticado e revisto mais tarde certos conceitos, o livro é uma análise importante das transformações da esfera pública contemporânea na era da comunicação de massa.

As funções que os *media* exercem nos processos discursivos de legitimação nas sociedades democráticas passaram por grandes mudanças no desenvolvimento do pensamento do autor. Nessa primeira obra, Habermas, influenciado principalmente por Adorno, atribui à comunicação de massa uma função negativa no que se refere às práticas democráticas. Apesar de estabelecer uma relação entre os *media* e o princípio da publicidade para configurar a esfera pública, Habermas alerta que esse princípio está subvertido, visto que os meios de comunicação respondem à lógica do capital e do mercado. A indústria cultural levaria à colonização do mundo da vida e o público ficaria à mercê de instâncias econômicas e políticas. Desse modo, não poderia haver acesso igual para todos ao debate.

Desde que a venda da parte redacional está em correlação com a venda da parte dos anúncios, a imprensa, que até então fora instituição de pessoas privadas enquanto público, torna-se instituição de determinados membros do público enquanto pessoas privadas – ou seja, pórtico de entrada de privilegiados interesses privados na esfera pública (HABERMAS, 2003a:217-218).

Habermas estabelece nesse livro uma importante analogia entre o surgimento da esfera pública burguesa, nos séculos XVII e XVIII, e o surgimento da imprensa. A esfera pública burguesa, formada por cidadãos privados que se reuniam para debater assuntos de interesse geral em cafés e salões, utiliza a imprensa de opinião, em primeiro lugar, para mediar o uso público de suas razões, servindo de veículo para expressar os pontos de vista de modo aberto; segundo, para fazer circular essas opiniões em vários ambientes (MAIA, 2009:50).

Nesse sentido, o primeiro requisito da esfera pública é a comunicação – afinal os interesses e pretensões dos cidadãos só podem ser levados em conta se forem enunciados. O segundo requisito é a racionalidade, ou seja, as argumentações devem ser racionais. Sob esse

aspecto, “a esfera pública é a esfera do raciocínio público ou do uso público da razão” (GOMES e MAIA, 2008:38), que sempre se realiza por meio do debate, da discussão.

A esfera pública é a ocasião e a condição para gerar a opinião pública, que nada mais é que a vontade coletiva que nasce do consenso das razões em público. A ideia de opinião pública está associada a imprensa, que se torna instrumento para que as decisões políticas sejam tomadas e legitimadas nesse novo fórum público (HABERMAS, 2003a:78).

Habermas, como vimos, propõe que a submissão da esfera pública aos meios e à cultura de massa leva à decadência da esfera pública, tendo em vista a perda de suas três características fundamentais: acessibilidade, discutibilidade e racionalidade. Sobre a utilização dos meios de comunicação na construção de esfera pública, no sentido postulado por Habermas em *Mudança Estrutural*, Wilson Gomes escreve

Não é um meio de debate do qual se espera emergir uma opinião, mas um meio de circulação de opiniões estabelecidas às quais se espera uma adesão, o mais amplamente possível, de um público reduzido a uma massa chamada de tempos em tempos a realizar decisões “plebiscitárias”. Uma esfera pública constituída dessa arte não passaria de um meio de propaganda (2008:49).

Nessa época, Habermas entendia que, se os meios de comunicação respondem à lógica de capital e mercado, eles perdem a característica de acessibilidade a qualquer público e ao conhecimento de todos. Assim, ele acredita que se constroi uma opinião não pública, que não é resultado do debate entre os concernidos, mas sim a projeção de interesses particulares sob o disfarce de interesse de todos. “O jornalismo crítico é suprimido pelo manipulativo” (HABERMAS, 2003a:210).

Com o passar dos anos, Habermas foi mudando seu pensamento com relação ao papel dos meios de comunicação nas esferas públicas, reconhecendo a complexidade da dinâmica que eles exercem nos processos discursivos de legitimação e participação política. Em seu livro *Teoria da Ação Comunicativa*, de 1981, o autor indaga que os estudos empíricos devem verificar em que medida os meios de comunicação

oferecem oportunidades reais para que os membros da sociedade civil, em sua competição como os atores políticos e econômicos controladores do poder midiático, possam provocar mudanças no espectro de valores, de tópicos, e de razões canalizadas por influências externas, e abri-los ao escrutínio crítico, de modo inovador (HABERMAS, 1992 apud MAIA, 2009:55).

Mas somente 30 anos depois de *Mudança Estrutural*, em *Direito e Democracia*, de 1992, Habermas retoma o conceito de esfera pública. A partir dessa obra, o autor torna-se maleável, resistindo à tendência de perceber os *media* como meros porta-vozes de interesses ou como instrumento de dominação da esfera privada. Eles surgem com a capacidade de conferir visibilidade a eventos e discursos, libertando processos comunicativos de espaços restritos e permitindo uma integração de debates que se dão nesses espaços (GOMES e MAIA, 2008; MAIA, 2009).

Habermas aponta três contribuições potenciais que sustentam a importância desempenhada pelos meios de comunicação na constituição de esferas públicas. A primeira refere-se à questão da visibilidade, o seu poder de publicização; a segunda diz respeito à capacidade dos *media* de promover uma simultaneidade de acesso aos conteúdos discursivos que circulam em vários contextos argumentativos; a terceira contribuição diz respeito à acessibilidade das mensagens, que podem ser vistas por qualquer um, em qualquer lugar e a qualquer tempo (MARQUES, 2008).

A esfera pública pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos, tomadas de posição e opiniões; nela os fluxos comunicacionais são filtrados e sintetizados, a ponto de se condensarem em opiniões públicas enfeixadas em temas específicos (HABERMAS, 2003b:92).

No centro da discussão sobre esfera pública estão os processos pelos quais se formam a opinião e a vontade coletivas. Desse modo, a esfera pública ganha ainda mais contornos políticos. Ela existe para que haja uma solução coletiva para resolver os problemas que afetam a comunidade, fazendo valer os interesses da sociedade. Sendo assim, a função da esfera pública é articular os diferentes pontos de vista que circulam nas micro e macro esferas deliberativas do processo político. O conceito de esfera pública revisto por Habermas em *Direito e Democracia* se mostrou uma ferramenta importante para se compreender a política contemporânea, trazendo à tona o conceito de esfera pública política (GOMES e MAIA, 2008).

Nesse sentido, Habermas coloca que a “pressão da opinião pública consegue forçar um modo extraordinário de elaboração de problemas” (HABERMAS, 2003b:89). Tanto a opinião pública - a opinião coletiva resultante da discussão pública -, quanto a opinião publicada - pública em função de sua extrema visibilidade - são fundamentais para a construção de esferas

públicas políticas. Daí a importância dos meios de comunicação. “A influência da opinião publicada sobre o sistema político é tão grande justamente em função de sua capacidade de, por sua vez, influenciar a opinião pública do terceiro tipo” (GOMES e MAIA, 2008:114).

Embora tenha transformado sua atitude frente aos meios de comunicação de massa e reconheça que a esfera pública política não funciona sem os profissionais dos *media*, Habermas ainda alerta que para que a formação da opinião pública seja cuidadosamente considerada por meio de uma separação entre o Estado e a sociedade, é importante que o sistema midiático adquira independência com relação a seu ambiente social e também que haja *feedback* entre o discurso informado da elite e uma sociedade civil responsiva (2008:10).

É importante ressaltar que, ao retomar o conceito de esfera pública em *Direito e Democracia*, Habermas o relaciona com seu conceito de agir comunicativo. Para o autor, a esfera pública é o espaço social gerado pela ação comunicativa, ou seja, a ação comunicativa é responsável pela constituição da esfera pública e pela interconexão de várias esferas públicas parciais por meio do discurso. “A esfera pública constitui principalmente uma *estrutura comunicacional* do agir orientado pelo entendimento” (HABERMAS, 2003b:92).

Assim, no próximo tópico, vamos retomar o conceito habermasiano de ação comunicativa, fundamental para que o processo deliberativo se forme em seu modo ideal de democracia.

1.2. A teoria da ação comunicativa

O conceito de ação comunicativa pode ser resumido na seguinte frase: “sujeitos capazes de fala e ação que tentam alcançar o entendimento sobre algo no mundo” (HABERMAS, 2003c, 2004b, 2010). Os pressupostos desse conceito surgem quando o autor começa a pensar como indivíduos tão diferentes podem dialogar, como é possível dialogar e como o diálogo acontece em sociedades complexas.

O autor percebe que o instrumento comunicativo para o diálogo é a linguagem, mas não a linguagem com suas características semânticas. Sua importância se revela através do uso que os atores em interação fazem dela. Ela deve transformar um argumento, que é subjetivo, em um argumento que possa ser compreendido por todos, que possa ser contestado, contra-argumentado

ou ressaltado. Em meio à pluralidade de participantes em um debate, o entendimento deve ser alcançado nesse contexto interativo.

A ação comunicativa é um processo de alguém que se encontra com o outro (ou outros) e busca, em conjunto com o outro, negociar um entendimento sobre um problema que lhes afeta. Para isso, é necessário que usem a linguagem de forma que se entendam com clareza e criem uma identificação um com o outro para tomarem posições frente à fala alheia.

Portanto, a ação comunicativa só pode acontecer entre sujeitos capazes de fala e ação, pois eles devem construir uma rede de interações intersubjetivas que os conecta em um contexto histórico-social situado no tempo e no espaço (HABERMAS, 2003c, 2004b). A interação entre os parceiros comunicativos instaura um espaço social para que o “mundo da vida” possa emergir no curso do diálogo. É a ação comunicativa que faz avançar o mundo da vida.

O mundo da vida constitui, pois, o contexto da situação de ação; ao mesmo tempo, ele fornece os recursos para os processos de interpretação com os quais os participantes da comunicação procuram suprir a carência de entendimento mútuo que surgiu em cada situação de ação (HABERMAS, 2003c:167).

E acrescenta:

O mundo da vida não tem apenas uma função formadora de contextos. Oferece, ao mesmo tempo, um reservatório de convicções ao qual os participantes da comunicação vão haurir para darem resposta, com interpretações capazes de reunir consenso, à necessidade de entendimento surgida numa situação (HABERMAS, 2010:156).

O mundo da vida é um conjunto de certezas partilhadas, de elementos que são comuns a um grupo, é um reservatório de conhecimentos transmitidos culturalmente (HABERMAS, 2003c). Quando um indivíduo deseja interagir com outro – ou outros – parceiro comunicativo, serve-se desse reservatório, desse pano de fundo, para promover a interação, ser entendido e entender, protegendo a ação comunicativa contra os riscos de desentendimento entre os agentes. Ao contrário do mundo do sistema, que é movido pelo agir estratégico, o mundo da vida só pode se reproduzir através de ações comunicativas em constante andamento, portanto muda de acordo com o tempo e com as interações comunicativas em curso.

Outro aspecto fundamental na ação comunicativa é a racionalidade, pois sujeitos capazes de fala e ação usam a linguagem e o conhecimento de forma racional para chegar ao

entendimento. Assim, a racionalidade dos participantes está menos ligada à posse de conhecimento do que ao uso que eles fazem dele. Habermas (2004b) deseja mostrar que essa racionalidade nos é inerente e nos acompanha na prática comunicativa cotidiana.

Essa racionalidade comunicativa exprime-se na força unificadora da fala orientada ao entendimento mútuo, discurso que assegura aos falantes envolvidos um mundo da vida intersubjetivamente partilhado e, ao mesmo tempo, o horizonte no interior do qual todos podem se referir a um único e mesmo mundo objetivo (HABERMAS, 2004b:107).

Para que a racionalidade comunicativa aconteça, o participante utiliza o ato de fala para se entender a respeito de algo com um ouvinte. O ato de fala são aqueles pelos quais o falante pode assumir uma garantia de que as pretensões de validade podem ser alcançadas discursivamente. Os participantes da ação comunicativa movem-se ao executarem ou compreenderem um ato de fala. Para Habermas (2010), os atos de fala são meios que servem para o fim do entendimento, com dois fins: que o ouvinte compreenda o significado do que foi dito e que o reconheça como válido.

Cada ato de fala exige uma demanda de validade. As demandas ou pretensões de validade para os atos de fala são três, a saber (HABERMAS, 2003c, 2010):

- a) Verdade – quando o ato de fala se refere a algo que existe no mundo objetivo;
- b) Veracidade – quando o ato de fala expressa algo que é de domínio subjetivo, mas o sujeito tem acesso privilegiado;
- c) Correção – quando o ato de fala dirige-se a normas que sustentam as relações sociais e que merecem reconhecimento num mundo social intersubjetivamente partilhado.

É por causa das pretensões de validade que o participante pode mover o ouvinte à aceitação de seu ato de fala e assim alcançar o prosseguimento da interação, assegurando a adesão.

Nesse contexto, a racionalidade discursiva de uma pessoa mede-se pelo fato de ela se expressar racionalmente, ou seja, um falante deve confrontar o ouvinte por meio da argumentação. É mais importante *como* eu transmito o que sei do que o *quanto* sei.

A racionalidade tem menos a ver com a posse de saber do que com a forma como os sujeitos dotados de capacidade de fala e de ação empregam o seu saber. Ora, é certo que nas actividades não linguísticas se encontra consubstanciado um saber

proposicional, tal como acontece com os actos de fala; mas é o modo de utilização específico desse saber que decide o sentido da racionalidade, pela qual se mede o êxito da acção (HABERMAS, 2010:175).

No entanto, o que sabemos pode ser criticado e pode ser falível na perspectiva do outro. Assim, para alcançar o entendimento sobre algo no mundo, é necessário fazer uso da argumentação para tornar claros os pontos de vista, os modos de viver e o modo como as escolhas foram realizadas. O entendimento só pode ser alcançado se os indivíduos em interação, livres de constrangimentos, se encontrarem em uma posição de autonomia para decidir se vão responder “sim” ou “não” aos argumentos propostos dentro dessas demandas de validade proferidos no ato de fala do outro. Os argumentos são dados, questionados, aceitos ou refutados. Há um constante avanço e recuo de posições e o consenso se produz em meio a uma negociação de significados e sentidos ininterrupta entre os participantes (HABERMAS, 2003c, 2004b). É importante salientar que o consenso entre os participantes não significa que todos concordam com o que foi dito, mas sim que o compreendem.

O agir comunicativo é o oposto do que Habermas chama de agir estratégico. No agir estratégico, os envolvidos coordenam suas ações orientadas para fins e consequências.

Enquanto que no agir estratégico um atua sobre o outro para ensejar a continuação desejada de uma interação, no agir comunicativo um é motivado racionalmente pelo outro para uma ação de adesão – e isso em virtude do efeito ilocucionário de comprometimento que a oferta de um ato de fala suscita (HABERMAS, 2003c:79).

Como vimos, os princípios da ação comunicativa estão correlacionados diretamente com os conceitos de deliberação, um processo social de comunicação, que pode conectar esferas formais e informais de discussão, além de diferentes atores e discursos, que estabelecem um diálogo para avaliar e compreender um problema de interesse coletivo. Para Habermas (2003c), como vimos, somente sujeitos capazes de fala e ação, ou seja, racionais, podem alcançar o entendimento sobre algo por meio da deliberação.

No entanto, numa sociedade plural, complexa e com pessoas tão diferentes entre si, é possível a participação efetiva e responsável de todos os indivíduos na tentativa de solucionar racionalmente os problemas da vida humana? Para estabelecer um princípio formal, moral e normativo, que legitimasse as trocas argumentativas em situações de discurso prático, Habermas

se preocupou em encontrar uma ética para a discussão acerca dos problemas morais, que veremos a seguir.

1.3. A ética do discurso

A existência de uma ética da dimensão pública é imprescindível quando se fala em política. Ela é uma moldura de valores que regulam uma dimensão normativa, os quais são reconhecidos implicitamente em todas as dimensões.

Nesse sentido, a ética do discurso existe para possibilitar, por meio do uso racional da linguagem, a regulamentação das questões morais de interesse de todos. Ela afirma a igual participação de todos os concernidos em discussões públicas sobre normas políticas, pois esta seria a única forma de solucionar, de modo justo, os problemas coletivos.

A linguagem é o meio fundamental para alcançar o entendimento sobre algo que está em debate e afeta a todos. Sendo assim, os discursos (discussão) são essenciais para a ética, já que é por meio deles que aprendemos a adotar o ponto de vista dos outros, ou seja, que aprendemos a adotar o ponto de vista moral.

Para entender a ética do discurso é preciso antes explicar a distinção que Habermas estabelece entre questões morais e questões éticas, presente no livro *A Inclusão do Outro*, de 1996. Habermas afirma

Nós julgamos as orientações de valor, bem como a autocompreensão das pessoas ou grupos baseada em valores, a partir de pontos de vista *éticos*, e julgamos os deveres, as normas e os mandamentos a partir de pontos de vista *morais* (HABERMAS, 2004a:40).

As questões éticas dizem respeito às concepções formuladas em primeira pessoa, ou seja, o que é melhor para mim ou para nós, comunidade, grupo, associação. É como os membros de uma comunidade entendem a si mesmos, quais são os seus critérios e como devem viver. Já as questões morais remetem ao que é de interesse uniforme de todos. Assim, amplia-se o horizonte de interpretação, numa perspectiva intersubjetivamente ampliada, de modo que ele interage com os horizontes de outras pessoas (HABERMAS, 2004a).

No entanto, o ponto de vista da moral só pode ser realizado se cada um, a partir da sua autocompreensão e compreensão do mundo, possa testar a aceitabilidade de uma norma, ou seja, cada um deve considerar a perspectiva dos demais a fim de, pelo mútuo entendimento, descobrir se todos os participantes podem ser beneficiados pelas consequências dessas normas, o que Habermas chamou de teste de generalização (2004a).

Desse modo, impede-se que avaliemos as situações e problemas somente a partir de nosso próprio ponto de vista. Para Habermas (2004a), a ética do discurso funda um espaço para os fenômenos que constituem a aceitação discursiva de normas em contraposição à sua mera internalização. Para que essas normas sejam justas e amplas para todos, precisam passar por uma discussão prática.

Uma lei só é válida no sentido moral quando pode ser aceita por todos a partir da perspectiva de cada um. Só por meio do debate pode-se saber se a norma que é objeto de debate pode ser considerada generalizável a partir do ponto de vista de todos os participantes (HABERMAS, 2004a:46).

Habermas (2004a) também postulou princípios para a formação da esfera pública baseada na ética do discurso. Em primeiro lugar, a ação estratégica de convencimento deve ser substituída pelo diálogo e pela busca cooperativa de melhor argumento. Além disso, não se devem privilegiar falantes ou temas, ou desqualificar e excluir sem motivo quaisquer participantes. A manipulação e a influência devem ser evitadas e a reciprocidade deve ser privilegiada.

Wilson Gomes (2004), ao usar a ética do discurso para analisar propagandas políticas, lembra que a ética da argumentação pública inclui também as demandas ou pretensões de validade que vimos no tópico anterior: verdade, veracidade e correção normativa.

a) Exigência de verdade: “exige-se de quem argumenta uma espécie de vontade de verdade, ou a vontade de alcançar um acordo argumentativo sobre a verdade através do debate discursivo” (2004:223);

b) Exigência de veracidade: “a ética exige que quem afirme algo numa disputa discursiva esteja convencido do que afirma e compromete-o implicitamente a sustentar somente aquilo de que está realmente convencido” (2004:224);

c) Exigência de correção normativa: “exige de quem argumenta que se submeta às regras normativas da interação, já impostas e implicitamente aceitas por todos” (2004:224).

Gomes também ressalta mais dois movimentos importantes que a ética do discurso contempla. Em primeiro lugar, o fato de que a ética não regula apenas as próprias relações interativas, mas também a sua existência. “A aceitação das regras do jogo pressupõe a aceitação do próprio jogo e dos jogadores, sem os quais a discussão sobre as regras não faz o menor sentido” (2004:223).

Para citar o outro movimento, Gomes recorre ao que ele chama de situação discursiva ideal, proposta por Habermas. Nesse caso, a situação ideal é dada pelo cumprimento de duas exigências morais: a garantia da expressão veraz e sincera de todos os participantes da argumentação e a garantia a todos de iniciar e continuar o debate (2004).

É importante lembrar que a argumentação ocorre com o debate, que nada mais é que a intenção de convencimento recíproco quanto à legitimidade das reivindicações que cada um defende diante do outro. Nesse caso, convencimento não significa agir estratégico. Pelo contrário, o convencimento se dá por meio da ética do discurso, onde todos têm igual oportunidade de expor seus argumentos e todos estão abertos a ouvir e debater as questões expostas. Habermas (2004a) propõe que a práxis argumentativa melhora os próprios argumentos e o próprio processo argumentativo visando ao bem comum. Para isso é necessário que:

(a) ninguém que possa dar uma contribuição relevante pode ser excluído da participação; (b) a todos se dará a mesma chance de dar contribuições; (c) os participantes devem pensar aquilo que dizem; (d) a comunicação deve ser isenta de coações internas ou externas, de tal forma que os posicionamentos de ‘sim’ e ‘não’ antes reivindicações de validação criticáveis sejam motivados tão-somente pela força de convencimento das melhores razões (HABERMAS, 2004a:60).

O autor propõe, então, duas dimensões da ética do discurso: o princípio “D” e o princípio “U”. O Princípio Moral, ou princípio “D”, diz respeito ao próprio discurso ou argumentação, ou seja, normas morais, para serem válidas, precisam contar com a concordância de todos os envolvidos que testam seus argumentos em discursos práticos, ou seja, se há um problema que afeta a todos, todos devem discuti-lo para chegar a um acordo. “Válido será o discurso cuja argumentação possa ser aceita discursiva e responsabilmente por todos os participantes” (HERRERO, 2002:77). Mas o princípio “D” deixa em aberto o caminho pelo qual se pode visar a

um comum acordo discursivo. Para a operacionalização de “D” falta uma regra para a argumentação que indique como as normas podem ser fundamentadas (HABERMAS, 2004a).

Já a situação empírica, ou princípio “U”, está inspirado em “D” e ambos se complementam. Preocupa-se com os resultados, com os ganhos, ou seja, é o discurso prático aplicado ao mundo da vida. Sobre o princípio “U”, Habermas afirma:

Uma norma só é válida quando as consequências presumíveis e os efeitos secundários para os interesses específicos e para as orientações de cada um, decorrentes do cumprimento geral dessa mesma norma, podem ser aceitos sem coação por todos os atingidos em conjunto (HABERMAS, 2004a:58).

De acordo com Herrero (2002), em todo discurso argumentativo estamos pressupondo o princípio da reciprocidade dialógica, que, além das pretensões de validade já citadas, supõe ainda que todo sujeito é livre e autônomo para pensar e agir sem restrições externas e para participar de discursos reais; todo sujeito livre tem a mesma responsabilidade, os mesmos direitos e as mesmas obrigações na solução discursiva e racional dos problemas da vida humana; e todo sujeito é livre para poder se expressar autenticamente e se realizar com os outros no mundo da vida. “Nada pode ser reivindicado como válido a não ser aquilo que possa ser fundamentado racional e responsavelmente através de argumentos (2002:77).

A ética do discurso envolve a atitude de colocar-se no lugar do outro. Participar de discursos práticos responde às necessidades de todos os concernidos pelos problemas em discussão, pois ninguém melhor do que eles mesmos para falar a respeito daquilo que lhes afeta a vida cotidiana.

Como vimos, o princípio moral e normativo da ética do discurso é concretizado em situações discursivas práticas. Desse modo, o espaço social gerado no agir comunicativo, ou seja, as esferas públicas de produção de decisão e discussão abertas a todos, regulamentadas pela ética do discurso, têm sido normativamente reconstruídas, formando a teoria deliberativa, uma forma de comunicação ideal, que parece, à primeira vista, ser o melhor, e mais justo, meio de aperfeiçoar a qualidade das decisões políticas.

1.4. A teoria deliberativa em Habermas: fundamentações e críticas

O debate que se propõe a ser público nas democracias contemporâneas quase não existe de fato. Ele é geralmente superficial, desorientado, com poucas informações sobre o que afeta os próprios atores sociais envolvidos no debate. Os eleitores, que nas urnas decidem seus representantes, acabam sendo, na maioria das vezes, mal informados e alienados sobre o processo político e sofrem de uma falta de engajamento. No entanto, os votos não nascem assim, do nada, na sociedade civil. Para decidir em quem votar, mesmo com toda a superficialidade e alienação supostamente encarnada no cidadão, as vozes nas esferas informais de comunicação já foram ouvidas e se fizeram ouvir. E o sistema político, apesar de pouco envolver a população no debate, depende dessa legitimação democrática para continuar existindo.

Nesse contexto, surge o conceito de democracia deliberativa, que tem como objetivo transformar pontos de vista privados, através de uma troca de ideias entre sujeitos, em posições coletivas que podem ser levadas a público. O princípio do debate é legitimar o consenso coletivo, buscando soluções para problemas que afetam muitos (HELD, 2006).

Desse modo, a necessidade de reconhecimento social e uma maior e efetiva participação da população em discussões sobre problemas que lhe afeta, bem como a exigência de um procedimento que legitimasse as políticas públicas, sem excluir os envolvidos e colocando em debate todos os pontos de vista conflitantes, fez com que, nas últimas décadas, a teoria deliberativa ganhasse *corpus* e diversos estudiosos vêm consolidando as bases normativas desse modelo democrático.

Certamente, Habermas (1989, 1995, 2003b, 2008), com seus conceitos sobre esfera pública e ação comunicativa, foi o formador das bases conceituais da noção de deliberação pública e consolidou a deliberação como um processo democrático incontestável na atualidade. Ele se tornou parâmetro para o desenvolvimento de pesquisas de outros autores, como Seyla Benhabib (2009); James Bohman (1996, 2009); Maeve Cooke (2009); Simone Chambers (2009); Rousiley Maia (2008, 2009); Wilson Gomes (2004, 2008) e Angela Marques (2008, 2009b, 2010b), entre outros.

Habermas parte do princípio de que os cidadãos – iguais, livres e organizados – podem encaminhar suas propostas às esferas centrais do sistema político e que os atores administrativos estão prontos a escutar e a inserir tais demandas nos processos decisórios (MARQUES, 2009b).

Para Habermas (2003b), fortemente apoiado em Joshua Cohen, a política deliberativa caminha em dois trilhos: a argumentação pública e o intercâmbio racional entre cidadãos iguais. A deliberação é uma troca regulada de informações e argumentos entre as partes, ou seja, realiza-se através da linguagem, da argumentação. Além disso, ela deve ser inclusiva e pública, com iguais chances de acesso e participação para todos, e os participantes não devem sofrer nenhum tipo de coerção, seja interna ou externa, apenas se submetendo às regras do procedimento e aos pressupostos da comunicação. Habermas (2008) acrescenta, levando em conta o caráter político das deliberações, que elas visam a um acordo motivado racionalmente e a regra da maioria é válida até o momento que a minoria consegue, por meio de argumentos racionais, convencer a maioria do contrário. Elas também abrangem todas as matérias passíveis de regulação, tendo em vista o interesse de todos. Ou seja, as deliberações políticas vão acontecer em torno de assuntos que afetem a maioria das pessoas, mas não significa que necessidades e interesses privados não possam ser levantados por um grupo para que a discussão sobre sua relevância também aconteça.

Habermas afirma ainda que a deliberação precisa cumprir três funções:

Mobilizar e reunir questões relevantes e informações necessárias, especificando interpretações; processar tais contribuições discursivamente por meio de argumentos adequados, sejam eles favoráveis ou contrários a uma questão; e gerar atitudes racionalmente motivadas – favoráveis ou contrárias a uma questão -, as quais possuem grande probabilidade de determinar o resultado de decisões procedimentalmente corretas (HABERMAS, 2008:15).

Reitera-se, então, que a deliberação então deve ser entendida como um processo social de comunicação, que pode conectar esferas formais e informais de discussão, além de diferentes atores e discursos, que estabelecem um diálogo para avaliar e compreender um problema de interesse coletivo. Para isso, é necessário que os indivíduos saibam fazer uso da linguagem para argumentar, considerar a opinião do outro, refletir e simultaneamente interpelá-lo, convencendo-o e se deixando convencer. Os atores sociais que se propõe a participar do processo deliberativo estão expostos a opiniões que nem sempre concordam e devem deixar-se persuadir por elas, ao mesmo tempo em que expõem seus pontos de vista.

A deliberação requer que os indivíduos sejam capazes de dialogar através de suas diferenças. O engajamento na deliberação requer, portanto, que todos os participantes sejam capazes de formular razões próprias e passíveis de serem compreendidas e aceitas; de iniciar debates e interpretar suas necessidades de maneira reflexiva,

expondo seus interesses sob uma perspectiva generalizante, sem que haja desigualdades de acesso e de poder (MARQUES, 2010a:3).

Como ação comunicativa recíproca, a deliberação está associada a redes que disseminam opiniões de forma não coercitiva, que se interceptam em dinâmicas livres e espontâneas de comunicação (BENHABIB, 2009). Daí a importância da articulação entre as diferentes esferas públicas, sejam elas formais, informais ou midiáticas. É tão somente através do diálogo com os outros que a deliberação pode existir. Ela deve ser uma troca dialógica livre e inclusiva, “na qual os interlocutores oferecem razões, recebem considerações e providenciam respostas uns aos outros” (BOHMAN, 2009:37).

Fica clara a importância da argumentação, bem como da contra-argumentação, no sistema deliberativo. Para os autores deliberativos, o uso racional da linguagem, de modo que todos possam ser entendidos com clareza, é essencial para o entendimento. Por outro lado, alguns princípios normativos (MARQUES, 2010b) são responsáveis por regular a deliberação pública e também são os principais alvos das críticas ao modelo deliberativo aqui exposto. Vejamos:

- a) Igualdade - “todos têm igual chance de iniciar atos de fala, de questionar, de interrogar e de instaurar um debate” (BENHABIB, 2009:113)
- b) Publicidade – dar visibilidade às informações produzidas no debate
- c) Reciprocidade – aberto às considerações de cada participante
- d) Reflexividade – “todos têm o direito de produzir argumentos reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e sobre o modo como são aplicadas e empregadas” (BENHABIB, 2009:113)
- e) Prestação de contas
- f) Autonomia
- g) Ausência de coerção e – “todos têm o direito de questionar os tópicos designados para o debate” (BENHABIB, 2009:113)
- h) Respeito mútuo

É a partir desses princípios normativos que surgem as principais críticas ao modelo deliberativo. Autores como Margareth Kohn (2000), Nancy Fraser (1990), Iris Young (2001), Ian Shapiro (1999), Chantal Mouffe (1999, 2005) e a própria Seyla Benhabib (2009) consideram

questionáveis certos preceitos da democracia deliberativa, especialmente no que se refere às questões de igualdade, imparcialidade e inclusão irrestrita.

As primeiras críticas ao modelo deliberativo de democracia surgiram dos liberais que diziam que esse modelo iria corroer a esfera da privacidade individual e, ao mesmo tempo, tolher a liberdade de cada um.

Held (2006) menciona a questão da imparcialidade como o principal problema na teoria deliberativa. No capítulo a respeito da democracia deliberativa, em seu livro *Models of democracy*, Held afirma que a imparcialidade guia todo o processo deliberativo exposto por Habermas e outros autores. Ser imparcial, ele explica, é estar aberto para debater os problemas que afetam todos, escutando todos os pontos de vista e argumentando e contra-argumentando de forma justa e correta, sem levar em conta condições e histórias de vida pessoais. A crítica mais feroz a esse respeito foi postulada por Iris Young. De acordo com Held

Ela critica o ideal por vários motivos. Primeiramente, o ideal de imparcialidade expressa uma ficção porque se fundamenta na pressuposição de que as pessoas podem transcender suas particularidades quando envolvidas na deliberação. (...) Em segundo lugar, o ideal de imparcialidade “reprime a diferença”, na medida em que visa reduzir formas diversas e complexas de raciocínio para um modelo simples de raciocinar em conjunto. Em terceiro lugar, reduz falsamente um grande número de pontos de vista possíveis no mundo para um único ponto de vista – ponto de vista que alegadamente todos os sujeitos racionais podem adotar (HELD, 2006:244)⁸.

Nesse sentido, Young (2001) também critica a questão da igualdade entre os participantes. Segundo a autora, os teóricos deliberativos acreditam que basta isolar o poder político e o poder econômico para haver igualdade entre todos os participantes. Young alerta que a igualdade entre os interlocutores só aconteceria se fosse levada em conta também a “desvalorização do estilo de discurso de alguns indivíduos e a elevação de outros” (2001:370). Como as normas de deliberação privilegiam o discurso formal e a capacidade de se expressar de forma clara e objetiva, nem todos conseguem fazer parte do processo, porque a forma de se expressar de alguns pode ser desvalorizada devido à sua falta de bagagem cultural e hesitação ao falar.

⁸ Do original: “She criticizes the ideal for a number of reasons. In the first instance, the ideal of impartiality expresses a fiction because it rests on the assumption that people can transcend their particularities when engaging in deliberation. (...) Second, the ideal of impartiality ‘represses difference’ in that, it seeks to reduce diverse and complex forms of reasoning to a simple model of reasoning together. Third, it falsely reduces a multiplicity of possible standpoints in the world to one viewpoint – the viewpoint that, allegedly, all rational subjects can adopt”.

Margareth Kohn (2000) também faz críticas à questão da competência linguística dos atores sociais do processo deliberativo, que estaria distribuída hierarquicamente e de modo desigual. Para ela, os participantes não usam as mesmas expressões linguísticas e da mesma forma. “A linguagem não pode ser completamente determinada porque está constantemente sendo reconstituída por condições sociais e apagada por costumes e práticas” (KOHN, 2000:410)⁹.

Sobre as questões de imparcialidade e igualdade, Kohn ainda acrescenta

Meu argumento é o de que colocar a deliberação no centro da teoria política tem certos efeitos que podem ser questionados. Significa pensar que a defesa da igualdade e da imparcialidade pode privilegiar estratégias comunicativas da elite, encorajando a reprodução de hierarquias já existentes. (...) O que é preciso é resistir e desafiar visões hegemônicas da vida em comum (KOHN, 2000:426)¹⁰.

Além disso, as sociedades das quais Habermas fala, ao propor a teoria deliberativa, têm sido dominadas por homens, brancos e pela classe dominante economicamente. Nesse sentido, surge uma crítica feminista a predominância do universo masculino nas deliberações públicas. Benhabib (2009) coloca que o modelo de assembleia legislativa deliberativa utilizado pelos teóricos era aquele espaço histórico, social e cultural predominantemente masculino. Tanto Nancy Fraser (1990) quanto Iris Young (2001) não rejeitam o modelo deliberativo, mas propõe mudanças que possam incluir as diferentes culturas, perspectivas sociais e um público heterogêneo na esfera de discussão pública.

Young (2001) defende uma teoria que ela chama de democracia comunicativa, que inclui indivíduos que se relacionam por meio de suas diferenças relativas à classe, gênero, raça, religião. Esse conceito, em vez da argumentação racional, propõe uma modalidade de comunicação que privilegia a saudação, a retórica e a narração. Chantal Mouffe (2005) também critica a forma de racionalidade deliberativa, constantemente reiterada por Habermas. Mouffe afirma que “ao privilegiar a racionalidade (...) deixam de lado um elemento central, que é o papel crucial desempenhado por paixões e afetos na garantia da fidelidade a valores democráticos”

⁹ Do original: “Language cannot be completely determined because it is constantly being reconstituted by social conditions and erased by custom and practices”.

¹⁰ Do original: “My argument is that placing deliberation at the center of political theory has certain effects which must be interrogated. Under the guise of equality and impartiality, deliberative democracy privileges the communicative strategies of elites. By strengthening the conceptual tools of the dominant paradigm, it encourages the reproduction of existing hierarchies. (...) the people mount challenges to currently hegemonic visions of collective life”.

(2005:17). A autora entende que indivíduos que se engajam na democracia são aqueles que fazem parte de uma instituição, discurso e forma de vida, que inclui suas subjetividades.

Fraser (1990) também sugere que o modelo unitário de esfera pública seja substituído por um modelo onde múltiplas vozes possam ser ouvidas. Assim, ela conclui, as mulheres excluídas do processo deliberativo poderiam ser nele inseridas.

Em geral, eu tenho defendido que o ideal da paridade participativa é melhor alcançado por uma multiplicidade de públicos do que por um único público. Isto é fato tanto para sociedades estratificadas e igualitárias quanto para sociedades multiculturais, embora por razões diferentes. (...) Nós precisamos de uma sociologia política e crítica de uma forma de vida pública em que públicos múltiplos, porém desiguais, participem. Isto significa teorizar a interação contestatória de públicos diferentes e identificar os mecanismos que tornam alguns deles subordinados a outros (FRASER, 1990:70)¹¹.

Mesmo assim, Shapiro (1999) alerta que a deliberação ainda privilegia os interesses dos poderosos, ou seja, segundo o autor, a política diz respeito ao poder e não à distribuição igualitária de vozes. Ao analisar situações de debate público, baseado em Gutmann e Thompson's, Shapiro observa que alguns grupos simplesmente são excluídos do debate e o resultado é que suas vozes são ignoradas.

Há circunstâncias em que seria saudável para a formação de políticas públicas que houvesse mais deliberação, mas muitas vezes o principal obstáculo não é a falta de vontade por parte de pessoas com diferentes convicções morais para deliberar em prol de poder minimizar suas diferenças. Pelo contrário, a deliberação resulta de decisões de atores poderosos que fazem o seu negócio para moldar os termos do debate público através das contribuições financeiras que disponibilizam para os políticos e campanhas políticas (SHAPIRO, 1999:34)¹².

Outra crítica normalmente feita ao modelo deliberativo é sobre a dificuldade de aplicar a teoria na prática, tendo em vista seus princípios normativos exigentes e quase que impossíveis de

¹¹ Do original: "In general, I have been arguing that the ideal of participatory parity is better achieved by a multiplicity of publics than by a single public. This is true both for stratified societies and for egalitarian, multicultural societies, albeit for different reasons. (...) We need a critical political sociology of a form of public life in which multiple but unequal publics participate. This means theorizing the contestatory interaction of different publics and identifying the mechanisms that render some of them subordinate to others".

¹² Do original: "There are circumstances in which more deliberation would be a healthy thing in the formation of public policy, but often the principal obstacle is not the lack of will on the part of people with differing moral convictions to deliberate in ways that can minimize their differences. Rather, it results from decisions by powerful players who make it their business to shape the terms of public debate through the financial contributions they make available to politicians and political campaigns".

serem alcançados. Consideram-no utópico para ser colocado em prática numa sociedade complexa como a nossa. O próprio Habermas admitiu: “a deliberação é uma forma de comunicação exigente” (2008:11). Mouffe (2005) também alerta que o modelo de democracia deliberativa nega o caráter pluralista e complexo da sociedade e, por essa razão, o ideal de democracia deliberativa não alcança o consenso racional na esfera pública.

Ao postularem a disponibilidade de uma esfera pública não-exclusiva de deliberação em que se poderia obter um consenso racional, os autores que defendem tal modelo negam o caráter inerentemente conflitual do pluralismo moderno. Eles são incapazes de reconhecer que por fim à deliberação sempre resulta de uma *decisão* que exclui outras possibilidades e pela qual não se deve deixar de assumir responsabilidade com o apelo a comandos de regras gerais ou princípios (MOUFFE, 2005:21).

Para tentar sanar essa deficiência, a autora propõe o “pluralismo agonista”, que estabelece um consenso sem exclusão e rompe com a ilusão de que uma democracia perfeitamente bem-sucedida possa ser alcançada. Assim, o debate fica receptivo à multiplicidade de vozes, mantém-se vivo e contínuo (MOUFFE, 1999).

Como vimos, a possibilidade de oferecer outros caminhos, partindo daquilo que o modelo não abrange ou não questiona, é uma das contribuições da teoria deliberativa. Bohman (1996, 2009), por exemplo, propõe um modelo dialógico de deliberação pública. Para ele, o diálogo sempre precisa ser mantido. Baseado em Gadamer, Bohman afirma

No diálogo há movimento. Cada interlocutor incorpora e reinterpreta as contribuições dos outros às suas próprias. Depois de um determinado período de tempo, os interlocutores começam a utilizar expressões que não empregavam antes, afinal, o processo de tentar convencer os outros pode alterar não só o modo de expressão de alguém, mas também as razões que esse indivíduo considera convincentes (BOHMAN, 2009:70).

A contribuição do modelo deliberativo também está nas possibilidades de intercâmbios de esferas públicas e na construção de redefinições de problemas e perspectivas dos participantes. Quem fala, ouve e pensa sobre determinado assunto que lhe afeta, acaba se constituindo sujeito político? Existe nos atores sociais a percepção de que há um hiato entre as pessoas que não é transposto? A deliberação pode ser um processo capaz de conectar diferentes espaços discursivos, ou seja, os intercâmbios nas esferas públicas de fato acontecem?

Assim, vou utilizar as lentes teóricas vistas neste capítulo para passar à análise de três âmbitos discursivos em torno da discussão do Projeto de Lei do Ato Médico: as esferas públicas midiáticas, as esferas públicas formalmente constituídas e as esferas de conversação cotidiana.

CAPÍTULO 2

2. ESFERAS PÚBLICAS MIDIÁTICAS

2.1. Esfera de visibilidade pública: o papel dos *media* na construção do debate

O nascimento da esfera pública burguesa, no século XVIII, está diretamente relacionado ao surgimento da imprensa. Os meios de comunicação asseguram a visibilidade social de uma questão que afeta muitos atores sociais (MARTINO, 2010). As funções que os *media* exercem nos processos discursivos de legitimação nas sociedades democráticas passaram por grandes mudanças no desenvolvimento do pensamento de Habermas. Em *Mudança Estrutural da Esfera Pública* (2003a), ele estabelece uma clara relação entre os *media* e a configuração das esferas públicas. “Os cidadãos precisam conhecer e julgar os discursos e as ações de seus representantes, sendo a publicidade uma condição necessária a esse julgamento” (MAIA, 2009:49). Assim, a publicidade é essencial para a formação da opinião pública e da vontade política.

A publicidade cria um espaço para a deliberação. Somente quando os atos, as intenções ou os planos podem ser conhecidos tem-se a possibilidade de gerar um processo dialógico de troca de razões com o objetivo de solucionar situações problemáticas (MAIA, 2002:4).

No entanto, como vimos no primeiro capítulo, as influências da Escola de Frankfurt no pensamento habermasiano levam o autor a formular críticas à comunicação de massa. Os meios de comunicação, com o desenvolvimento da indústria cultural, teriam se transformado em grandes empresas e passam a obedecer à lógica do mercado, deixando de ser acessível ao conhecimento de todos. Não poderia haver acesso igual para todos ao debate, pois a esfera pública midiática é “encenada, espetacular, espaço de exibição, vitrine de opiniões em disputa pela atenção e adesão” (GOMES e MAIA, 2008:124), ou seja, Habermas contesta a capacidade da esfera pública midiática de produzir, e não apenas representar, a opinião pública. Para ele, os *media* fabricariam uma opinião não pública, expondo interesses particulares sob o disfarce de interesses de todos (HABERMAS, 2003a).

Com o passar do tempo, Habermas (2003b, 2008) gradativamente vai abrindo as portas para que a comunicação seja o instrumento da integração social. Ele admite que os *media* podem gerar uma série de falas pluralistas de debates e opiniões, o que é saudável para a democracia deliberativa. Eles promovem múltiplos modos de trocas argumentativas, desempenhando um papel central na mediação de diferentes esferas públicas, fazendo circular as informações (poder de publicização).

O debate, para acontecer, precisa ser argumentativo e obter o consenso, ainda que provisório. Mas precisa também ser público. As razões que o sustentam precisam ser expostas, ganhar visibilidade e, por consequência, acessibilidade. É a visibilidade que suporta a deliberação em uma democracia. “A ampla circulação de mensagens compreensíveis, estimuladoras da atenção, assegura certamente uma inclusão suficiente dos participantes” (HABERMAS, 2003b:94).

É importante mostrar que a esfera de visibilidade pública, a qual me refiro nesse tópico, é diferente da esfera do debate público. A esfera pública é principalmente um espaço de argumentação, onde os atores sociais falam, ouvem, são contestados ou não, são convencidos ou não, e competem pelas melhores razões. A esfera pública política também é um espaço argumentativo, mas, nesse caso, é a comunicação política mediada na esfera pública para formar e reunir questões relevantes e informações necessárias e preparar uma agenda para as instituições políticas (HABERMAS, 2008). Já a esfera de visibilidade pública é essencialmente expositiva, constituída pelo conjunto de emissões dos *media*, em suas diversas modalidades.

É justamente o sistema expressivo formado pelo conjunto da emissão dos meios de comunicação que constitui a esfera de visibilidade pública, tornando disponível ao público, ou ao sistema dos seus apreciados, uma espécie de quadro do mundo (GOMES e MAIA, 2008:143).

Segundo Habermas (2008), todos os tipos de esferas públicas são, de algum modo, interligadas e uma influencia a outra. Nesse sentido, entendendo a deliberação como um processo argumentativo, a esfera pública deliberativa “precisa da exposição da esfera de visibilidade pública para cumprir o seu papel de discussão aberta a todos os concernidos” (GOMES e MAIA, 2008:136). Além disso, os temas que afetam os atores sociais ficam disponíveis na esfera de visibilidade pública. Ela também é fundamental para a esfera pública

política, pois ela não funciona sem os profissionais dos *media* e sem os políticos (HABERMAS, 2008). Vamos observar, no decorrer da análise, se isso acontece na prática.

A esfera de visibilidade pública pode gerar um discurso argumentativo, com formulações coerentes dos participantes, mas também pode gerar opiniões vazias, baseadas no “achismo”. Na maioria das vezes são polêmicas, mas com proposições incoerentes, sem argumentos sólidos. É o que Wilson Gomes (2008) chamou de “psedo-argumentação”. Mas o mais comum de ser encontrado nos meios de comunicação são as posições “competentes”, ou seja, aquelas que parecem ser resultados de uma argumentação fundamentada em um consenso de uma discussão realizada fora do ambiente midiático, o que Gomes (2008) chamou de “discurso dogmático”. Normalmente são as lideranças que representam um grupo que manifestam tais posições. A liderança fala em nome do grupo como se este tivesse debatido amplamente e chegado naquele consenso. A posição seria clara e incontestável para aquele grupo.

É importante salientar ainda que a esfera de visibilidade pública, por acontecer nos meios de comunicação, pode ser editada e estruturada a partir de filtros, como espaço, tempo, seleção etc. Seria ingenuidade acreditar na imprensa livre, imparcial e dedicada ao espaço para fóruns pluralistas. É fato que relações de poder e interesse controlam as informações de interesse coletivo.

Diversas relações de interesse se estabelecem entre os atores políticos e os agentes da mídia, os quais possuem recursos diversos para filtrar, fazer cortes e edições, seja para criar um enquadramento para os eventos, seja para favorecer deliberadamente determinados atores (MAIA, 2002:9).

Mesmo com todas as limitações que os *media* podem ter no âmbito da deliberação, Habermas (2003b) ainda atribui a eles o lugar central da esfera pública, pois eles expõem uma pluralidade de perspectivas e opiniões, alimentando a opinião pública. Ao mesmo tempo, esta, tornada visível pelos meios de comunicação, alimenta o fluxo comunicativo e deliberativo da esfera pública.

A esfera de visibilidade pública não dá origem ao assunto a ser debatido. O assunto pode ser introduzido na cena pública por diversos atores ou instâncias sociais. Mas é na esfera de visibilidade pública, na maior parte das vezes, que ele fica disponível para alimentar outras esferas públicas. “O caminho mais curto comporta um desvio em que se vai da opinião política à

sua inserção na esfera de visibilidade pública para, enfim, atingir em cheio a esfera pública política” (GOMES e MAIA, 2008:149).

Por outro lado, o efeito contrário também acontece. A esfera de visibilidade pública permite que qualquer tema que comece a ser discutido em alguma instância fora dos meios de comunicação, no Congresso Nacional por exemplo, continue a ser discutido dentro dele. Assim, forma-se um círculo, em que assuntos de interesse coletivo entram e saem da pauta dos meios de comunicação, provenientes da esfera pública, ou alimentando a esfera pública.

Desse modo, é importante fazermos a distinção do que Nancy Fraser (1990) chamou de “públicos fortes” e “públicos fracos” e seu poder de decisão na esfera de visibilidade pública. Segundo a autora, público forte representa a elite, ou seja, é aquele grupo que está no centro do sistema político, aquele “público cujo discurso engloba tanto a formação de opinião quanto a tomada de decisão” (FRASER, 1990:75)¹³. Já público fraco é o sujeito da opinião pública, ou seja, “públicos cuja prática deliberativa consiste exclusivamente na formação de opinião e não engloba a tomada de decisões” (FRASER, 1990:75)¹⁴.

Os meios de comunicação também têm a função de ampliar o conhecimento e, conseqüentemente, as posições discursivas dos atores sociais. O sujeito se sente mais seguro ao entrar em uma discussão pública quando se informou sobre o que vai debater.

Certamente, a visibilidade garantida pelos *media* faz sair da opacidade vários atores, suas demandas e suas proposições. Procedendo dessa maneira, tal visibilidade permite a ampliação e a construção de espaços de discussão ao trazer novas vozes para o debate público (MARQUES, 2010b:97).

Portanto, a esfera de visibilidade pública não é apenas um campo de simples exposições. Ela também pode ser considerada um campo de debate, já que os atores sociais expõem seus argumentos de forma que a sociedade aceite e reitere esses argumentos. Da mesma forma, o cruzamento de diferentes perspectivas na esfera midiática contribui para a construção da opinião pública e pode levar a um debate a longo prazo, com perspectivas que se intersectam o tempo todo. É essa análise que faremos a seguir.

¹³ Do original: “(...) public whose discourse encompasses both opinion-formation and decision-making”.

¹⁴ Do original: “(...) publics whose deliberative practice consists exclusively in opinion-formation and does not also encompass decision-making”.

2.2. Análise de narrativa: discursos e argumentos utilizados pela imprensa

O Projeto de Lei do Ato Médico, após anos de debate, discussões e audiências no Congresso Nacional, foi aprovado na noite do dia 21 de outubro de 2009 no plenário da Câmara dos Deputados, depois de passar e ser aprovado no Senado em 2006. Na Câmara, nas comissões por onde tramitou, ele recebeu algumas emendas, que alteraram o projeto e o deixaram ainda mais restritivo aos demais profissionais da saúde. Assim, o projeto, por ter sofrido modificações, volta para a apreciação do Senado no final de 2009, onde permanece tramitando nas Comissões até hoje.

Nesse contexto, para a análise dos discursos¹⁵ e argumentos utilizados pela imprensa que alimentaram a esfera pública em torno desse assunto, foi feito um levantamento do período em que o assunto Ato Médico mais teve destaque nos meios de comunicação e constatou-se que ele foi pautado pelos jornais nacionais no período entre outubro de 2009 (época de sua aprovação na Câmara dos Deputados) e abril de 2010, com picos maiores em outubro e novembro de 2009. Desse modo, para a análise aqui realizada, são avaliadas as matérias e artigos publicados sobre o Ato Médico nos jornais impressos que circulam em algumas cidades do Brasil em outubro, novembro e dezembro de 2009. Os jornais foram coletados por meio de uma agência de monitoramento de notícias (Top Clip Monitoramento & Informações), que “clipou” o assunto Ato Médico nos jornais das cidades brasileiras no período.

Quando se analisa os discursos midiáticos em torno do Projeto de Lei do Ato Médico, à primeira vista, percebe-se que a influência da Teoria Crítica, empregada por Adorno e Horkheimer, ainda persiste ao produzir as matérias analisadas. Elas, na maioria dos casos, aparecem padronizadas, como uma “produção industrial de textos” (MARTINO, 2010:49). A grande quantidade de infográficos, mesmo não havendo tantos números para expor, mostra o gerenciamento da produção jornalística como se fosse uma fábrica.

Outro fator que pode ser observado nesse sentido é a narrativa jornalística, que não busca contextualizar as causas estruturais da discussão sobre o Ato Médico, mesmo focando em atores motivados e buscando as opiniões de ambos os lados da questão, ou seja, a preocupação com a imediatividade também é um obstáculo para a produção de um contexto amplo da situação. Essa

¹⁵ Devemos entender o discurso aqui colocado como as interações discursivas que compõem as esferas públicas (HABERMAS, 2003b, 2010).

tendência é observada nos meios de comunicação de massa, que “impede a formação de indivíduos autônomos, independentes, capazes de julgar e de decidir conscientemente” (Adorno, 1971:295).

Ao passar um primeiro olhar pelas matérias, a maioria das notícias publicadas nos principais jornais do Brasil sobre o Ato Médico, apesar de buscar ouvir os dois lados da questão, privilegiou a espetacularização da questão na manchete, se apropriando do conceito de indústria cultural.

Tabela 1: Manchetes dos jornais analisados

Jornal	Data de publicação	Manchete
O Estado do Paraná (PR)	20/10/2009	Manifesto pede veto a projeto do ato médico
O Estado de S. Paulo (SP)	22/10/2009	Ato médico é aprovado na Câmara
Jornal da Tarde (SP)	22/10/2009	Ato médico é aprovado na Câmara
A Tribuna – Santos (SP)	24/10/2009	Profissionais da saúde repudiam Ato Médico (capa) / Ato médico gera protesto dos demais profissionais da saúde
Correio Braziliense (DF)	26/10/2009	A guerra dos jalecos
Estado de Minas (MG)	26/10/2009	Proposta causa polêmica na saúde
O Norte (PB)	27/10/2009	A batalha dos jalecos
Jornal da Tarde (SP)	01/11/2009	Os interesses da vida (opinião)
Folha de Londrina (PR)	04/11/2009	A saúde em disputa
Hoje em Dia (MG)	13/11/2009	A regulamentação da Medicina e o bem estar (sic) do cidadão (opinião)
A Gazeta de	14/11/2009	O bem-estar do cidadão (opinião)

Vitória (ES)		
Folha de S. Paulo (SP)	23/11/2009	Projeto de lei cria polêmica entre categorias da saúde
Folha de S. Paulo (SP)	24/11/2009	Regulamentação da medicina? (opinião)
O Liberal – Americana (SP)	02/12/2009	Projeto de lei cria polêmica entre categorias da saúde

As mensagens nos *media* são produtoras do discurso na esfera pública deliberativa e, ao mesmo tempo, um espaço de luta pela definição da realidade social. Podem ensinar valores, ideologias e crenças, promovendo imagens para que os atores sociais do debate interpretem o mundo (GAMSON, 2011). Assim, mesmo produzindo notícias massificadas, com tendência a fragmentar a notícia, o discurso dos *media* é essencial para alimentar o debate público sobre o Ato Médico, garantindo à população visibilidade e acesso às informações sobre ele.

É importante observar que algumas matérias analisadas são praticamente as mesmas publicadas em outro jornal. Por exemplo, a matéria veiculada no jornal *Correio Braziliense*, em 26 de outubro de 2009, é muito parecida com a veiculada no jornal *O Norte*, no dia seguinte. Tem as mesmas fontes e o mesmo discurso, só alterando uma ou outra frase e palavra. No entanto, a matéria do jornal *Correio Braziliense* está mais completa, pois traz depoimentos da população (*O povo fala*) e um box com informações adicionais sobre as funções dos profissionais da saúde e os procedimentos que eles realizam. O jornal *O Estado de Minas* também traz as mesmas fontes e o mesmo discurso.

Isso acontece principalmente porque o jornalista se depara com pressões para elaboração de conteúdos, como o tempo escasso para a apuração e produção de notícias, diminuição de pessoal nas redações, sobrecarregando os demais, e também uma desvalorização salarial, privilegiando a quantidade de notícias em detrimento da qualidade (FERRARI, 2003).

É importante salientar que as três matérias acima mencionadas foram assinadas pelo mesmo jornalista – Rodrigo Couto – mesmo sendo publicadas em jornais diferentes e distantes geograficamente.

Apesar de se referir especialmente ao contexto do jornalismo digital, Ferrari (2003) aponta importantes considerações que podem ser aplicadas ao jornalismo impresso, ao falar, por exemplo, sobre o “empacotamento da notícia”, que consiste em receber um texto pronto, elaborado por agência de notícias conveniadas ou pelas assessorias de imprensa, e fazer pequenas alterações para ser publicado. Ao analisar as matérias publicadas sobre o Ato Médico, percebe-se que as falas das fontes, os argumentos a favor e contra, são praticamente iguais e, como não houve uma coletiva de imprensa, fica claro que as falas vieram das assessorias de imprensa de cada órgão representado na matéria, nos casos em que elas se repetem. No caso da matéria escrita pelo mesmo jornalista, com as redações cada vez mais enxutas, o jornal “compra” a matéria de agências de notícia. Por isso, elas parecem ser a mesma em vários veículos.

Esse problema que ocorre na apuração da notícia pode interferir na formulação da opinião pública dos concernidos que estão se informando por meio desse veículo de comunicação.

O desfacelamento das regras primordiais de apuração jornalística, que permite a criação de “aberrações noticiosas”, vem acompanhado de uma redução ou mesmo apagamento de tudo que poderia ser considerado como espírito crítico do profissional jornalista (...) esvai-se, aos poucos, a possibilidade de vivenciar uma atividade jornalística mais comprometida com os fatos reais (SANTANA, 2008:78).

O debate realizado na esfera de visibilidade pública pressupõe o uso de argumentações e fundamentações sólidas. A utilização da razão para expor os argumentos contra e a favor do Ato Médico é evidente. A questão da publicidade das razões, seguindo os pressupostos kantianos, está relacionada à capacidade dos argumentos de serem admitidos e considerados por um auditório universal, neste caso, o leitor do jornal.

Razões são públicas, nesse sentido, quando são admissíveis por qualquer um que raciocine lealmente. “Admitidas” não significa “assumidas como verdadeiras ou justas”, mas como aceitáveis, decentes, merecedoras de exame e consideração em um processo ao final do qual se poderá concluir, ou não, pela sua verdade ou justeza (GOMES e MAIA, 2008:156).

Vejam os alguns exemplos de discursos usados nas matérias analisadas.

Argumentos favoráveis ao Projeto de Lei do Ato Médico:

“Não se deve compartilhar a consulta, o diagnóstico e o tratamento de doenças com outros profissionais de saúde. A troca de informações deve se restringir à prevenção e à reabilitação do paciente” - Roberto Luiz D’Ávila, presidente do Conselho Federal de Medicina, no jornal *A Tribuna*, de Santos (SP).

“O médico terá mais responsabilidade. Isso possibilitará mais tranquilidade e que outros não façam a atividade, que é inerente à atividade médica. Esperamos que o Senado mantenha o texto, aprovado por quase unanimidade na Câmara. (...) Os atendimentos terão mais qualidade. No caso da citologia, quem tem que atuar nessa área é o médico. O diagnóstico vai ser feito por quem efetivamente estudou o assunto com profundidade” - José Erivander Guimarães, da Federação Nacional dos Médicos, no jornal *Correio Braziliense*, de Brasília (DF).

“São 14 as profissões da saúde e só uma não está regulamentada: a medicina. Esse projeto vai dizer as competências do médico, as exclusivas e as que pode fazer como os outros. O projeto não as torna subalternas (as demais profissões da saúde). Elas deverão apenas se ater aos limites citados por suas próprias leis. O médico não sabe fazer trabalhos de outras áreas e não vamos interferir nisso” - Carlos Alberto Fernandes Ramos, da Sociedade Brasileira de Patologia, no jornal *Folha de S. Paulo*.

Argumentos contra o Projeto de Lei do Ato Médico:

“O ato médico, se aprovado como está, prejudicará justamente a identificação de moléstias. Isso depende de uma pesquisa multiprofissional. Mudar a lei colocará em risco a possibilidade de outros profissionais diagnosticarem processos de deterioração da saúde” - Elisa

Zaneratto, membro do Conselho Federal de Psicologia, no jornal *A Tribuna*, de Santos (SP).

“Não somos contra a regulamentação profissional dos médicos. Entretanto, se o Senado confirmar a decisão da Câmara, milhões de mulheres perderão acesso ao papanicolau, exame que confirma o câncer uterino. Os médicos, que também realizam esses diagnósticos, querem é uma reserva de mercado” - Jaldo de Souza Santos, presidente do Conselho de Farmácia, no jornal *Correio Braziliense*, de Brasília (DF).

“As disputas são legítimas. Mas o que está em jogo é uma reserva de mercado. Não é interesse da sociedade nem viável economicamente a definição estrita de atribuições para cada profissão” - Luís Eugênio Fernandes de Souza, professor do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, no jornal *Folha de S. Paulo*.

Observa-se que o discurso dogmático (GOMES e MAIA, 2008), ou seja, aquele que caracteriza uma fala “competente”, explicado na primeira parte do capítulo, praticamente domina a cena pública na imprensa. Os porta-vozes de cada categoria afetada pelo projeto de lei se repetem nos veículo de comunicação. São sempre os mesmos atores sociais falando em nome de uma categoria. As fontes oferecem um posicionamento como se o que elas falam fosse o resultado de uma argumentação que resultou no consenso exposto. É o público forte (FRASER, 1990) que domina a cena pública das matérias analisadas.

Na esfera de visibilidade pública, as trocas dialógicas sincronizadas e articuladas, que incluem a argumentação, a contra-argumentação, a possibilidade de aceitar ou não o argumento do outro, de começar e recomeçar o debate, ficam aquém do esperado, tendo em vista a impossibilidade de uma troca efetiva de argumentações. Antes de ser uma argumentação, o discurso é uma exposição argumentativa. Cada jornal não funciona exatamente como uma esfera pública, mas mostra as vozes que intervêm no debate do assunto que está afetando muitos. Muitas vezes, as vozes vêm carregadas mais de polêmica do que de argumentação.

Não há como desconsiderar, contudo, que existe no espaço de visibilidade mediada um grande escopo de assimetrias no que tange às chances desiguais de intervenção dos diferentes públicos na produção, validação, regulação e apresentação das mensagens (MARQUES, 2008:31).

Ainda assim, pode-se chamar de esfera da visibilidade pública. O próprio repórter se encarrega de intermediar, em alguns casos, uma espécie de debate, propondo questões aos entrevistados que se contrapõe ao que o outro disse. Por exemplo, no jornal *Correio Braziliense*, o representante dos fisioterapeutas diz que os médicos, ao propor o Ato Médico, estão sendo corporativistas. O médico alega, em contra-argumentação, que não é corporativismo e sim proteção à população da má conduta de outros profissionais. Apesar de não estarem debatendo frente a frente, o repórter conduziu ambas as fontes para argumentarem sobre o mesmo assunto. Vejamos:

Gil Lúcio Almeida, do Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, argumenta: “É extremamente corporativista, impede a atuação e invade atos privativos de outros profissionais. (...) Caso o Senado aprove o projeto, os médicos terão o direito de prescrever os tratamentos em áreas que eles não possuem treinamento e competência, como psicologia, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, educação física, farmácia, biomedicina, medicina veterinária, odontologia, serviço social e ciências biológicas”.

O médico José Erivander Guimarães, da Federação Nacional dos Médicos, contra-argumenta: “Não é corporativismo. Duvido que alguém da população vá fazer uma biópsia, ou seja, a citologia da próstata, por exemplo, com um profissional não qualificado. Ela vai querer a orientação de um médico. Se essa possibilidade for aberta, corre-se o risco de o exame ser feito por uma pessoa despreparada. Jamais me arriscaria a atuar numa área para a qual não estou habilitado”.

O mesmo acontece em outro momento da matéria.

A fisioterapeuta e deputada federal Gorete Pereira argumenta: “O texto institui uma hierarquia entre as profissões da área da saúde, uma vez que o diagnóstico e o tratamento terapêutico poderão ser determinados apenas por médicos”.

O médico Luciano Carvalho, da Associação Médica de Brasília, contra-argumenta: “É fundamental para estabelecer muito bem onde cada um deve trabalhar, com limites e determinações. O médico reconhece, entende e solicita a participação de outros profissionais. A regulamentação dessas normas jamais vai impedir o trabalho em equipe”.

Esse tipo de cena argumentativa promovida pelo jornalista também acontece na matéria publicada pelo jornal *Folha de S. Paulo*. Nessa matéria, Luís Eugênio Fernandes de Souza, professor do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, argumenta: “Temos uma série de programas de saúde, como os da hanseníase, para os quais existem protocolos bem definidos em que outros profissionais da saúde podem fazer, inclusive, a prescrição de medicamentos. Se o projeto proíbe isso, vai criar um obstáculo. E os pacientes de cidades que não têm médico? Deixarão de ser atendidos?” e seu discurso é corroborado pelo desembargador do Tribunal de Justiça de São Paulo Erickson Gavazza: “Nosso objetivo não é ser guardião de profissão nenhuma. Se o médico não é capaz de prestar determinado serviço, não há razão para que outros profissionais não possam prestar a assistência desde que isso esteja bem regulamentado”. A contra-argumentação é dada pelo presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto D’Ávila: “Há equipes de saúde sem médicos, onde enfermeiros e outros profissionais estão fazendo diagnósticos, prescrevendo. Isso é inaceitável. Lutamos por equipes completas, multidisciplinares, onde cada um tenha sua função específica. No mundo todo, o que caracteriza a profissão médica é o diagnóstico e o tratamento de doenças. É só isso que queremos garantir. Está no senso comum, na história da medicina. O resto é falsa polêmica”.

O problema é que o debate na esfera da visibilidade midiática parece estagnar e não ter continuidade. Por outro lado, a função da discussão proposta nos meios de comunicação cumpre exatamente a função que Habermas (2008), em sua época mais madura, propôs, reafirmando a centralidade dos meios de comunicação na esfera pública, pois eles alimentam os fluxos

comunicativos e deliberativos, construindo as opiniões publicadas. Eles constituem uma interface entre os discursos dos políticos e as conversações que acontecem no cotidiano, em diferentes contextos e situações.

É importante também retomar a questão de que aquilo que é veiculado nos *media* pode ser cortado, editado e priorizado de acordo com relações de poder e interesse. Isso pode ser observado em algumas matérias analisadas. No jornal *O Estado do Paraná*, a reportagem *Manifesto pede veto a projeto do ato médico* traz apenas uma fonte de entrevista, o presidente do Conselho de Fisioterapia do Paraná, que apresenta os argumentos contrários ao Projeto de Lei do Ato Médico. O mesmo acontece no jornal *Folha de Londrina*, também do Paraná, que traz a mesma fonte acima citada na matéria *A saúde em disputa*. A contra-argumentação fica prejudicada, já que o jornalista não busca ouvir o “outro lado”. Interessante observar ainda que ambas as matérias em que isso ocorre foram veiculadas em jornais do Paraná, utilizando como fonte a mesma pessoa – o representante dos fisioterapeutas. Tal conduta pode estar relacionada com a questão de a cobertura jornalística estar ligada ao sistema político, em que grupos de interesse políticos ou econômicos têm a oportunidade de propor uma agenda na mídia local.

Outro ponto que deve ser analisado é a oportunidade de fala dada ao chamado “público fraco”, aqueles que são sujeitos da opinião pública. Somente o jornal *Correio Braziliense* traz a opinião de pessoas que não estão diretamente envolvidas com o Projeto de Lei do Ato Médico, em uma coluna chamada *O Povo Fala*. O repórter pergunta nas ruas: *Você acha que só médicos devem prescrever tratamentos?*

Veja as respostas:

“Sim. Os médicos estudaram e estão mais preparados para fazer o diagnóstico e receitar remédios. Por outro lado, também acho importante haver uma cooperação entre todos os profissionais”.

“Essa restrição não é boa. Os profissionais devem trabalhar em equipe. Quando um não pode atender, o outro deve ter o direito de indicar um tratamento. A parceria é interessante”.

“Com certeza. Isso vai dar mais segurança ao paciente. Quem tem que receitar um tratamento é o médico, pois é o profissional mais preparado para cuidar da saúde das pessoas. Pode melhorar os procedimentos”.

“Não. Cada profissional deve ter o direito de participar do tratamento de um paciente. É importante considerar as especialidades dos profissionais. O médico pode não conhecer todos os procedimentos”.

As falas desse público normalmente se mostram descontextualizadas. As pessoas são pegadas de surpresa para falar sobre um assunto que não dominam, ou mesmo não têm conhecimento suficiente. Assim, esse público parece não estar preparado para estabelecer uma interação recíproca com os chamados “públicos fortes”.

Nesse sentido, as manifestações do público como expressões dispersas e lacônicas de pessoas anônimas sobre determinada matéria, ou a categoria ‘povo fala’ utilizada com frequência em programas televisivos, aproximam-se da noção de ‘massa’: uma opinião em perspectiva pouco qualificada, de baixa sofisticação política, de um todos-juntos-indiferenciado. Seria muito exigente requerer desse público, muitas vezes ‘apanhados de surpresa’, os recursos necessários para a deliberação pública: informação suficiente sobre a matéria em tela, a atenção e a disposição para se engajar em deliberação (MAIA, 2002:13-14).

As manifestações da massa parecerem pouco qualificadas para se engajar em uma deliberação e isso ocorre normalmente por causa das desigualdades políticas e comunicativas, ou seja, o público fraco acaba tendo desvantagens de assimetria de poder e lhes falta o “discurso dogmático”. A posição da massa, neste caso, deveria ser mais bem observada, tendo em vista que o paciente será tão afetado – ou mais – do que os profissionais da saúde pelo Projeto de Lei em discussão.

Se a imprensa privilegia o discurso dogmático e ainda engessa os fluxos comunicativos e deliberativos, em que meio de comunicação poderia ser visualizado um diálogo mais aberto entre pessoas de diversos níveis sociais? Com o crescimento da internet como espaço de comunicação, as discussões on-line podem se configurar também em um meio para o debate público. A internet abriria espaço para todos os tipos de discurso, e não apenas para a fala “competente”. Para entender se esse espaço on-line promove a construção de esferas públicas deliberativas em torno do Projeto de Lei do Ato Médico, analiso a seguir os debates na internet sobre o projeto.

2.3. Esferas públicas interconectadas?

Como vimos anteriormente, uma esfera pública é constituída principalmente quando indivíduos se consideram afetados por uma questão e colocam-na em discussão de maneira coletiva, de modo a buscar o entendimento recíproco do problema, como é o caso dos debates em torno do Projeto de Lei do Ato Médico. Desse modo, a esfera pública é parte de uma “engrenagem social voltada para a solução coletiva” (GOMES e MAIA, 2008:120). Ela é uma estrutura social orientada para a comunicação generalizada, um exercício de comunicação irrestrita entre os concernidos por um problema, e as palavras-chave para a esfera pública funcionar são publicidade, acessibilidade e visibilidade. Assim, um alto grau de acessibilidade a fatos, interpretações e informações é fundamental para o desenvolvimento da esfera pública. A internet, com todas as críticas que podem ser feitas, é um espaço que amplia a visibilidade de informações.

Segundo Habermas, a deliberação é um processo discursivo que conecta as diferentes discussões que ocorrem nas esferas públicas e toma forma em uma “rede de discursos e negociações, a qual deve possibilitar a solução racional de questões pragmáticas, morais e éticas” (2003b:47).

Como já vimos, para participar do processo deliberativo, é necessário que os indivíduos saibam fazer uso da linguagem para argumentar, considerar a opinião do outro, refletir e simultaneamente interpelá-lo, convencendo-o e se deixando convencer. Os atores sociais que se propõe a participar do debate estão expostos a opiniões que nem sempre concordam e devem deixar-se persuadir por elas, ao mesmo tempo em que expõem seus pontos de vista. Esse é um dos motivos pelos quais não se pode afirmar que os espaços de debates on-line formam esferas públicas interconectadas (MARQUES, 2010a).

Desse modo, deve-se ter cautela em apontar os fóruns on-line como esferas públicas, pois a troca argumentativa que caracteriza uma esfera pública é reflexiva, mesmo sendo de natureza conflitiva, propondo sempre a continuação do diálogo e a diversidade de públicos e a proliferação de todos os tipos de vozes na rede conectada podem caminhar na contramão dessa definição (MARQUES, 2010a).

Sérgio Amadeu da Silveira (2009) ainda aponta outras objeções para considerar o ciberespaço como esfera pública, no sentido habermasiano, como a natureza da própria rede. A

definição de esfera pública pressupõe demandas de validade – verdade, veracidade e correção –, a discussão em um espaço público, com acesso igual a todos, e o agir orientado ao entendimento. Desse modo, a rede interconectada não poderia, a priori, cumprir esses requisitos. Por isso, a internet é desconsiderada na maior parte das obras de Habermas. A menção mais importante que Habermas (2008) faz sobre internet está em uma nota de rodapé de um artigo escrito por ele em 2006 e publicado originalmente na revista *Communication Theory*. Na nota, o autor alerta que a internet reativou a igualdade entre escritores e leitores, mas pode inferir méritos democráticos equivocados.

O crescimento de milhões de salas de bate-papo (*chat rooms*) fragmentadas através do mundo tende a uma fragmentação de amplas audiências de massa, porém politicamente focadas, em um grande número de públicos isolados e voltados para uma única questão (HABERMAS, 2008:13).

Isso faz com que a comunicação digital seja realizada não apenas com o uso da linguagem comum que é dominada por todos os interagentes. A comunicação em rede é intermediada por *softwares* e condicionada por protocolos que delimitam os conteúdos e os formatos de interação. A assimetria entre interagentes no interior do ciberespaço é demasiadamente grande para colocar em dúvida se os atos de fala e a liberdade comunicativa são minimamente equilibrados nas interações entre os que dominam ou entendem os códigos e os que não entendem (Silveira, 2009).

O fato é que persistem ainda assimetrias nas relações e oportunidades de acesso à rede interconectada, o que impede os indivíduos de participarem ativamente e de forma igualitária da esfera pública. O uso da linguagem de forma clara, para que todos se entendam mutuamente, também é uma barreira na internet, já que nem todo significado atribuído à sentença é entendido por todos os participantes.

No entanto, Silveira (2009) e Girardi Júnior (2009) mostram que o conceito de Habermas sobre esfera pública em correlação com o mundo digital pode ser repensado. O ciberespaço pode ter contornos deliberativos, bem como os critérios normativos para o estudo das possíveis esferas públicas interconectadas.

Apesar de o termo esfera pública interconectada gerar controvérsias entre os autores, principalmente aqueles que seguem o ideal habermasiano, é possível encontrar contextos deliberativos na rede. O próprio pensamento de Habermas sofreu grandes mudanças desde

Mudança Estrutural da Esfera Pública. Novos espaços de deliberação são formados e, com o passar dos anos, Habermas observa a força da esfera pública não está na sua efetiva realização cotidiana, mas sim em novas possibilidades de expressão. Mesmo assim, não utiliza o termo esfera pública interconectada em seus textos, ignorando a crescente utilização das redes interconectadas como espaços de debate e discussão.

Liráucio Girardi Júnior (2009) sugere que repensemos a esfera pública por meio das novas possibilidades de redes interconectadas e dos processos de interação mediados. “Um mundo de fartura de acessos, conexões, escolhas, relacionamentos conhecimentos, sensações, informação etc. mediados por tecnologias capazes de garantir um fluxo de conversação incessante e livre” (2009:99).

Para mostrar outro aspecto da esfera pública, que pode ser verificada na rede interconectada, de forma mais simples e pragmática do que aquela formulada por Habermas, é interessante observar os estudos de Yochai Benkler (2006).

Benkler parte da comparação empírica de duas plataformas de esferas públicas: uma dominada pelos *mass media* e outra que ele chama de esfera pública interconectada. A economia informacional das redes seria a principal forma da esfera pública interconectada. Para ele, a rede dá aos atores sociais - os concernidos por um problema - maiores possibilidades de manifestação, o que demonstra uma reconfiguração e ampliação da esfera pública.

Assim, Benkler afirma que já podemos falar em esfera pública interconectada que

(...) não é feita de ferramentas, mas das práticas de produção social que essas ferramentas possibilitam. O principal efeito da Internet sobre a esfera pública em sociedades liberais depende da informação e da atividade de produção cultural de atores de não-mercado emergente: indivíduos que trabalham sozinhos e de forma cooperativa com os outros, associações formais, como ONGs, e os efeitos que tudo isso provoca na mídia em si (BENKLER, 2006:219-220).

Outras características, segundo Benkler, são a arquitetura da rede e os baixos custos. Além disso, ela supre os problemas com relação à comunicação de massa, que dá excessivo poder aos seus proprietários, suprimindo o caráter igualitário da esfera pública.

Sem deixar de lado as barreiras digitais da rede, Rousiley Maia (2008) também observa o potencial democrático e deliberativo da internet. “A rede pode proporcionar um meio pelo qual o

público e os políticos podem comunicar-se, trocar informações, consultar e debater, de maneira direta, rápida e sem obstáculos burocráticos” (2008:277).

Mesmo considerando as diversas possibilidades de construção de esferas públicas, os autores têm cautela ao falar sobre esfera pública interconectada. É importante lembrar que se expressar não garante a formação dessas esferas e não garante ser ouvido e que os argumentos sejam compreendidos, pois a igualdade não é exatamente uma característica da rede. “Redes existem apenas em situações de assimetria ou incongruência. Se não, nenhuma rede seria necessária – pares simétricos podem se comunicar, mas pares assimétricos devem ‘se enredar’” (GALLOWAY, 2010:89).

Benkler, como bem apontou Sergio Amadeu da Silveira (2009) também constata as objeções feitas à esfera pública interconectada, a saber:

- 1) O excesso de informação gera uma enorme “Torre de Babel” e acabará reforçando a desagregação do debate público;
- 2) a concentração das atenções está ocorrendo na rede e poucos são os sites com grande audiência;
- 3) o enfraquecimento da grande mídia representa o enfraquecimento da função de “cão de guarda” da democracia;
- 4) os países autoritários podem usar filtros e monitoramentos para silenciar a internet;
- 5) a exclusão digital é um impeditivo para que a rede possa ser considerada um espaço público de debate abrangente (SILVEIRA, 2009:80).

Alguns desses princípios, como veremos no próximo tópico, serão utilizados como base para refletir e analisar a participação política daqueles que são afetados pelo Projeto de Lei do Ato Médico em espaços de discussão on-line. Além disso, veremos os critérios normativos para o estudo de deliberação na rede.

2.4. O uso da internet no debate: o Youtube como espaço de discussão on-line

O debate público, quando se estabelece visando ao entendimento e ao bem comum, devido a um problema que afeta um ou diversos grupos, representa a estrutura deliberativa que compõem as esferas públicas. Desde que foi proposto no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do Ato Médico gerou controvérsias, pois afeta médicos, profissionais de outras áreas da saúde e a sociedade como um todo. Assim, audiências, debates, conversas informais e mesmo a

comunicação midiaticizada passaram a discutir e divulgar o tema de forma coletiva e recíproca. No entanto, o que se questiona é a participação política dos atores sociais atingidos.

Com base nas reflexões aqui expostas, em um primeiro momento, busquei analisar a possível construção de contextos deliberativos on-line em torno da discussão do Projeto de Lei do Ato Médico em dois fóruns de discussão on-line: “Não ao Ato Médico! Contra o PL 7703/2006” e “Sim ao Ato Médico”, para avaliar o grau de participação política e de argumentação desse grupo, tendo em vista a tramitação do Projeto de Lei do Ato Médico, já que, como proposto por Habermas (2003b) em *Direito e Democracia*, a esfera pública aparece basicamente como o fluxo de comunicações entre diferentes atores sociais, provenientes de seus contextos e histórias de vida, que são condensados por meio do debate, legitimando uma decisão política.

No entanto, essa análise mostrou-se infrutífera, pois a discussão nesses dois fóruns era limitada a pessoas que defendem ou que não defendem o projeto, não proporcionando a troca argumentativa proposta pela esfera pública. Não é possível falar, assim, em reciprocidade ou reflexividade. Desse modo, ao delimitar as pessoas que podem participar do “debate”, o fórum faz uma seleção que prejudica a construção de um processo deliberativo. Não há pluralidade de opiniões a serem consideradas, porque cada fórum defende a sua bandeira. A situação discursiva ideal seria colocada se os membros do fórum que defendem o Ato Médico debatessem com os membros do fórum que são contrários ao Ato Médico, em deliberações *mediadas* ou não.

Ao buscar outros contextos deliberativos na internet, encontrei debates importantes realizados no site de relacionamento *YouTube*¹⁶, a partir da postagem de dois vídeos sobre o Projeto de lei do Ato Médico. Nesse site, diferentemente dos fóruns, não há seleção de pessoas que postam seus comentários, criando, assim, um debate, com argumentações pró e contra o projeto.

Mas antes de dar continuidade à análise dos comentários postados no *YouTube*, é importante traçar os critérios normativos para o estudo da deliberação on-line, conforme proposto por Ângela Marques (2010a). A autora parte de estudos recentes de diversos autores para formular indicadores capazes de revelar se as trocas on-line poderiam trazer contribuições a um processo deliberativo mais amplo. Baseada nos princípios normativos formulados por

¹⁶ Anexo II

Habermas (2003b), Marques mostra propostas deliberativas que podem ser operacionalizadas para mapear a deliberação on-line.

Podemos mencionar, segundo Marques (2010a), a seguinte proposta de operacionalização da deliberação on-line:

Tabela 2: Proposta de operacionalização da deliberação on-line

	Conceito	Operacionalização
Discussão crítico-racional	O modo como os participantes de trocas comunicativas em espaços on-line expressam seus pontos de vista sob a forma de argumentos potencialmente aceitáveis por todos e capazes de ser desafiados e justificados. Deve ter coerência e continuidade.	Análise de conteúdo de todas as mensagens compreendidas pelo corpus empírico; observar se as afirmações são baseadas em razões (justificadas) e quão complexas elas são; avaliar as evidências apresentadas, experiências pessoais, testemunhos e reflexões críticas.
Reciprocidade	A opinião deliberativa deve ser confrontada pela visão oposta dos outros, envolvendo respeito mútuo e escuta atenta do ponto de vista apresentado pelos outros.	Associar a reciprocidade à alternância de turnos entre os participantes, notar se os participantes se engajam uns com os outros; em que medida uma mensagem leva em consideração argumentos e opiniões de uma mensagem precedente.
Reflexividade	Os participantes devem se manter flexíveis para alterar suas opiniões e preferências quando confrontados com críticas e argumentos sustentados pelos outros.	Analisar o conteúdo que seleciona os exemplos e evidências acionados para justificar um argumento; também é possível combinar a análise de conteúdo com entrevistas com os participantes para saber se eles mudaram de opinião ou se demonstraram estar mais informados depois do debate.
Igualdade	Os participantes devem ter igual	Perceber a distribuição de vozes ao

discursiva	oportunidade de introduzir e questionar afirmações, além de expressar necessidades e desejos.	longo dos fios de discussão identificados pelo pesquisador; verificar se há equilíbrio entre a quantidade de mensagens dos participantes; observar se há ameaças às condições de igualdade, como mensagens degradantes ou agressivas.
Liberdade discursiva	Os participantes não podem ter suas opiniões e afirmações suprimidas e restringidas.	Mapear as principais características do dispositivo técnico e do design da interface, procurando apontar sobretudo os códigos e normas que definem o sistema (moderação, proibições, edições e remoção de mensagens etc.).

É importante ressaltar também o que Habermas entende por funções da deliberação pública. Enquanto processo democrático, ela precisa cumprir três funções: mobilizar e reunir questões relevantes e informações necessárias; processar tais informações por meio de argumentos adequados; e gerar atitudes racionalmente motivadas para determinar o resultado de decisões corretas. Assim, o modelo deliberativo de Habermas supõe que “a esfera pública política possa assegurar a formação de uma pluralidade de opiniões públicas cuidadosamente consideradas” (2008:15).

Avaliar-se-á então alguns aspectos dessas propostas nos comentários postados no site *YouTube*, a partir da postagem de dois vídeos sobre o Ato Médico.

Os dois vídeos analisados foram escolhidos devido à quantidade de postagens de comentários argumentativos que eles geraram que os transformaram em uma espécie de fórum de discussão, com troca de argumentos e contra-argumentos.

O primeiro vídeo, chamado *Ato Médico Não*, tem três minutos de duração e traz uma liderança dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais fazendo uma ampla explanação sobre os artigos do projeto que o fazem ser nocivo aos profissionais da saúde e à população. Ele também fala a respeito do sistema de saúde no Brasil, alertando sobre a importância do atendimento multidisciplinar no SUS.

O outro vídeo, chamado *Diga Não ao PL do Ato Médico*, tem 30 segundos de duração e é uma espécie de resumo do vídeo anterior. Apresentado por um homem anônimo (provavelmente um ator), o vídeo traz resumidamente os motivos pelos quais o Projeto de Lei do Ato Médico deve ser rejeitado da forma como está.

Na análise dos comentários, é possível detectar o que Habermas (2003b, 2010) propõe como argumentação. As posições, sob a forma de argumentação (objeções, demonstrações e contra-objeções), foram usadas, porém não de forma racional, com os pré-requisitos à construção de uma esfera pública, como uso da linguagem de forma que todos se entendam com clareza e criação de uma relação em que todos se vêem como parceiros, com reconhecimento recíproco. Ao contrário, a maioria dos membros dos fóruns demonstra que conhece o assunto, apresenta os enunciados de acordo com suas evidências e experiências pessoais, mas não de forma clara e acessível, além de reagir negativamente e muitas vezes agressivamente ao ser refutado.

Vejam uma sequência de trocas de argumentos¹⁷ nos comentários do vídeo *Ato Médico Não*¹⁸:

1. “Esse vídeo é a coisa mais mentirosa que já apareceu nos últimos tempos na internet... estou certo, existem dois grupos que lutam contra os médicos: 1 – os que não leram a lei ou tem dislexia, 2 – os que são mal intencionados. SIM AO ATO MÉDICO”.
2. “Dentre os itens que o Ato Médico visa estabelecer, está a privação dos outros profissionais da saúde, estabelecendo autonomia total ao médico inclusive de áreas que ele não dêtem nenhum conhecimento, de fato, ele não estudou para isso, ou seja, não possui embasamento teórico e prático para isso. LUTE VOCE TAMBÉM SEJA PACIENTE OU PROFISSIONAL DA SAÚDE CONTRA AO ATO MÉDICO E SIM A FAVOR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL!!!”
3. “hahhahahahaha faz-me rir!!! Não estamos mais na ditadura meu caro!”
4. “Resumindo: DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTOS E MEDICAMENTOS É, SEMPRE FOI, E SEMPRE SERÁ, EM QUALQUER LUGAR

¹⁷ Os comentários foram colocados na sequência em que foram postados e a grafia foi deixada como publicada no site, incluindo erros gramaticais.

¹⁸ <www.youtube.com/all_comments?v=dRKvJ6Hwcp4> Acesso em: 20 out. 2011.

DESSE PLANETA, ATRIBUIÇÕES HISTÓRICAS E ESPECÍFICAS DE 3
PROFISSÕES SECULARES: ODONTOLOGIA, MEDICINA E VETERINÁRIA. NAO
HÁ O QUE ARGUMENTAR...”

5. “Plenamente à favor vamos acabar com a ‘indústria da doença’ no Brasil Abaixo o ato médico.”
6. “VIVER MENOS E SEQUELADOS” – é o lema desse vídeo. Esse vídeo me lembra a reivindicação do uso de ‘doutor’ pelos profissionais da saúde não médicos. É impressionante a ignorância do presidente do crefito, seu ego ensurdece sua audição. É simples, não procure mais médicos diga não ao ser atendido por um médico, peça o profissional da saúde de sua escolha e morra feliz, ou tenha uma limitação permanente. Seus pais, cônjuje, filhos e netos o agradecem! Parabéns!”
7. “QUE FARSA!!! FALA SÉRIO!!! Na verdade o ato médico garante que o profissional médico, descartando a possibilidade de que o problema do paciente seja grave e, nessecite de intervenção médica, aí sim, passe a outro profissional de saúde o paciente de acordo com suas necessidades. Os médicos não desejaram jamais fazer o trabalho que é comum a outras áreas. No entanto, o que a classe médica não deseja, e nesse ponto é muito engajada e arrojada, é que pacientes com cancer, HIV, etc passem sumariamente a (...)”
8. “Cara, sou estudante de fisioterapia, não tenho nenhuma intenção em ser medica, e tenho certeza que nenhum fisioterapeuta tem essa intenção. Se eu ou qualquer outra pessoa quisesse pagava uma boa faculdade de medicina e dai poderia PRECREVER!!!!!!!!!!!!!! Minha intenção é reabilitar e prevenir possíveis lesões que um paciente possa ter. Mas cabe aqui uma pergunta: o médico sabe TODOS os procedimentos que um fisioterapeuta sabe? TODO o uso dos aparelhos? ESCOLHI ser fisioterapeuta!”

Ao analisar os comentários acima, percebemos a presença de alguns conceitos da operacionalização da deliberação on-line. A maioria dos participantes baseia suas afirmações em razões justificadas, com a tendência para colocar no contexto de sua exposição a sua própria

história de vida. No entanto, há também comentários que não podem ser compreendidos pelos demais, como por exemplo o número 3.

Também é possível observar a agressividade exagerada de alguns comentários (número 6, por exemplo), que prejudica a igualdade discursiva do debate, tendo em vista que pode inibir a participação de outras pessoas.

Vejam os outros exemplos de comentários com argumentos justificáveis e potencialmente aceitáveis por todos, com coerência e dando abertura à continuidade e, por outro lado, a resposta incompreensível e agressiva de outro usuário, que deu continuidade a outra resposta agressiva, prejudicando a reciprocidade e reflexividade do debate.

“A Organização Mundial da Saúde lembra que ‘A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas em ausência de doença ou enfermidade’. A saúde mental é um aspecto fundamental da saúde, que permite ao ser humano aproveitar plenamente suas aptidões cognitivas, afetivas e relacionais. Uma boa disposição mental possibilita enfrentar as dificuldades da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para as ações da sociedade”.

“Gostaria que quando os demais profissionais da saúde estivessem doentes não procurassem mais os médicos. Assim eles morreriam logo e acabava essa briga”.

“Gostaria tbm q vc ou alguém da família, qdo estivessem doentes. Depois de procurar os médicos, em seguida não tivesse os demais serviços dos outros profissionais da saúde e ficassem esperando um médico passar de hora em hora para por seu soro, te dar banho, ou colher e realizar exames laboratoriais, fazer um canal em um dente, fazer sua fisioterapia, cuidar de sua parte psicológica ou da sua motricidade oral, manipular o remédio etc. Aí sim acabava essa briga”.

É importante observar que a liberdade discursiva está garantida aos participantes, pois estes não têm suas afirmações suprimidas, apagadas ou mesmo restringidas. Nenhuma mensagem foi removida por um moderador e algumas remoções foram feitas pelo próprio participante. No entanto, como vimos, as mensagens degradantes e ofensivas ameaçam a igualdade discursiva, apesar de todos poderem participar do debate livremente e haver equilíbrio entre as postagens. O fato de os participantes poderem ficar no anonimato colabora para esse tipo de atitude.

Em uma sequência de comentários postados no vídeo *Diga Não ao PL do Ato Médico*¹⁹, podemos observar melhor as questões de reciprocidade e reflexividade:

1. “Se proponha a conhecer o currículo e a formação dada pelas melhores escolas de medicina e residência médica. Aí tu verás quem tem a melhor capacidade de fazer diagnóstico”.
2. “Desta vez vc está coberto de razão,ou pelo menos em parte, isso porque não há duvida que que bons Médicos são sim os profissionais mais indicados e competentes para fazer o diagnostico nosológico e solicitar um tratamento.Porém depois disto, é impossível que os Médicos tenham a obrigação e conhecimento de todas as demais profissões(13 no total) e assim saibam determinar COMO E DE QUE MODO cada profissional realizará o seu trabalho. Ou não?”
3. “Eu disse que CERTAS COISAS ditas por CERTAS PESSOAS são em função de recalque.Considero sim os médicos mais habilitados para diagnosticarem e prescreverem o tratamento que será feito pelos outros profissionais.Aqui escrevo “outros” simplesmente porque são muitos,para poupar espaço.Acho muito importante o trabalho de todos as profissões,mas cada um deve ocupar o seu lugar...”
4. “Quem diz que médico é arrogante,quer salvar seu ego,etc é no mínimo recalçado por motivos bem óbvios.Quantas pessoas que estão contra o Ato Médico não conseguiram fazer medicina?Essas pessoas ignoram a CAPACIDADE DIAGNÓSTICA dos médicos especialistas em cada área e a recomendação do tratamento.Quem entende do funcionamento global do corpo,diagnóstico,tratamento e MEDICINA BASEADA EM

¹⁹ <www.youtube.com/all_comments?v=DAn5uXaHDdo> Acesso em: 20 out. 2011.

EVIDÊNCIAS É O MÉDICO.o Médico toma a decisão pois tem embasamento,os outros executam”.

5. “O que dizer do seu comentário ,se fosse verdade o disse a respeito dos ‘recalcados’ como vc se refere, a cerca dos 3 milhões de outros profissionais que compõe as outras 13 das 14 categorias de profissionais de saúde.Todos esses profissionais na verdade então queriam ser médicos? Sinceramente acredito que não”.
6. “Quando vc fala que ‘quem entende do funcionamento global do corpo,diagnóstico,tratamento e MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS É O MÉDICO.o Médico toma a decisão pois tem embasamento’ nunca averíamos de saber que houve qualquer, ERRO MÉDICO.Tomara que nunca vc ou alguém que for importante, precise desses profissionais,a quem vc se refere como ‘outros’ talvez então vc entender o tamanho da BESTEIRA que vc escreveu”.
7. “conheço vários médicos que visam só dinheiro e a produção é o que conta, já pensou se ele não tiver outra opção?? tem sim aqueles que estudam muuuito e sabem realmente o que faz, em toda profissão tem isso...fisio,enfermagem, em todas.. porem cada um tem que defender sua profissão da melhor forma,e ser o melhor sempre..mas sem jamais prejudicar o proximo,por isso digo NAO AO ATO MEDICO..pois nenhuma profissão é auto suficiente...”

Nesse trecho do debate on-line, podemos associar a reciprocidade à alternância de comentários entre os participantes. Eles levam em consideração o comentário (argumentos) anterior e se engajam uns com os outros, mesmo quando refutam o argumento. Também podemos observar alguns traços de reflexividade, já que os participantes alteram suas opiniões e preferências quando confrontados pelos argumentos dos outros. Mas, como os participantes permanecem no anonimato, não é possível saber se eles mudaram de opinião ao longo do debate ou se estão mais bem informados sobre o assunto.

Mas o estudo do engajamento discursivo na rede não pode se limitar a uma única investigação de troca argumentativa. É importante dar continuidade à pesquisa, observando os contextos e situações deliberativas, bem como aprofundar a análise das regras às quais os interlocutores se submetem. Certamente são fatores preponderantes a serem pensados como

obstáculos para a participação sólida e efetiva dos atores sociais envolvidos no Projeto de Lei do Ato Médico.

Além da análise unilateral realizada, vamos observar se as esferas públicas construídas em torno do Projeto de Lei do Ato Médico se conectam entre si. Para isso, passaremos à análise da esfera pública política, ou seja, do debate formalmente constituído no Senado Federal.

CAPÍTULO 3

3. ESFERA PÚBLICA POLÍTICA

3.1. O processo de produção de decisão política por meio da formação da opinião e da vontade coletivas

Para analisar a formação das esferas públicas políticas em torno do Projeto de Lei do Ato Médico terei como objeto de estudo duas audiências públicas²⁰ realizadas no Senado Federal para discutir o projeto com as lideranças de cada área da saúde.

No entanto, antes de dar continuidade à análise das audiências, é importante retomar alguns conceitos vistos no primeiro capítulo que serão fundamentais para a análise aqui proposta. São eles: esfera pública política, ação comunicativa e ação estratégica e a ética do discurso.

Para entender o conceito de esfera pública política desenvolvido por Habermas (2003b, 2003d) é importante retomar os caminhos que o autor propõe para a concretização do processo de formação da opinião e da vontade, que nada mais são que fórmulas para gerar a opinião pública e a produção da decisão política. Um desses caminhos é o institucional. Por meio de deliberações institucionalizadas, o processo de formação da opinião e da vontade termina em decisões a respeito de políticas e leis (HABERMAS, 2003d). Esse processo “é aquele em que se produz a lei e que tem como meio típico os corpos parlamentares” (GOMES e MAIA, 2008:73).

O outro caminho é aquele constituído pela circulação informal e livre de questões, estruturado pela discussão espontânea, definido como um espaço abstrato, cuja meta é a formação democrática da opinião pública (HABERMAS, 2003d; GOMES e MAIA, 2008).

Nesse sentido, as estruturas de comunicação política pública, orientada para o entendimento recíproco, devem governar as interseções entre o parlamento – deliberações institucionalizadas – e a esfera pública informal – a opinião pública.

A compatibilidade entre, de um lado, os exigentes requisitos da comunicação pública política na formação da opinião e da vontade coletivas, de matriz republicana, e, do outro, o fato de que a opinião pública não é um sistema socialmente institucionalizado

²⁰ Transcrição das audiências públicas – ver Apêndice II.

para produzir leis nem políticas, tal compatibilidade é construída por meio de exigências normativas, próprias de um modelo discursivo de democracia, de que os modos e matérias mediante os quais a esfera pública se realiza influenciem os modos, as matérias e, sobretudo, os resultados do processo de produção de decisão política dos corpos parlamentares (GOMES e MAIA, 2008:77).

A intenção então é avaliar qual é o alcance da opinião e da vontade dos cidadãos concernidos pelo assunto em discussão nas deliberações institucionalizadas para produzir as decisões políticas. Nesse sentido, a esfera pública surge como um meio para a produção da opinião pública e se apresenta como peça fundamental para um processo de produção de decisão política. Habermas (2003d) alerta que o poder político legislativo deve considerar as fontes espontâneas das esferas públicas autônomas.

O ponto de vista moral, sob o qual políticas e leis são submetidas a um delicado teste de generalização, exige uma abertura incondicional das deliberações institucionalizadas para o fluxo de informações, para a pressão dos problemas e o potencial de estímulo da opinião pública não-organizada (HABERMAS, 2003d:228).

Podemos então conceituar a esfera pública política, que nada mais é que a esfera pública que influencia o domínio parlamentar a favor da sociedade. Habermas (2003b) faz uma analogia da esfera pública política como uma caixa de ressonância para os problemas que devem ser debatidos pelo sistema político. É uma forma de comunicação para a compreensão do sistema representativo e para proporcionar a relação entre parlamento e opinião pública. Habermas fala inclusive sobre a importância das histórias de vida dos concernidos, que trazem seus problemas da esfera privada para a esfera pública.

Os problemas tematizados na esfera pública política transparecem inicialmente na pressão social exercida pelo sofrimento que se reflete no espelho de experiências pessoais de vida. E, na medida em que essas experiências encontram sua expressão nas linguagens da religião, da arte e da literatura, a esfera pública 'literária', especializada na articulação e na descoberta do mundo, entrelaça-se com a política (HABERMAS, 2003b:97).

Percebe-se assim a relação dos conceitos de ação comunicativa e ação estratégica com a esfera pública política, tendo em vista que a opinião pública que exerce influência sobre o sistema político vai depender do modo como ela é gerada.

Os sujeitos orientam seus comportamentos pela vontade de se entender reciprocamente, para gerar a opinião pública que vai, em tese, influenciar as decisões políticas nas deliberações institucionalizadas. Mas devemos entender que a opinião pública não é um apanhado de opiniões individuais manifestadas privadamente. Ela nasce em comunicações públicas com critérios formais que regulam o modo como uma opinião pública é produzida (HABERMAS, 2003b). Essa normatização acontece por meio da ética do discurso.

Retomando os conceitos já vistos no primeiro capítulo, vejamos como Habermas (2003c) definiu a ação estratégica em oposição à ação comunicativa:

Na medida em que os atores estão exclusivamente orientados para o *sucesso*, isto é, para as consequências do seu agir, eles tentam alcançar os objetivos de sua ação influenciando externamente, por meio de armas ou bens, ameaças ou seduções, sobre a definição da situação ou sobre as decisões ou motivos de seu adversário. A coordenação das ações de sujeitos que se relacionam dessa maneira, isto é, *estrategicamente*, depende da maneira como se entrosam os cálculos de ganho egocêntricos. O grau de cooperação e estabilidade resulta então das faixas de interesses dos participantes. Ao contrário, falo em *agir comunicativo* quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um *acordo* existente ou a se negociar sobre a situação e as consequências esperadas (HABERMAS, 2003c:164-165).

Nesse processo comunicativo, os sujeitos, orientados para o entendimento, erguem seus atos de fala com pretensões de validade – verdade, veracidade e correção. “Falo de um agir comunicativo no sentido forte apenas quando se pode criticar um ato ilocucionário sob todas as três pretensões de validade” (HABERMAS, 2004b:119).

O ato ilocucionário está ligado à ação comunicativa, ou seja, é aberto ao diálogo. Já o modelo perlocucionário está ligado ao contexto estratégico da ação. Com seu ato de fala, o sujeito procura se entender a respeito de algo com o outro (meta ilocucionária). Metas perlocucionárias são os efeitos que o falante provoca no ouvinte, exercendo nele uma influência causal. Mas Habermas alerta que ambas as metas estão em uma relação de dependência entre si. “Eles se encontram sob condições de uma dupla contingência, como antagonistas que, no interesse dos planos de ação de cada um, *exercem influência* um sobre o outro” (HABERMAS, 2004b:123).

Desse modo, a ação comunicativa e a ação estratégica, no contexto de um debate público que visa a influenciar a tomada de decisões políticas, estão sempre aparecendo ao mesmo tempo

na comunicação pública. Apesar disso, Habermas (2004b) acredita que, ao se voltarem para as demandas de validade, os sujeitos podem sustentar seus argumentos de forma cooperativa, buscando reconhecer a demanda de validade na fala do outro.

É importante lembrar que a argumentação deve ocorrer com o debate, que nada mais é que a intenção de convencimento recíproco quanto à legitimidade das reivindicações que cada um defende diante do outro. Nesse caso, convencimento não deve ser um agir estratégico. Pelo contrário, o convencimento acontece pelo entendimento mútuo, em que todos têm igual oportunidade de expor seus argumentos e todos estão abertos a ouvir e debater as questões expostas.

Nesse contexto, surge o conceito de deliberação pública, ou, como proposto por Bohman (2009), a deliberação política.

A deliberação política e moral, em particular, é originada para solucionar *situações problemáticas*, como problemas insolúveis para alcançar objetivos de uma prática ou um conflito insolúvel sobre a interpretação de um determinado objetivo ou norma (BOHMAN, 2009:51).

Dessa forma, para solucionar e chegar ao entendimento sobre o Projeto de Lei do Ato Médico, as audiências públicas realizadas no Senado Federal podem ser uma importante esfera pública política, com o objetivo de abrir espaço para que a opinião pública chegue à deliberação institucionalizada. Na análise realizada a seguir, observo se esse espaço realmente se configura como um fluxo de informações vindas das esferas informais de discussão, com espaço para a opinião pública, e como o discurso dos atores sociais que participam do debate se constroem, pela ótica da ação comunicativa e da ética do discurso.

3.2. O debate formalmente constituído: audiências públicas no Congresso Nacional

Ao dar entrada no Senado, o Projeto de Lei do Ato Médico foi encaminhado à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) e teve como relator o senador Antônio Carlos Valadares. As lideranças das áreas da saúde afetadas pelo projeto solicitaram ao relator que fizesse uma audiência pública para ouvi-los. O senador agendou então a primeira audiência pública sobre o projeto do Ato Médico, que aconteceu em 24 de fevereiro de 2010, poucos meses

depois do projeto ser aprovado na Câmara dos Deputados. Participaram do debate os Conselhos Federais de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e a Sociedade Brasileira de Citologia Clínica. As lideranças dos médicos não quiseram participar dessa audiência.

A segunda audiência aconteceu novamente na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), em 29 de setembro de 2011, 19 meses depois da primeira audiência, por iniciativa dos senadores Randolfe Rodrigues e Inácio Arruda. Nessa ocasião, as lideranças foram convidadas pelos senadores e participaram os Conselhos Federais de Medicina, de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Nutrição, o Sindicato Nacional dos Optometristas, a Federação Nacional dos Médicos, a Associação Médica Brasileira e a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde.

As audiências foram promovidas pelos senadores que fazem parte da Comissão que relata o projeto. As lideranças de cada profissão afetada pelo Ato Médico foram convidadas para se manifestar na audiência. Cada liderança tinha 10 minutos para expor seus argumentos e, ao final de todas as exposições, o moderador fez suas considerações.

O debate público realizado no Senado, até por uma questão de ordem, tem normas bem definidas, atendendo, em certo aspecto, os pressupostos da ética do discurso. Existe um moderador, normalmente o presidente da Comissão onde o assunto está sendo relatado, e ele coordena o tempo de fala, igual para todos, e a ordem dos falantes. É sempre a liderança que é convidada a falar em nome de todos os outros profissionais e supõe-se que essas lideranças tiveram seus discursos consentidos entre os profissionais que elas representam. Algumas falas na audiência corroboram isso:

“Ontem nós nos reunimos, todas as autoridades farmacêuticas deste país, estivemos reunidos e chegamos à conclusão de que não iremos concordar em hipótese alguma com esse substitutivo regresso da Câmara dos Deputados”.

Assim, a análise neste tópico levantará os principais argumentos e contra-argumentos das lideranças que participaram do debate para traçar uma comparação entre a ação comunicativa

e a ação estratégica percebida no discurso dos atores do debate, além de observar as demandas de validade nas falas.

Como vimos anteriormente, somente sujeitos capazes de fala e ação, ou seja, racionais, podem alcançar o entendimento sobre algo por meio da deliberação. Esse é o princípio da teoria da ação comunicativa. Diferentemente do agir estratégico, em que os envolvidos coordenam seus planos de ação orientados para fins e consequências, no agir comunicativo os planos de ação são coordenados pelos agentes mediante o entendimento mútuo e os indivíduos em interação, livres de qualquer constrangimento, se encontram numa posição de autonomia. Para que a ação comunicativa se estabeleça são necessárias três demandas de validade para os atos de fala: verdade - quando o ato de fala se refere a algo que existe no mundo objetivo; veracidade - quando o ato de fala expressa algo que é de domínio subjetivo, o qual o sujeito tem acesso privilegiado; e correção - quando o ato de fala dirige-se a normas que sustentam as relações sociais e que merecem reconhecimento no mundo social partilhado (HABERMAS, 2003c).

Assim, nota-se o caráter extremamente racional empregado por Habermas para definir os atores sociais capazes de atos de fala no processo deliberativo.

Uma análise mais apurada demonstra que a força racionalmente motivadora da proposta de um acto de fala não resulta porventura da validade do que é dito, mas da *garantia* eficaz para a coordenação que o locutor assume no sentido de, em caso de necessidade, se esforçar por cumprir a pretensão que fez valer. O locutor pode honrar a sua garantia, no caso de pretensões de verdade e correção, de forma discursiva, ou seja, aduzindo motivos, no caso de pretensões de sinceridade, através de um comportamento consistente (HABERMAS, 2010:161).

Algumas falas nas audiências analisadas são, de fato, extremamente racionais, evidenciadas inclusive por argumentos difíceis de serem refutados. Vejamos:

“Queria reforçar que sendo aprovado esse projeto do jeito que está significa a condenação à morte de milhares de mulheres no Brasil por câncer no colo do útero. Esse é um dos poucos tipos de câncer que tem a sua prevenção efetiva em 100% dos casos, graças ao exame citológico – papanicolau – e, segundo o próprio Ministério da Saúde, mais de 50% desses exames são realizados no Brasil, credenciados pelo SUS, por profissionais farmacêuticos, bioquímicos e biomédicos”.

“Eu gostaria de citar alguns feitos da Enfermagem, que, até o presente momento, levou o programa de saúde de vacinação praticamente sozinha. Nunca houve a necessidade de qualquer prescrição para que se atentasse ao Programa de Vacinação, ao Programa de Imunização. Outro dado importante e do qual a gente não pode deixar de falar é o que hoje nós temos vivenciado com a possibilidade de a mulher fazer uma opção pelo parto natural, e isso é possível através das Casas de Parto. E as Casas de Parto tem feito um trabalho brilhante, e nós temos índices para demonstrar isso”.

Ora, quando analisamos um debate em que sujeitos estão diretamente envolvidos porque o assunto em questão os afeta particularmente, não se pode deixar de avaliar que os atos de fala vão além da razão, envolvendo emoções e contextos históricos específicos e individuais. Apesar das audiências no Senado serem realizadas com toda a formalidade que o ambiente requer, e os sujeitos acabam levando seus discursos prontos, fechados, o que os caracteriza como racionais, podemos detectar alguns momentos em que as emoções e os contextos pessoais vêm à tona.

“Após a determinação médica, com o carimbo e o CRM dele, devidamente assinada e com a prescrição, que ensinam aos profissionais da saúde a expressão: - Amém, Doutor! – Vamos dizer sempre: Amém, Doutor - ? Não, já chega! Será que para evoluir na profissão nós vamos ter que, a cada evolução, procurar o Senado e procurar a Câmara? Por favor, vamos criar mais uma lei, porque evoluímos”.

Esse trecho do discurso de uma representante dos fonoaudiólogos traz para o debate toda a questão da opressão simbólica que os médicos exercem sobre os demais profissionais da saúde e fica impossível dissociar tal fala do sentimento e da emoção.

No entanto, há que se pensar se o debate realizado pelo Senado é um exemplo de processo deliberativo e de ação comunicativa. Ainda que a audiência contribua para formar opiniões públicas sobre o Projeto de Lei, parece que faltou a *participação efetiva* de todos os

envolvidos no debate e ainda a visibilidade necessária para atingir às massas. Além disso, as lideranças falam por 10 minutos ininterruptamente e não se abre espaço para que aquele que já falou responda a fala do outro. Não existe a troca argumentativa.

As audiências públicas são idealizadas para serem deliberativas, numa busca de se chegar ao entendimento sobre um problema que afeta muitas pessoas. Esses concernidos vão ao debate com os senadores com a expectativa de terem seus argumentos ouvidos. A ideia proposta para a audiência pública parece, à primeira vista, correlacionada com a ação comunicativa proposta por Habermas. Vejamos o que os senadores, que devem moderar as audiências, afirmam durante o debate:

“Há uma boa convivência entre as categorias e ninguém aqui quer tomar o lugar de ninguém. O importante é que encontremos uma saída, um caminho, o mais viável possível, a fim de continuarmos a contar com esse universo de profissionais dedicados que trabalham nos hospitais (...)”.

“As lideranças serão ouvidas, assim como já foram muitas ouvidas. Estarei sempre aberto para o diálogo. Afinal de contas, buscamos um projeto que atenda aos interesses de todas as categorias (...) Será um projeto onde buscaremos o que há de melhor entre aquele que foi aprovado no Senado e alguns dispositivos que podem ser aproveitados para o fortalecimento de todos os segmentos. A integração, a harmonia é o que nós buscamos, afinal de contas não queremos nenhum projeto que venha espalhar a cizânia entre os segmentos da saúde (...)”.

Apesar da aparente promessa de deliberação proposta pelos senadores, na verdade a audiência caminha, na maior parte do tempo, como uma ação estratégica, já que os representantes dos médicos não têm a pretensão de chegar ao entendimento com os representantes das demais profissões da saúde, e vice-versa. A grande meta perlocucionária do debate é convencer os senadores de que suas propostas para o projeto de lei são as mais coerentes e são aquelas que devem ser aceitas no parecer final, inclusive utilizando para isso de ofensa, coerção, humilhação e ironia em seus atos de fala. Vejamos alguns exemplos:

“Todo mundo vem aqui e diz que é a favor da aprovação da regulamentação da atividade profissional e que todo mundo é igual. Não é. Isto é um grande equívoco. Se nós passarmos pela formação, a formação de um médico hoje implica cerca de oito mil horas na graduação e até cerca de 10 mil horas em determinadas especialidades. Temos um profissional da medicina formado em até 11 anos para começar apenas e tão somente o início do começo do princípio da sua atividade profissional, e outras profissões que se jactam de grandes formações e dizem que têm apenas 2.800 horas de formação. Então, nisto reside a diferença. E é exatamente nessa diferença que queremos ser tratados”.

“Lamentavelmente existem vários profissionais incompetentes em todas as áreas. E não precisam invocar os programas da rede Globo de televisão que trazem à mostra e à baila todas as incongruências que aí estão, e que o nosso povo é vítima de uma forma mais violenta e a mais assacada possível” (anteriormente, no debate, os enfermeiros falaram sobre matérias que passaram na Rede Globo sobre a importância da enfermagem).

“Onze mil horas de estudo, dentro da área específica, é importante para o médico. Dentro de minha área, na formação específica minha, chegamos, com especializações, a 7.200 horas. Será que eu não aprendi nada na escola, ou vocês? Acho que não!”

O ato ilocucionário das afirmações acima vale como insulto, difamação. O falante não reconhece no outro a sua qualidade de par social. O ato de fala tem uma meta perlocucionária de ferir o ouvinte e desqualificá-lo diante dos senadores. Wilson Gomes (2008) fala sobre isso

Os atos de fala supõem apenas um reconhecimento do outro como alguém capaz de entender e de falar, não o reconhecimento da sua dignidade e da sua condição de par social; por isso mesmo, a fala pode ser usada para produzir efeitos ilocucionários, como a ofensa, e perlocucionários, como a humilhação; justamente por achar que o outro me entende é que quero diminuí-lo quando falo. Ou quero dominá-lo, enganá-lo,

seduzi-lo. Isso tudo torna razoável supor que talvez a pragmática não dê tudo o que Habermas deseja para a sua noção de esfera pública – nem que renda apenas aquilo que a ele interesse (GOMES e MAIA, 2008:91).

Com relação às pretensões de validade, dificilmente as três demandas aparecem juntas no ato de fala dos participantes das audiências. Na maioria das falas é possível constatar a demanda da verdade, já que o falante exprime algo que existe no mundo objetivo: “São 305 mil médicos e três milhões de outros profissionais da saúde”. Tal afirmação é facilmente constatada, portanto, atinge a validade da verdade.

No entanto, a demanda de veracidade, por se tratar de algo que é de domínio subjetivo, pode ser verdadeira para um e contestável para o outro: “Os senhores senadores não fazem ideia do que vamos sofrer com a aprovação desse projeto de lei. Ele não tem consenso. Não houve acordo!”. Para o profissional da saúde que exprime tal afirmação, ela é verídica. Mas, por mais que se esforce para concentrar validade no seu proferimento, ele é contestado pelos médicos.

A demanda de correção não aparece nas audiências realizadas pelo Senado. As normas que regem as interações não são colocadas em questão e nem monitoradas pelos atores. Aliás, sequer há, de fato, interação e quando estas existem, não observamos o reconhecimento que sustenta as relações sociais no debate.

Desse modo, as audiências públicas realizadas no Senado Federal parecem se configurar mais em uma cena de representação de interesses, incluindo aí o interesse dos senadores de se mostrarem abertos ao debate, a ouvir todos os concernidos pelo problema, quando isso não acontece de fato, do que em uma esfera pública política, com a possibilidade de a opinião pública chegar ao poder legislativo e influenciar a produção de decisões políticas.

Mas o debate político midiático e aquele formalmente estruturado, como tentamos detectar neste tópico, não são os únicos modos de comunicação que compõem o contexto deliberativo. Searing, Conover, Crewe e Solt (2007) e Jane Mansbridge (2009) abordam outro modo de comunicação que pode ser usado pelos atores de um processo deliberativo, a saber: a conversação cívica.

A deliberação se configura como um processo que se realiza, grande parte das vezes, de modo continuado ao longo do tempo, resultado de debates, de conversações cívicas e de discussões políticas produzidas em múltiplos contextos, sejam eles formais, informais ou midiáticos (MARQUES, 2010b:96).

Veremos no próximo capítulo como as conversas informais entre os profissionais da saúde influenciam, ou não, as demais esferas públicas, e se são igualmente influenciadas por elas. Além disso, pretendo avaliar como se dá as assimetrias e desigualdades deliberativas na formação do discurso em diferentes esferas do debate público.

CAPÍTULO 4

4. ESFERAS PÚBLICAS DE CONVERSAÇÃO POLÍTICA

4.1. A conversação cotidiana e a deliberação

O debate público, quando se estabelece visando ao entendimento e ao bem comum, devido a um problema que afeta um ou diversos grupos, representa a estrutura deliberativa que compõe as esferas públicas. Como vimos, desde que foi proposto no Congresso Nacional, o Projeto de Lei do Ato Médico gerou controvérsias, pois afeta médicos, profissionais de outras áreas da saúde e a sociedade como um todo. Assim, audiências, debates, conversas informais e mesmo a comunicação midiaticizada passaram gradativamente a produzir informações e a formar diversas esferas de debate sobre o tema de forma coletiva e recíproca. No entanto, o que se questiona é a efetiva participação política dos atores sociais atingidos e os enquadramentos utilizados em seus discursos. A conversação cotidiana entre os concernidos alimenta as esferas públicas políticas e midiáticas? Quais são os recursos que eles usam no processo de construção de suas falas? O quão interessadas e envolvidas as pessoas estão em uma questão e como ela afeta sua vida cotidiana?

Para analisar essas questões, parto da premissa proposta por Jane Mansbridge (2009) de que a conversação cotidiana, mesmo não seguindo todos os critérios da teoria deliberativa, é parte indispensável do sistema deliberativo. No entanto, é importante deixar claro as diferenças entre as esferas de conversação e a deliberação:

A conversação cotidiana produz resultados coletivamente, mas não de maneira coordenada. Ela frequentemente produz resultados coletivos de maneira semelhante ao modo como o mercado os produz, através de efeitos combinados e interativos de ações de indivíduos relativamente isolados. Uma assembleia de tomada de decisão, em contrapartida, produz resultados em conjunto, geralmente através da troca de razões na interação face a face. A conversação cotidiana não é necessariamente pensada como outra ação que a própria conversação; a deliberação em assembleias almeja, ao menos em teoria, a ação. A conversação cotidiana pode ser quase puramente expressiva; a deliberação em assembleias, ao almejar a ação, é geralmente intencional. A deliberação em uma assembleia pública tem geralmente o objetivo de produzir uma decisão coletivamente vinculatória (MANSBRIDGE, 2009:208-209).

Assim, pode parecer que a conversação cotidiana e a deliberação são totalmente distintas e dissociadas entre si. Afinal, a conversação é emotiva, fluída, transitória, ao contrário da deliberação pública, que é racional, crítica e reflexiva. No entanto, a autora alerta que são as conversações políticas do dia a dia que preparam o caminho para as decisões governamentais e também para a formação democrática da opinião pública, peça crucial para a formação das deliberações institucionalizadas. Além disso, as conversações preparam o cidadão para que se engajem em trocas argumentativas mais exigentes.

Entende-se, então, a deliberação não apenas nas instâncias formais de debate, mas também “como um processo que atravessa o todo social, por meio de múltiplos jogos entre os atores sociais, em diferentes espaços ou arenas, com seus respectivos contextos sócio-históricos” (MAIA, 2008:195).

A conversação política, que visa a resolver conflitos, decidir políticas públicas e debater assuntos que afetam a coletividade, apesar de ter um enfoque bem diferente do debate formal, é fundamental para a existência da democracia. Essa troca alimenta o que vai ser defendido na esfera pública, além de preparar os cidadãos para o engajamento argumentativo exigente de um debate.

Apesar de apresentarem características deliberativas fracas, é através das conversações diárias que “as pessoas começam a entender melhor o que querem e precisam, individual e coletivamente” (MANSBRIDGE, 2009:207).

A conversação diária interpessoal é uma condição necessária para que as pessoas dêem sentido à grande quantidade de informação com que lidam diariamente. (...) o engajamento dos indivíduos em conversações políticas é importante para o processamento da informação, no sentido de ampliar o entendimento que os participantes têm sobre determinado assunto. Diversos autores têm defendido que as pessoas que discutem política com outras são mais aptas a adquirir uma compreensão mais aprofundada sobre fatos políticos e sobre as informações que recebem por meio dos *media* do que aquelas que não o fazem (MAIA, 2008:205).

Muitos autores falam da importância da comunicação, o discurso midiático, na conversação cotidiana. Martino também fala, baseado em Habermas, sobre a conversação como aspecto intrínseco à comunicação. “Uma conversa é um ‘texto’, entendida como um elemento de

comunicação. Não tem existência autônoma, desligada de tudo. Ao contrário, existe quando utilizada e gera transformações nas pessoas que utilizam” (2010:60).

A conversação também está muito presente nos textos de Vilém Flusser e se aproxima do que ele propôs como comunicação dialógica. “O autor mostra que na conversação prevalece o clima de contato de intelectos com outros intelectos” (MENEZES, 2010:56).

Desse modo, as conversações do cotidiano são uma importante ferramenta para a construção política dos cidadãos e se constituem “no contexto privado de formação das biografias particulares para, em um segundo momento, reverberar na esfera pública” (HABERMAS, 2003b:33). Autores que estudam a questão da deliberação (BENHABIB, 2009; BOHMAN, 1996, 2009; HABERMAS, 2003b, 2003c e 2010; MAIA, 2008; CONOVER et al, 2005; SEARING et al, 2007; MANSBRIDGE, 2009) propõem que as conversações e discussões informais são fundamentais para sustentar o debate público. Elas devem mobilizar e contribuir com a deliberação formal, determinando os resultados de decisões legítimas.

A conversação interpessoal é um instrumento para que as pessoas processem as informações que circulam em suas vidas diariamente e produzam algum sentido sobre elas. Assim, buscamos caracterizar a conversação cotidiana, mais especificamente a conversação política, antes de dar continuidade à análise.

Intercâmbios menos formais dentro do sistema deliberativo devem ser avaliados pelos mesmos padrões, desde que estes sejam aplicados mais livremente à medida que avançamos a partir das deliberações públicas formais para as discussões mais informais que constituem a conversa cotidiana (CONOVER et al., 2005:272)²¹.

Uma das características da conversação política é o processamento de informações, ou seja, os participantes ampliam o entendimento que têm sobre determinado assunto. Outra característica é que “a exposição às opiniões e às perspectivas variadas no ambiente midiático contribui para que as pessoas confirmem ou reformulem suas opiniões, balanceiem questões gerais com experiências práticas ou ordenem suas preferências” (MAIA, 2008:205).

²¹ Do original: “(...) less formal exchanges within the deliberative system should be judged by the same standards, provided that they are applied more loosely as we move from formal public deliberations to the more informal discussions that constitute everyday talk”.

Além disso, pesquisas empíricas (CONOVER et al, 2005; SEARING et al, 2007) mostram que pessoas que participam com frequência de conversações políticas tendem a apresentar maior nível de engajamento cívico e propensão à ação coletiva.

Outra característica fundamental da conversação é que nela, ao processar também problemas pessoais, os sujeitos se manifestam de forma livre, espontânea, informal, sem inibições ou medo do ridículo, já que estão em ambientes privados ou semipúblicos, cujo acesso é restrito àqueles que fazem parte daquele círculo interpessoal. Nesse sentido, os participantes da conversação apresentam um repertório de experiências pessoais, histórias de vida e mesmo falas que denotam a sabedoria popular. “Tais discussões abrangem uma grande variedade de formas comunicativas - argumento, retórica, emoção, testemunho ou contar histórias e fofocas - em vez de se limitar à troca racional de falas” (CONOVER et al, 2005:271)²².

Essas histórias de vida, exposição de sentimentos e emoções e o compartilhamento de suas experiências sensibilizam os demais participantes da discussão, promovem a simpatia do outro pelo seu problema e apresentam novos pontos de vista, além de promover também o aprendizado coletivo. O próprio Habermas (1990), que sempre defendeu a racionalidade do discurso e quase não se preocupou com as questões pessoais dos concernidos, como injustiça, opressão simbólica e relações de poder, admite que sentimentos morais devem ser observados ao assumir a perspectiva do outro e alcançar o entendimento de modo sensível.

Não iremos perceber certos conflitos de ação como moralmente relevantes se não percebermos que a integridade de uma pessoa está sendo ameaçada ou violada. Os sentimentos formam a base de nossa própria percepção de que algo é moral. Aquele que é cego para o fenômeno moral não possui o sensor para o sofrimento de uma criatura vulnerável que tem o direito de proteção para a sua integridade física e sua identidade. E esse sensor está claramente relacionado com a simpatia e a empatia (HABERMAS, 1990:111-112)²³.

Nesse sentido, interessa-me avaliar se as conversações cotidianas e o uso que os cidadãos fazem das informações veiculadas nos *media* reformulam e influenciam a esfera pública política

²² Do original: “Such discussions involve a wide variety of communicative forms - argument, rhetoric, emotion, testimony or storytelling, and gossip - rather than being limited to the rational exchange of reasons”.

²³ Do original: “We will not perceive certain conflicts of action as being at all morally relevant if we do not feel that the integrity of a person is being threatened or violated. Feelings form the basis of our own perception that something is moral. Anyone who is blind to moral phenomena has blind feelings. He lacks the sensor, as we would say, for the suffering of a vulnerable creature which is a right to the protection of both its physical self and its identity. And this sensor is clearly closely related to sympathy and empathy”.

e como os testemunhos e histórias de vida contextualizam os discursos dos concernidos. Para isso, era preciso avaliar sistematicamente o discurso dos concernidos pelo Projeto de Lei do Ato Médico e, assim, a entrevista com um grupo de profissionais não médicos me pareceu ser adequada, seguindo os moldes de Conover et al (2005) e Searing et al (2007). No entanto, também havia a necessidade de analisar o contexto das falas dos profissionais em contextos deliberativos, da conversação cotidiana. Desse modo, também foi realizado um grupo focal com profissionais que atendem no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

4.2. Entrevista com os concernidos: como os profissionais da saúde pensam o Ato Médico

A entrevista com os profissionais da saúde não médicos sobre o Projeto de Lei do Ato Médico, tomando como base os estudos e pesquisas realizados por Conover et al (2002; 2005) e Searing et al (2007), foi o primeiro foco da pesquisa, partindo da premissa de que esse estudo sistemático do discurso dos concernidos levaria a um panorama de suas falas, retórica e enquadramentos que eles utilizam para expressar seus argumentos. Sobre a pesquisa em formato de entrevista, Conover et al afirma

Com perguntas e linguagem padronizadas, as pesquisas são limitadas para analisar a dinâmica da discussão, que varia de maneira sutil entre os indivíduos e subgrupos. No entanto, essas padronizações e perguntas fechadas são muito adequadas para descrever e analisar sistematicamente as conversações diárias, seus conteúdos e contextos, na medida em que avalia até padrões normativos de deliberação democrática (CONOVER et al, 2005:274)²⁴.

A pesquisa pretendeu avaliar também o grau de participação política e de argumentação desse grupo, tendo em vista a tramitação do Projeto de Lei do Ato Médico. Desse modo, seis perguntas sobre o projeto e participação política dos indivíduos afetados foram enviadas para

²⁴ Do original: “Their standardized questions and language, surveys have limited utility for probing the dynamics of discussion, which varies in subtle ways across individuals and sub-groups. However, these same standardized, close-ended questions are very well suited for describing systematically everyday discussions’s, contents and contexts, and for gauging the extent to which it measures up to normative standards for democratic deliberation”.

42.481 profissionais da saúde não médicos, via e-mail, em junho de 2011, para que fossem respondidas de forma espontânea²⁵. Segue o questionário enviado:

Tabela 3: Questionário enviado via e-mail para os profissionais da saúde não médicos

Questão	Alternativas
Nome	
Idade	
Profissão	
1.Você acredita que está bem informado sobre o Projeto de lei do Ato Médico?	Sim Não
2. Como o Projeto de Lei do Ato Médico afeta a sua profissão?	(Resposta espontânea)
3. Qual é a principal alteração que você faria no projeto?	(Resposta espontânea)
4. Você participa de alguma associação de classe?	Sim Não
5. Já participou de algum evento público (reunião, audiência, seminários etc.) para debater o Projeto de Lei do Ato Médico? Caso não tenha participado, exponha os motivos.	Sim Não
6. Das alternativas abaixo, marque aquela que mais se aproxima daquilo que você pensa sobre a participação de sua classe profissional em debates públicos a respeito de projetos que afetam diretamente a sua profissão.	a) Eu sempre procuro manifestar minha opinião sobre assuntos que afetam a minha profissão. É importante que cada um se manifeste em debates públicos, para que os políticos possam decidir qual é a proposta de projeto de lei que contempla a todos; b) Eu não acredito que os políticos se importem com o que as pessoas pensam para tomar suas

²⁵ Pesquisa na íntegra – Apêndice III.

	<p>decisões;</p> <p>c) Eu não me importo que os dirigentes de associações ou conselhos dos quais faço parte se manifestem politicamente por mim e em prol de minha profissão;</p> <p>d) Existem outros meios, como através da lei ou de meu próprio esforço, para melhorar a minha profissão. Portanto, não preciso me envolver em política.</p>
--	--

Foram 8.542 visualizações do e-mail enviado e 3% destas foram efetivamente respondidas. Nessa amostragem, 57% dos indivíduos estão bem informados sobre o Projeto de Lei do Ato Médico, inclusive apresentando forte discurso persuasivo, quando questionados sobre as alterações que o projeto deveria apresentar antes de ser aprovado. As posições, sob a forma de argumentação (objeções, demonstrações e contra-objeções), foram usadas, porém não de forma racional. O pesquisado demonstra que conhece o assunto, apresenta os enunciados objetivando o convencimento, mas estes são escritos de forma confusa, incorreta ou copiados de debates políticos midiáticos realizados anteriormente.

Vejamos alguns exemplos de resposta²⁶ para a pergunta *Como o Projeto de Lei do Ato Médico afeta a sua profissão?*:

“O ato médico, tira a nossa autonomia enquanto profissionais de uma área tão importante que é a área da saúde, monopolizando para si o direito de “tratar” o indivíduo, como em uma competição. A classe médica deveria entender que é impossível uma classe profissional só estar apto e ser auto suficiente para auxiliar o indivíduo. O quadro do paciente é tão complexo em muitos casos, que é necessário uma equipe interdisciplinar para solucioná-lo, pois o vivemos impregnados de influências do meio em que vivemos”.

²⁶ As respostas foram deixadas como enviadas pelos profissionais, incluindo possíveis erros gramaticais.

“Minha profissão é afetada das seguintes maneiras: - Perda da Autonomia para escolher o melhor tratamento para o meu paciente - Descaso em relação a minha profissão - Indiferença nos tratamentos traçados”.

“Minha interpretação do texto: com o ato médico, não poderei, como fisioterapeuta, atender uma pessoa sem a 'recomendação' ou 'receita' médica. Exemplo: uma pessoa que me procure para um atendimento de alívio de dor (como uma massagem ou alongamento num torcicolo), a pessoa tem que ter a 'receita médica'. Como acupunturista, o texto interfere na minha especialização, já que não posso colocar nada invasivo em pacientes (agulhas)”.

“Ele tira a autonomia de um profissional formado, capacitado e capaz de avaliar, tratar e conduzir sua terapia, de fazê-lo. Existem diferenças entre discussão interdisciplinar e mera imposição médica. A classe médica não possui capacidade suficiente para propor diretrizes aos fisioterapeutas por que na realidade pouco entendem a complexidade da profissão e os olhares e respectivos focos de atuação por um motivo crucial, as mentalidades são diferentes, para o fisioterapeuta o paciente não é apenas um número, que vive ou não, ele é um ser humano, que precisa viver Bem... ou seja, ter qualidade de vida. Não basta salvar a vida, é preciso que esta seja digna! e isso é que traz mentalidades tão diferentes”.

Percebemos na maioria das respostas que a grande preocupação dos profissionais é com relação à sua autonomia profissional. Nesse aspecto, o profissional deixa vir à tona seus medos e receios de ser cada vez mais comandado por um médico e perder, com isso, seus pacientes. Existe um forte componente nos discursos de dependência em oposição à autonomia desejada.

Analisemos agora as respostas para a pergunta *Qual é a principal alteração que você faria no projeto?*:

“Eu faria a alteração onde diz, que somente o médico é capaz de fazer indicações terapêuticas. Nesse caso, somente o médico é capaz de dar o diagnóstico de uma doença, mas indicar o que a fisio, a TO, ou a psicóloga vai fazer para melhorar o quadro desse paciente é absurdo. Todos nós profissionais estudamos e nos especializamos pra receber receitas de bolo de médicos, pra isso não precisaríamos de graduação, apenas de técnicos”.

“Para mim o maior erro do projeto consiste na decisão por parte dos médicos quanto a necessidade, número de atendimentos e ainda mais quanto a quais condutas devem ser realizadas por outros profissionais da saúde. Isso não deve existir sendo um desrespeito com nossos esforços em nossas formações e ainda mais com os pacientes que serão avaliados por um profissional que não apresenta a competência e conhecimento necessário para decidir sua melhor abordagem. Isso deve ser alterado. Talvez falte humildade por parte dos médicos para trabalhar em equipe”.

“Vetaria o projeto inteiro pois irá prejudicar não só o Fisioterapeuta como todos profissionais da área da SAÚDE”.

É interessante observar que 16% dos entrevistados deixaram essa pergunta em branco, sem resposta, provavelmente porque não sabiam o que responder. Da mesma forma, muitos profissionais deram respostas parecidas com essa: “Não conheço o projeto ao ponto de indicar alterações”. Mas, na primeira pergunta, respondeu: “Sendo aprovado, perderemos muito campo de trabalho e a liberdade da profissão”, demonstrando que não desconhecia totalmente o projeto ou estava replicando o discurso midiático, o que parece acontecer com frequência. Gamson alerta que “é difícil saber ao certo se uma consideração se remete ao discurso da mídia, porque as pessoas não conseguem identificar a fonte de seu conhecimento” (2011:154). Mas é possível detectar frases tiradas de contextos midiáticos.

Antes de continuar a análise, é importante lembrar o que Habermas entende por funções da deliberação pública e que vimos no início desta dissertação. Enquanto processo democrático, ela precisa cumprir três funções: mobilizar e reunir questões relevantes e informações

necessárias; processar tais informações por meio de argumentos adequados; e gerar atitudes racionalmente motivadas para determinar o resultado de decisões corretas. Assim, o modelo deliberativo de Habermas supõe que “a esfera pública política possa assegurar a formação de uma pluralidade de opiniões públicas cuidadosamente consideradas” (2008: 5).

Nesse sentido, é interessante observar que, apesar da maioria dos sujeitos que participaram da pesquisa terem se mostrado informados e com argumentação contundente, apenas 2,7% deles participaram efetivamente de debates políticos formais ou mediados sobre o Projeto de Lei. O restante utilizou seu discurso em conversas cotidianas, que não atingem a visibilidade para a formação de esferas públicas políticas, mas são importantes para que o indivíduo exercite sua argumentação e seu poder de persuasão numa esfera em que se sente seguro. A mudança da situação é desejável por eles, mas eles duvidam da possibilidade de alterar o cenário político em que vivem. Além disso, os custos pessoais e a falta de oportunidade para se engajarem no debate público são outros empecilhos que aparecem com frequência na fala dos entrevistados. Quando questionados sobre o porquê de nunca terem participado de algum evento público (audiência, reunião, debate) sobre o Ato Médico, 64% sequer responderam (respostas em branco). Quem respondeu, essas foram algumas das respostas:

“Nunca soube de nenhuma reunião perto da minha residência”.

“Não participei pois este últimos dois anos foram seguidos de gravidez e pã parto, mas neste momento, se tivesse outra oportunidade participaria”.

“falta tempo para mais algum compromisso a gente se desgasta e esses poderosos fazem a lei sem sair do lugar”.

“Na minha cidade não soube de discussão sobre o Ato Médico, ir para São Paulo implica custos, não dá mais para gastar com a situação atual de remuneração que vivemos”.

Sobre a importância dos atores sociais contribuírem com as pautas políticas, a pesquisa mostra que 44% dos entrevistados desejam participar mais politicamente, mesmo ainda não o

fazendo na prática. Para eles, “é importante que cada um se manifeste em debates públicos, para que os políticos possam decidir qual é a proposta de projeto de lei que contempla a todos” (alternativa A da pesquisa). Ao contrário de 36% dos pesquisados, que responderam “eu não acredito que os políticos se importem com o que as pessoas pensam para tomar suas decisões” (alternativa B da pesquisa).

Se a grande maioria dos pesquisados desejam participar efetivamente do debate público, por que somente 2,7% já o fizeram na prática? A resposta parece estar nas barreiras impostas aos atores sociais desse grupo, que são os desafios a serem transpostos para uma prática deliberativa ideal (GOMES, 2004), a saber:

- a) Opressão simbólica – os profissionais da saúde se sentem oprimidos e subalternos com relação aos médicos, que normalmente são os chefes e diretores dos serviços de saúde onde eles atuam; veja um exemplo na resposta de um entrevistado: “Fisioterapeutas dependem dos médicos, se ficarem contra eles perderam os ptes”;
- b) Invisibilidade social – a sociedade ainda não conhece exatamente o trabalho realizado por alguns profissionais da saúde, que ficam com o estigma de ser uma especialidade da medicina. Perante a sociedade, o médico é um semideus, o grande salvador e curador de todas as doenças.
- c) Falta de habilidade para usar racionalmente a linguagem – tradicionalmente, os profissionais da saúde não são treinados para usar a oralidade, o discursivo persuasivo e a argumentação e contra-argumentação, apesar de demonstrarem grande entendimento do assunto.

Certamente são fatores preponderantes a serem pensados como obstáculos para a participação sólida e efetiva dos atores sociais envolvidos no Projeto de Lei do Ato Médico. Essa pesquisa corrobora a concepção de que os profissionais sabem o que é o projeto, mas suas falas são desordenadas, desestruturadas, entrecortadas por ironias, ofensas, desilusão, expressões emocionais e outros modos comunicativos (GARCÊZ e MAIA, 2009). No entanto, as informações coletadas podem servir para pautar discussões sociais ou mesmo propor novos discursos na esfera pública política.

A pesquisa realizada via e-mail não trazia os aspectos deliberativos que constituem o debate, mesmo em forma de conversação cívica. Para avaliar uma conversação entre os afetados

pelo Projeto de Lei do Ato Médico, propus um grupo focal entre profissionais da saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a análise desse debate será tema do próximo tópico.

4.3. Recursos conversacionais: sentimentos, experiências e testemunho dos concernidos

O grupo focal é um recurso interessante da pesquisa para avaliar a interação entre os participantes em uma conversação política. As falas dos participantes podem influenciar os outros e os argumentos, testemunhos, histórias podem ser assimilados, refutados, estimulando a discussão. Baseada em William Gamson (2011), a ideia de reunir um grupo para o debate parte da premissa de que é impossível acompanhar uma conversação natural desses profissionais, pois somente a presença de um estranho já os desestimularia para a conversa. Desse modo, o grupo focal, apesar de ser classificado como não natural, já que os participantes sabem que estão em uma interação organizada para um fim, parece ser a melhor alternativa para avaliar a interação social em um discurso público sobre um assunto que afeta o público participante.

Desse modo, foi proposto um grupo focal entre os profissionais da saúde de diversas áreas que atuam no Hospital das Clínicas de São Paulo. Foram convidados a participar médicos e profissionais não médicos. O debate aconteceu em dezembro de 2011, no próprio hospital²⁷. Não houve uma pré-seleção dos debatedores, para que todos que desejassem participar ficassem à vontade. Nos primeiros 50 minutos de conversa, nenhum médico apareceu para participar. Tínhamos apenas a presença de seis profissionais da saúde – um enfermeiro, dois terapeutas ocupacionais e três fisioterapeutas. Depois, um médico apareceu para participar do debate. Essa constituição inicial do grupo fará muita diferença no decorrer da interação e veremos como isso acontece durante este tópico da análise.

A conversa aconteceu no próprio hospital, ambiente em que os atores se sentem mais confortáveis e livres para expressar suas opiniões, sem inibições ou constrangimentos, com uma hora e 15 minutos de duração no total. Os profissionais ficaram a vontade para expressar emoções e argumentos, sem um moderador formal, apenas conduzidos por perguntas pelo

²⁷ Transcrição do debate – Apêndice IV.

facilitador. Este não controlava os tópicos da conversação, apenas lançava perguntas para não correr o risco da discussão se esvaziar antecipadamente.

A grande vantagem de se fazer tais experiências com grupos focais é que “nos permite observar o processo por meio do qual as pessoas constroem e negociam sentidos compartilhados, usando seu vocabulário natural” (GAMSON, 2011:40). Mas o autor ressalta, e isso foi observado durante o grupo focal apresentado nesta análise, que as pessoas usam também a linguagem corporal, expressões faciais e outros recursos não conversacionais para complementar o significado da palavra, que se perde na gravação do áudio e nas transcrições.

Ao observar a conversação cívica produzida nesse contexto, verificou-se que os atores sociais afetados pelo Projeto de lei do Ato Médico não são apenas alimentados pelas informações produzidas pela mídia. As pessoas também utilizam suas experiências pessoais e singulares, suas emoções e o conhecimento baseado em elementos comuns, compartilhados, da sabedoria popular (GAMSON, 2011).

Observa-se, nessa conversação, que o enquadramento da injustiça é um dos mais recorrentes. O sentimento de que algo está errado e deve ser substituído é o principal componente da conversação produzida. Termos como “isso é totalmente errado”, “isso é injusto” e “isso me deixa furiosa” apareceram com frequência no diálogo proposto. “Os enquadramentos de injustiça oferecem ganchos para que as pessoas possam combater sua raiva contra os sofrimentos e as indignidades que experimentam em sua vida cotidiana” (GAMSON, 2011:61).

“Eles [os políticos] ganharem 400 mil reais, por que a gente tem que ganhar menos de mil reais em trinta horas aqui? Então as coisas estão muito erradas. Isso não é legal. E aí o que acontece com os profissionais? Eles vão tentar trabalhar em outro lugar. E o que sobra para o paciente é gente que não sabe fazer. Porque se submeter a isso é muito difícil. Quem fica aqui, fica porque gosta, fica porque acredita em alguma coisa. O problema está no sistema. O problema está lá em cima mesmo. Porque aqui embaixo, quem está na guerra sobrevive, vai dar um jeito. Qualquer um precisa de dinheiro para sobreviver, mas não é justo o que eles fazem. Você vai para rede [SUS] e as pessoas que nem são especializadas na rede ganham muito mais que a gente que está aqui em um grande centro, o

maior da América Latina! Eu acho que o buraco é muito mais embaixo do que o ato médico”.

“Essa parte do humor do funcionário público, todos nós aqui escolhemos estar aqui, sabendo o salário que a gente ia ganhar. É injusto? É! Só que chega uma hora que a grande maioria usa isso como um motivo: eu sou mal humorado, eu não gosto de estar aqui porque meu salário é baixo. Mas todos escolhemos estar aqui”.

É importante salientar, como percebemos, que a discussão foi além da questão do Ato Médico. Como os atores sociais ficaram à vontade para se expressarem, outros assuntos que lhes afetam vieram à tona, como remuneração, descaso do poder público com a saúde e formação profissional, todos eles permeados pelo enquadramento de injustiça.

A injustiça focaliza a raiva justa, que gera revolta no íntimo dos indivíduos e trespassa a alma. A injustiça (...) é uma cognição quente, e não um mero julgamento intelectual abstrato sobre o que é igualitário (GAMSON, 2011:56).

Desse modo, somente o enquadramento da injustiça não é suficiente para provocar uma ação coletiva focada. É importante articular essa ferramenta com argumentações concretas e eficazes. Nesse ponto, devemos lembrar que, segundo Habermas, a discussão que ocorre na esfera pública informal, ou seja, na vida cotidiana, deve preencher a função de “mobilizar ou articular questões relevantes e a informação necessária, e especificar interpretações” (2008:15). Isto é, tais contribuições deveriam informar as pautas políticas para serem processadas discursivamente nos debates formais.

Nos trechos da conversação destacados acima, podemos observar que existe um “traço de rebeldia” (GAMSON, 2011:87) nas conversações, ou seja, os participantes não são tão passivos quanto se supunha e negociam com as mensagens dos *media* de forma complexa. Presumia-se que devido à cultura política dominante, as manifestações de ação cidadã nem aparecessem na conversa. Mesmo sem a menção a esse tipo de abordagem pelo facilitador, os participantes enveredaram pelo caminho da cidadania e do engajamento. No entanto, existe uma tendência que a descrença política não encoraje a ação coletiva.

Nesse sentido, o papel dos *media* tem grande importância, pois episódios de ação coletiva com relação ao Ato Médico são pouco, ou nada divulgados, nos veículos de comunicação. Veja, por exemplo, a Virada da Saúde, que reuniu um expressivo número de manifestantes contra o Projeto de Lei do Ato Médico no Parque do Ibirapuera em fevereiro de 2010. Esse evento foi desconsiderado pela imprensa, pois, no mesmo dia, acontecia o terremoto no Chile, que entrou na pauta de todos os jornais, deixando a cobertura da Virada da Saúde em segundo plano, desacreditando aqueles que participaram de sua efetividade.

Voltando para o grupo focal do HC, o que se percebe é que ser favorável à ação coletiva, para eles, não significa ter uma atitude madura de ação coletiva. As conversações evidenciam o “cinismo sobre a política e o governo, da crença em sua dominação por grandes empresas e da impossibilidade de trabalhadores, como membros dos grupos, alterarem os termos de sua vida cotidiana” (GAMSON, 2011:112). Vejamos mais alguns trechos que evidenciam isso:

Profissional 1 – “Quando o governo parar de roubar, e investir aonde tem que investir não só na saúde...”

Profissional 2 – “Eu não acho que isso tem fim, não acho. Se você me falar: você vê solução no final do túnel? Não, porque não se tem interesse”.

Médico – “Nunca vai chegar a um consenso, porque a política é assim. Tem dois grupos e Brasília funciona assim. Então o que você vai dar para este grupo para ele votar junto com você: dinheiro, carro, poder ou influência”.

Com relação ao enquadramento de identidade presente no discurso do grupo focal, é interessante observar a construção do “nós” em oposição a “eles”. No caso das discussões sobre o Ato Médico, seria mais evidente encontrar o “nós” como profissionais da saúde não médicos em oposição a “eles”, médicos. No entanto, foi surpreendente avaliar que neste grupo focal, os participantes criaram uma identidade “nós” profissionais do HC, hospital de maior referência no país, em oposição a “eles”, os outros profissionais que trabalham em qualquer outro lugar.

Em completa oposição aos profissionais que responderam à pesquisa anteriormente avaliada, o grupo focal do HC foi unânime em dizer que o diagnóstico deve ser privativo do médico, concordando, desse modo, com o que está escrito no Projeto de Lei do Ato Médico.

Vejamos algumas manifestações sobre isso:

Facilitador: Existe uma corrente de profissionais da saúde que alega que os profissionais da saúde têm que diagnosticar.

TODOS: NÃO!

Profissional 2: Você pode diagnosticar, mas não pode falar para o paciente. Você vai conversar com o médico e falar: “eu acredito que seja isso”.

Profissional 1: Mas essa corrente de profissionais, sabe o que são? São os mal amados, como são mal amados os médicos que querem mandar na gente.

(todos falam ao mesmo tempo)

Profissional 4: Quem não passou no vestibular para medicina e aí tentou esse aqui, que é menos concorrido, e passou, continuou se achando.

Profissional 1: Peraí né, aí eles estão querendo ser o ato médico da reabilitação, o ato da reabilitação.

Profissional 2: O médico diagnostica e dá medicamentos. A gente reabilita. Mas quem faz nossa conduta é a gente.

Outro exemplo:

“A gente aqui [no HC] tem uma situação muito privilegiada, a parte do que é o todo profissional. Por outro lado, não é difícil a gente ter exemplos de colegas que é aquela história: “ah, não consegui fazer medicina e vou fazer essas áreas que seguem próximas da medicina e que pensa que é medico”. Se pensar assim, vai pegar um receituário e dar receita”.

Nesse sentido, Gamson afirma

As preocupações primeiras dos trabalhadores se referem à sua vida imediata e cotidiana, mas isso não significa que eles pensam somente como indivíduos e membros familiares para produzir sentido acerca de questões políticas. Nem significa que, por eles afirmarem fortemente que toda pessoa é um indivíduo único e que deveria ser julgada como tal, isso os impede de pensar coletivamente. Uma variedade de coletividades mais amplas é, de fato, trazida à tona enquanto os participantes conversam sobre política (GAMSON, 2011:141).

Assim, a vida imediata dos participantes desse grupo focal é o trabalho cotidiano no Hospital das Clínicas, onde já criaram forte afinidade entre eles e isso lhes confere uma identidade muito forte e peculiar. Como compartilham uma mesma situação social, tornou-se mais fácil ter entre eles uma identidade coletiva.

Por outro lado, eles têm uma clareza a respeito dos problemas que assolam suas profissões em particular e não vêem no Ato Médico o problema maior de suas profissões. Vejamos:

Profissional 5 – O que a gente hoje está enfrentando tem uma única origem que é a falta de ética, de responsabilidade, de respeito e de comprometimento das pessoas que falam, e isso começa na faculdade. Se eu estou sabendo que a minha formação está deficiente, se eu estou sabendo que eu não entendo dessa área e chegar um paciente da psiquiatria para eu atender, eu sei que eu não sei atender. Não vou pegar para atender porque o cara é milionário e vai me pagar sei lá quanto por hora da consulta.

Profissional 1 - Eu vou indicar para uma amiga minha...

Profissional 5 – Mas a maioria não indica.

“Na classe média e rica, eles fazem a lipo e pagam a sua drenagem, mas se ele estoura a mão, não paga uma sessão de reabilitação. Você gasta muito mais com estética do que com saúde. Eles se reformam inteiro, gastam o quanto for com estética, e preferem o fisioterapeuta do que o esteticista. Vai e faz e paga e acontece. Mas se fraturou o joelho, não pagam um reabilitador. Então também a sociedade tem um valor invertido”.

As pessoas recorrem, como vimos na primeira parte, a recursos conversacionais para exprimir seus sentimentos, opiniões e argumentos sobre o assunto que está em debate. Ainda se baseando em Gamson (2011), destacam-se três recursos observados na fala desse grupo focal: o discurso da mídia, o conhecimento experiencial e a sabedoria popular.

Todos os participantes mostraram, em algum momento, que têm consciência de que existe um discurso público em torno das questões levantadas. “As pessoas importam do discurso da mídia uma variedade desses elementos informacionais para sustentar os enquadramentos que conferem destaque a tais elementos” (GAMSON, 2011:156). Vejamos outro trecho da conversação:

“Nem quando surgiu no Facebook “Quero tratamento SUS para o Lula”.
Que nada, filha. Porque ele vai vir para o SUS e vai furar fila e vai ter o
melhor, enquanto você vai continuar na filinha. Por quê? Porque ele é o
Lula e você quem é?! Ninguém, entendeu”.

O recurso da experiência pessoal também é muitas vezes utilizado, pois as pessoas constroem seus discursos por meio de narrativas sobre eles mesmos ou sobre pessoas que eles conhecem. Também conhecido como testemunho, ele promove um sentido humanitário e compartilhado da questão.

Os testemunhos são relatos de experiências de vida, experimentadas pelos próprios sujeitos que contam suas histórias e que são, ao mesmo tempo, narradores e protagonistas delas. Eles carregam não apenas o sentido de *presenciar*, *demonstrar*, *comprovar* e *declarar ter visto*, como também o de *vivenciar*, *julgar* e *depor* (GARCÉZ et al, 2009:87).

O recurso conversacional do testemunho apareceu inúmeras vezes durante a discussão no debate focal. Vejamos alguns trechos:

“Uma vez eu peguei uma amputação do quinto dedo. Você imagine um
Lula que apareça para você. Mas quando eu tirei, só tinha o quinto dedo.
Você me entendeu? A amputação foi dos outros. Isso daí eles [os médicos]

não gostam de escrever. Escrevem tudo errado. Então você imagina outro problema, como é que esse camarada vai me escrever tim tim por tim tim”.

“A gente aqui faz a órtese, orienta o uso e a higiene e fala assim para ele [paciente]: ‘Qualquer problema, a senhora tem total liberdade de vir aqui, quantas vezes precisar. Não precisa passar no médico, porque até você passar no médico para reclamar com ele, já machucou, já não funcionou, ta bom? Pode ligar todos os dias se a senhora quiser. É só ligar e agendar. Eu troco o velcro, vejo onde esta machucando’. Seis meses depois, vem esse mesmo paciente com uma carta: “favor ajustar a órtese que está machucando”. Seis meses!!! Ou seja, eles fazem questão de ir lá [ao médico] mesmo”.

O recurso da sabedoria popular também apareceu, especialmente no que se refere ao médico como ‘onipotente’, evidenciando que, embora os profissionais tenham um identidade peculiar entre si, o médico é tido como aquele que manda, que dá as ordens. Vejamos:

“Médicos estão em todas as estâncias, governos”.

“Porque a palavra do médico é a palavra de Deus. É Deus no céu e médico na terra”.

“Para o paciente, o médico é onipotente”.

Essas manifestações sinceras e autênticas sobre os médicos só foram possíveis porque estes não participaram do grupo focal nos primeiros 50 minutos de conversação. Isso ficou evidente quando o médico apareceu para participar do debate. Os demais profissionais se acanharam diante dele e deixaram de se manifestar espontaneamente, nitidamente avaliando e filtrando aquilo que pretendiam expressar.

A conversação aqui promovida está distante do contexto ideal para promover ação coletiva, ou mesmo dos conceitos ideais da teoria deliberativa. Mas ao ouvir os participantes nesse grupo focal percebe-se a potencialidade deliberativa que esse tipo de conversação política adquire ao se debater assuntos complexos que afetam a vida dos participantes, já que eles demonstram conhecimento do assunto, sentem-se injustiçados, têm clara noção da necessidade da ação coletiva e criam uma identidade no grupo.

Com todas as análises nos diferentes âmbitos de esferas públicas finalizadas, é importante neste momento considerar as interseções, os contextos deliberativos e as construções de discursos em cada processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ideias e reflexões que nasceram e se desenvolveram nesta dissertação estão estruturadas a partir das teorias entrelaçadas em todo o processo de análise que faz parte dos capítulos aqui apresentados; elas também fazem parte da vivência que tive nos últimos anos com os profissionais da saúde e dos estudos que desenvolvi ao longo desses dois anos de mestrado.

Os espaços para a realização da deliberação apresentados localizam-se em três âmbitos de esferas públicas: aquele formal, encarregado de influenciar de forma mais contundente a decisão política; aquele desenvolvido nos meios de comunicação; e os contextos mais informais de conversação cotidiana.

Ao avaliar esses três contextos deliberativos, levantei algumas premissas:

1. Esses espaços de discussão deveriam se intersectar entre si;
2. Os indivíduos, excluídos de participar dos processos políticos formais em que se tomam decisões que afetam suas vidas, deveriam saber o que se passa através dos *media*, participar de conversações políticas a respeito, gerando uma ação coletiva, e fazer, de alguma forma, com que suas opiniões chegassem ao poder público de decisão;
3. Os sujeitos que se engajam em interações comunicativas recíprocas para resolver problemas coletivos, ainda que seja um processo complexo, acabam criando também um contexto deliberativo, ainda que não seja o ideal habermasiano.

E ao ter essas premissas em mente, levantei questionamentos: como garantir a igualdade, a reciprocidade e a reflexividade entre pessoas que ocupam posições tão assimétricas na sociedade? É possível gerar a inclusão de todos os concernidos na deliberação pública? Como superar as desigualdades deliberativas? E, ainda, os “desiguais” poderiam – e conseguiriam - ter alguma voz?

Todos esses questionamentos pareciam ingênuos e as respostas seriam óbvias. Mas era necessário fazê-los para pensar as questões de inclusão dos concernidos no processo de deliberação e para entender a teoria deliberativa.

As diferentes esferas públicas que se formaram em torno das discussões sobre o Projeto de Lei do Ato Médico criam oposições. É interessante observar que não existe somente o “nós” profissionais da saúde não médicos versus o “eles” médicos. Existe uma oposição muito mais

forte, que ficou evidente ao analisar os três âmbitos das esferas públicas constituídas: o “nós” profissionais da saúde concernidos versus “eles” lideranças políticas que falam em nome do todo.

As lideranças constroem um discurso público que reivindica “agir em nome” dos profissionais da saúde e busca constituir um “nós”, uma unidade de interesse, que deveria construir uma estabilidade e continuidade na ação coletiva. Esse discurso das lideranças aparece na esfera de visibilidade pública nos jornais, já que são elas que concedem as entrevistas aos jornalistas, e na esfera pública formal, no Congresso Nacional, onde as lideranças são as únicas autorizadas a participar da audiência “pública”.

O discurso dos concernidos, como os profissionais vêm a questão, através de seus testemunhos e narrativas, apareceu nos comentários postados na internet e nas esferas públicas informais, as entrevistas e grupo focal realizados.

Percebe-se que os sujeitos – lideranças e concernidos - expressam interesses diversos (e algumas vezes contraditórios) produzindo uma fragmentação do discurso e não atingindo o entendimento sobre o problema nem mesmo entre os pares.

Na verdade, os concernidos transpõem a questão do Ato Médico e levantam outros problemas coletivos que lhes parecem muito mais importantes e que não são debatidos nas instâncias governamentais, ou mesmo nas associações e conselhos, como a questão salarial, o sucateamento da saúde pública, a má formação do profissional recém chegado ao mercado de trabalho etc.

As desigualdades deliberativas (BOHMAN, 1996) aparecem em todas as esferas públicas analisadas e, desse modo, vamos nos distanciando cada vez mais de respostas positivas às perspectivas levantadas no início.

As assimetrias de poder são claras: somente as lideranças têm acesso às audiências públicas formais e são eles que produzem o discurso que é repercutido nos *media*. Assim, o acesso à esfera pública é extremamente limitado.

As desigualdades comunicativas também estão presentes. Mesmo na conversação informal, algumas pessoas não conseguem manifestar sua opinião de forma clara. Nas entrevistas, alguns profissionais não conseguiram responder a perguntas simples sobre o projeto. Desse modo, mesmo que estes tivessem acesso às audiências públicas no Senado, sentir-se-iam inferiorizados por não conseguir se manifestar com a mesma retórica de um político.

Assim, chegamos à pobreza política. Com todos os empecilhos que aparecem para o profissional da saúde, é muito provável que ele não deseje participar da esfera pública. Além dos entraves de desigualdade deliberativa, o concernido está descrente de seu papel e poder políticos. Ele não acredita que fará alguma diferença a sua fala ou sua opinião. E tal pensamento acaba se confirmando ao analisar a esfera pública política. A audiência pública no Senado é uma cena deliberativa claramente montada, pois os acordos e arranjos políticos são negociados a portas fechadas e os concernidos não têm nenhuma influência nesse processo.

Essas acentuadas desigualdades deliberativas que foram observadas inibem os concernidos cada vez mais. O diálogo se perde e o processo deliberativo é distorcido, tendendo a favorecer o grupo dos médicos, que tem muito mais força política. Problemas que os profissionais da saúde tentam trazer para o debate são ignorados e os discursos são enquadrados por apenas um ângulo.

Tal análise rompe com o ideal deliberativo apontado por Habermas, visto no primeiro capítulo desta dissertação, e me faz concordar com outros teóricos deliberacionistas (BOHMAN, 1996; BENHABIB, 2009; YOUNG, 2001; MAIA, 2008; MENDONÇA et al, 2005) que a situação ideal de fala é uma utopia irrealizável e que a deliberação produz um cenário que legitima aqueles que têm mais recursos e poder.

No primeiro capítulo, foi possível observar toda a complexidade e densidade dos conceitos desenvolvidos por Jürgen Habermas, que culminaram na teoria deliberativa de democracia. Também observamos as críticas feitas a esses conceitos e o próprio Habermas reestruturou e modificou seu modo de pensar a esfera pública no decorrer dos anos. Mesmo assim, Habermas continua perpetuando um mundo dos sonhos, onde todos têm iguais oportunidades de expor seus argumentos em uma deliberação reflexiva e recíproca, cujo objetivo é o entendimento.

Para que esse sistema funcionasse, o papel dos *media* seria fundamental para ampliar os debates públicos. Os *media* promoveriam a relação entre a esfera pública formal e a conversação pública, como um fluxo comunicativo entre os setores sociais e privados (MAIA, 2008). No entanto, como vimos na análise do capítulo 2, os *media* repercutem o discurso das lideranças, dos poderosos, que também têm, na maioria das vezes, pretensões políticas, seja para se eleger em cargos públicos ou mesmo se reeleger na associação ou conselho que presidem. Os jornais não funcionam, assim, como esferas públicas, mas, em certo aspecto, como esferas de visibilidade

pública. O repórter articula a argumentação entre os opositores, médicos e não médicos, mas esta é editada, articulada pelo próprio jornalista, transformando o debate em uma cena montada, um palco de exibição de opiniões, que desejam a adesão do leitor. É, assim, uma representação pública de posições geradas de forma não-pública.

Ainda assim, nota-se que a visibilidade pública é uma das fontes que ancora e alimenta as conversações cotidianas e os discursos dos concernidos. Ela tem um importante papel na construção das esferas públicas.

A internet se mostrou uma opção interessante para ressoar o discurso daqueles que não têm acesso às esferas formais, pois ela oferece uma grande potencialidade para a auto-expressão, sem coagir os participantes. Já em outras esferas de debate público, os participantes sofreram constrangimentos diversos, como assimetrias de poder, de discurso, de *status*, como foram observadas no início dessas considerações.

A esfera pública política, analisada no capítulo 3, o debate formal no Congresso Nacional, tem ainda menor eficiência na produção de influência sobre os concernidos. E estes também não influenciam como deveriam a produção de decisão política, pois não tem acesso ao debate. O acesso é restrito às lideranças e estas reproduzem o que elas mesmas disseram nos meios de comunicação.

Quando analisamos os discursos dos concernidos no capítulo 4, fica claro que a opinião proferida nas conversações do cotidiano não é pública e, portanto, não atinge a visibilidade das esferas públicas políticas ou midiáticas, acentuando as desigualdades deliberativas que impedem o desenvolvimento do ideal habermasiano de deliberação.

Então, devemos esquecer o ideal de igualdade, justiça e inclusão proposto pela teoria deliberativa e simplesmente concluir que ela é irrealizável? Nem tanto. Mas certamente é necessário repensar a complexa estruturação da teoria deliberativa para que as esferas públicas possam encontrar pontos de interação e abrir caminhos para a possibilidade de os cidadãos interferirem efetivamente na produção da decisão política, por meio de processos de interação social, sem privilegiar aqueles que já detêm o poder.

As análises e considerações apresentadas nesta dissertação envolvendo três tipos de espaços de discussão que deveriam se intersectar acentuam o problema que afeta as democracias atuais: apatia política, autoritarismo, desigualdades sociais e deliberativas, assimetrias de poder e discursivas, o individualismo e a corrupção dentro das instituições políticas.

Contudo, as evidências empíricas também mostram que os recursos deliberativos são utilizados nas diferentes esferas de debate para que as pessoas possam adquirir cada vez mais competência crítica e política para criar identidades coletivas, mobilizar a ação e conquistar – ou talvez chegar perto de – a igualdade discursiva para influenciar os responsáveis por tomar as decisões políticas.

Minha percepção é que os contextos deliberativos garantem um ganho epistêmico para aprimorar os argumentos e assim, gradativamente, as questões que afetam os concernidos ganham consistência e ficam cada vez mais visíveis para um maior número de pessoas, tornando-se mais abrangentes com o passar do tempo. O processo deliberativo permite que o sujeito saia de seu contexto particular de comunicação, que se inicia na conversação cotidiana, e se amplia para reuniões, associações, audiências.

As assimetrias podem ser superadas por meio de procedimentos que garantam um mínimo de participação, e redes comunicativas, que façam interagir os sujeitos desprivilegiados em movimentos que articulem seus discursos e os tornem visíveis. É através da prática da conversação que talvez as desigualdades deliberativas possam ser diminuídas. Desse modo, a teoria deliberativa proposta por Habermas é um bom ponto de partida, não um ponto de chegada, como diz Wilson Gomes (2008).

Creio que o caminho a ser traçado a partir desse ponto de partida é através da conversação política entre os concernidos, dando espaço para que seus discursos de injustiça e indignação moral construam um contexto de participação dos atores coletivos. Esses discursos não nascem a partir do nada. Eles são compartilhados por um “nós” que sente, que tem uma história de vida, uma experiência pessoal que precisa ser colocada no espaço de visibilidade pública também. Esses caminhos nada racionais, que muitas vezes foram negligenciados por Habermas em suas obras, devem ser trilhados para refinar o instrumento teórico-analítico.

E para finalizar essas considerações que ficam em aberto para futuras pesquisas, já que o assunto não se esgota aqui, apenas começa, deixo a letra da música *Ninguém = Ninguém* (1992), letra de Humberto Gessinger, que parafraseou a célebre frase de George Orwell, em *A Revolução dos Bichos*: “Todos os animais são iguais, mas uns são mais iguais do que outros”.

“Há tantos quadros na parede / Há tantas formas de se ver o mesmo quadro / Há tanta gente pelas ruas / Há tantas ruas e nenhuma é igual a outra / Ninguém é igual a ninguém / Me espanta que tanta gente sinta / (se é que sente) a mesma indiferença

Há tantos quadros na parede / Há tantas formas de se ver o mesmo quadro / Há palavras que nunca são ditas / Há muitas vozes repetindo a mesma frase: / Ninguém é igual ninguém / Me espanta que tanta gente minta / (descaradamente) a mesma mentira

São todos iguais / Todos iguais / uns mais iguais que os outros

Há pouca água e muita sede / Uma represa, um apartheid / (a vida seca, os olhos úmidos) / Entre duas pessoas / Entre quatro paredes / Tudo fica claro / Ninguém fica indiferente / Ninguém é igual a ninguém / Me assusta que justamente agora / Todo mundo (tanta gente) tenha ido embora

São todos iguais / Todos iguais / uns mais iguais que os outros

O que me encanta é que tanta gente / Sinta (se é que sente) ou / Minta (desesperadamente) / Da mesma forma

São todos iguais / E tão desiguais / uns mais iguais que os outros / São todos iguais / E tão desiguais / uns mais iguais... / uns mais iguais...”

Referências

- ADORNO, Theodor W. A indústria cultural. In: COHN, Gabriel (Org.). **Comunicação e indústria cultural**. São Paulo: Edusp, 1971, pp. 287-295.
- ALVES, Rubem. **Conversas sobre política**. Campinas, SP: Verus, 2010.
- ANDRADE, Regis de Castro. Kant: a liberdade, o indivíduo e a república. In: WEFFORT, F. C (Org.). **Os clássicos da política**. Vol. II. São Paulo: Editora Ática, 2010, pp. 47-71.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando**. Introdução à Filosofia. São Paulo: Editora Moderna, 1986.
- ARENDT, Hannah. **O que é Política?** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BENHABIB, Seyla. Rumo a um modelo deliberativo de legitimidade democrática. In: MARQUES, A. C. S. (org.). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** – textos fundamentais. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, pp. 109-141.
- BENKLER, Yochai. **The wealth of networks**. How social production transforms markets and freedom. New Haven and London: Yale University Press, 2006.
- BOBBIO, Norberto. **Teoria Geral da Política**. A Filosofia Política e as Lições dos Clássicos. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000.
- BOHMAN, James. **Public Deliberation: Pluralism, Complexity, and Democracy**. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1996.
- _____. O que é deliberação pública? Uma abordagem dialógica. In: MARQUES, A. C. S. (org.). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** – textos fundamentais. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, pp. 31-84.
- BRASIL. Congresso. Senado. Substitutivo da Câmara ao Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002. Dispõe sobre o exercício da medicina. **Diário do Senado Federal**, Brasília, DF, 5 nov. 2009. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=68979&tp=1>>. Acesso em: 27 fev. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 1997. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 mai. 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2011.
- CHAMBERS, Simone. A teoria democrática deliberativa. In: MARQUES, A. C. S. (org.). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** – textos fundamentais. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, pp. 239-267.
- COLLUCCI, Cláudia; PINHO, Márcio. Projeto de lei cria polêmica entre categorias da saúde. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 23 nov. 2009. Folha Cotidiano, p. C11.
- CONOVER, Pamela; SEARING, Donald D. Studying ‘Everyday Political Talk’ in the Deliberative System. **Acta Política**, Houndmills, Vol. 40, nº 3, set. 2005, pp. 269-283.
- _____; CREWE, I. The deliberative potential of political discussion. **British Journal of Political Science**, Vol. 32, 2002, pp. 21-62.
- COOKE, Maeve. Cinco argumentos a favor da democracia deliberativa. In: MARQUES, A. C. S. (org.). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** – textos fundamentais. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, pp. 143-174.

- COUTO, Rodrigo. A guerra dos jalecos. **Correio Braziliense**, Distrito Federal, 26 out. 2009. Seção Brasil, p. 8.
- _____. Proposta causa polêmica na saúde. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 26 out. 2009. Seção Nacional, p. 7.
- FERRARI, Pollyana. **Jornalismo digital**. São Paulo, Contexto, 2003.
- FLUSSER, Vilém. **Ficções Filosóficas**. São Paulo: Edusp, 1998.
- FRASER, Nancy. Rethinking the public sphere: a contribution to the critique of actually existing democracy. **Social Text**, Duke University, nº 25/26, 1990, pp. 56-80.
- GALLOWAY, Alexander R. Qual o potencial de uma rede? In: SILVEIRA, Sergio Amadeu da (Org.). **Cidadania e redes digitais**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2010, pp.87-99.
- GAMSON, William. **Falando de política**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.
- GARCÊZ, Regiane L. O.; MAIA, Rousiley, C. M. Lutas por reconhecimento dos surdos na internet: efeitos políticos do testemunho. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, Vol. 17, nº 34, out. 2009, pp. 85-101.
- GIRARDI JR., Liráucio. Trocas simbólicas no ciberespaço e os processos de construção de esferas públicas interconectadas. In: MARQUES, Ângela; COSTA, Caio Túlio et al. **Esfera pública, redes e jornalismo**. Rio de Janeiro: E-papers, 2009, pp.90-106.
- GOMES, Wilson. **Transformações da política na era da comunicação de massa**. São Paulo: Paulus, 2004.
- _____; MAIA, Rousiley C. M. **Comunicação e democracia: problemas e perspectivas**. São Paulo: Paulus, 2008.
- GONÇALVES, Érika. A saúde em disputa. **Folha de Londrina**, Londrina, 4 nov. 2009. Seção Opinião, p. 3.
- GUIMARÃES, Regina G. M.; REGO, Sérgio. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-17, set. – dez. 2005. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=1413-8123&lang=pt>>. Acesso em: 10 jul. 2011.
- HABERMAS, Jürgen. Para o uso pragmático, ético e moral da razão prática. **Estudos Avançados**, São Paulo, V. 3, nº 7, 1989, pp. 4-12.
- _____. Jürgen Habermas: Morality, Society and Ethics – an interview by Torben Hviid Nielsen. **Acta Sociologica**, nº 33, v. 2, 1990, pp. 93-114.
- _____. Três Modelos de Democracia. **Cadernos de Legislativo**, Belo Horizonte, nº 3, jan.-jun.1995. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/consulte/publicacoes_assembleia/periodicas/cadernos/arquivos/pdfs/03/habermas.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2012.
- _____. **Mudança estrutural da esfera pública**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003a.
- _____. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Vol. I. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003d.
- _____. **Direito e democracia: entre facticidade e validade**. Vol. II. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003b.
- _____. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003c.

- _____. **A inclusão do outro:** estudos de teoria política. São Paulo: Loyola, 2004a.
- _____. **Verdade e justificação:** ensaios filosóficos. São Paulo: Loyola, 2004b.
- _____. Comunicação política na sociedade mediática: o impacto da teoria normativa na pesquisa empírica. **Líbero**, São Paulo, Ano XI, nº 21, jun. 2008.
- _____. **Fundamentação linguística da sociologia.** Obras escolhidas de Jürgen Habermas. Vol. I. Lisboa: Edições 70, 2010.
- HELD, David. **Models of Democracy.** California: Stanford University Press, 2006.
- HERRERO, Francisco Javier. Ética na Construção da Política. In: DOMINGUES, I.; PINTO, P. R. M.; DUARTE, R. (Orgs.). **Ética, Política e Cultura.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002, pp. 69-87.
- KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. In: WEFFORT, F. C. (Org.). **Os clássicos da política.** Vol. II. São Paulo: Editora Ática, 2010, pp. 94-99.
- KOHN, Margaret. Language, power, and persuasion: toward a critique of deliberative democracy. **Constellations**, Oxford, v. 7, nº 3, 2000.
- MAIA, Rousiley C. M. Dos dilemas da visibilidade midiática para a deliberação pública. In: LIVRO DO XII COMPÓS. Porto Alegre: Sulina, 2002.
- _____. Conversação cotidiana e deliberação. In: GOMES, Wilson; MAIA, Rousiley C.M. **Comunicação e democracia:** problemas e perspectivas. São Paulo: Paulus, 2008, pp.195-219.
- _____. Esfera pública e os media na trajetória de pensamento de Jürgen Habermas. In: MARQUES, Ângela et al. **Esfera pública, redes e jornalismo.** Rio de Janeiro: E-papers, 2009, pp. 48-69.
- MANSBRIDGE, Jane. A conversação cotidiana no sistema deliberativo. In: MARQUES, A. C. S. (org.). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** – textos fundamentais. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, pp. 207-237.
- MARCONDES FILHO, Ciro (org.). **Dicionário da Comunicação.** São Paulo: Paulus, 2009.
- MARQUES, Ângela C. S. Os meios de comunicação na esfera pública: novas perspectivas para as articulações entre diferentes arenas e atores. **Líbero**, São Paulo, Ano XI, nº 21, jun. 2008.
- _____. A Argumentação na esfera pública: em busca da articulação discursiva e do entendimento entre atores plurais. In: MARQUES, Ângela et al. **Esfera pública, redes e jornalismo.** Rio de Janeiro: E-papers, 2009a, pp. 123-137.
- _____. (org.). **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas** – textos fundamentais. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009b.
- _____. A deliberação online como uma das dimensões políticas da comunicação mediada por computador: reflexões teórico-metodológicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 33, 2010, Caxias do Sul. **Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, São Paulo: Intercom, 2010a.
- _____. A interseção entre o processo comunicativo e a deliberação pública. In: LIMA Jr. W.T.; COELHO, C.N.P. (orgs.). **Comunicação: diálogos, processos e teorias.** São Paulo: Editora Plêiade, 2010b, pp. 81-104.

- MARTINO, Luís Mauro Sá. **Teoria da Comunicação**. Ideias, conceitos e métodos. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.
- MELLO, Leonel Itaussu Almeida. John Locke e o individualismo liberal. In: WEFFORT, F. C (Org.). **Os clássicos da política**. Vol. I. São Paulo: Editora Ática, 2001, pp. 79-110.
- MENDONÇA, Ricardo Fabrino; MAIA, Rousiley C. M. Exclusão e deliberação: buscando ultrapassar as assimetrias do intercâmbio público de razões. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 28, 2005, Rio de Janeiro. **Anais do XXVIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, São Paulo: Intercom, 2005.
- _____. Reconhecimento e (qual?) deliberação. In: ENCONTRO DA COMPÓS, 19, 2010, Rio de Janeiro: Compós, 2010.
- MENEZES, José Eugênio. Comunicação dialógica e comunicação discursiva em Vilém Flusser. In: COSTA, Murilo Jardelino da (Org.). **A Festa da Língua**. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 2010, pp. 53-61.
- MOUFFE, Chantal. Deliberative Democracy or Agonistic Pluralism? **Social Research**, New York, Vol. 66, nº 3, 1999.
- _____. Por um modelo agonístico de democracia. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, nº 25, nov. 2005, pp. 11-23.
- NASCIMENTO, Milton Meira do. Rousseau: da servidão à liberdade. In: WEFFORT, F. C (Org.). **Os clássicos da política**. Vol. I. São Paulo: Editora Ática, 2001, pp. 187-241.
- RIBEIRO, João Ubaldo. **Política**. Quem manda, por que manda, como manda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.
- ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O contrato social e outros escritos**. São Paulo: Editora Cultrix, 1999.
- SANTANA, Adriana. Notas sobre o jornalismo ‘cordial’ (ou os descaminhos da apuração). **Revista Comunicare**, São Paulo, v. 8, 2008, pp. 68-78.
- SEARING, Donald D. et al. Public discussion in the deliberative system: does it make better citizens? **British Journal of Political Science**, v. 37, 2007, pp. 587-618.
- SHAPIRO, Ian. Enough of Deliberation. Politics is about Interests and Power. In: MACEDO, Stephen (Org.). **Deliberative Politics**. Essays on Democracy and Disagreement. New York: Oxford University Press, 1999, pp. 28-38.
- SILVEIRA, Sergio Amadeu da. Esfera pública interconectada, blogosfera e redes sociais. In: MARQUES, Ângela; COSTA, Caio Túlio et al. **Esfera pública, redes e jornalismo**. Rio de Janeiro: E-papers, 2009, pp.70-89.
- TOCQUEVILLE, Alexis de. **Democracia na América**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1969.
- VOIROL, Olivier. A esfera pública e as lutas por reconhecimento: de Habermas a Honneth. **Cadernos de Filosofia Alemã**, nº 11, 2008, pp. 33-56.
- WINNER, Langdon. Sujeitos e cidadãos no mundo digital. In: SILVEIRA, Sergio Amadeu da (Org.). **Cidadania e redes digitais**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2010, pp.37-61.
- YOUNG, Iris. Comunicação e o outro: além da democracia deliberativa. In: SOUZA, J. **Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea**. Brasília: Editora UnB, 2001, pp. 365-386.

ANEXO I

Íntegra do Projeto de Lei do Ato Médico



SENADO FEDERAL
SUBSTITUTIVO DA CÂMARA AO
PROJETO DE LEI DO SENADO
Nº 268, DE 2002
(nº 7.703/2006, naquela Casa)
Dê-se ao projeto a seguinte redação:

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

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

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

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

- I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
- II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
- III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

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

Art. 4º São atividades privativas do médico:

I - formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;

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

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

IV - intubação traqueal;

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

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

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

VIII - emissão dos diagnósticos anatomopatológicos e citopatológicos;

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

X - prescrição de órteses e próteses oftalmológicas;

XI - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

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

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

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

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

§ 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:

I - agente etiológico reconhecido;

II - grupo identificável de sinais ou sintomas;

III - alterações anatômicas ou psicopatológicas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;

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

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

VI - atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;

VII - a realização dos exames citopatológicos e seus respectivos laudos;

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

IX - os procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando a recuperação físi-

co-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.

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

§ 7º São resguardadas as competências específicas das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia e outras profissões correlatas que vierem a ser regulamentadas.

§ 8º Punção, para os fins desta Lei, refere-se aos procedimentos invasivos diagnósticos e terapêuticos.

Art. 5º São privativos de médico:

I - direção e chefia de serviços médicos;

II - perícia e auditoria médicas, coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

III - ensino de disciplinas especificamente médicas;

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

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

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

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

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

PROJETO ORIGINAL APROVADO PELO SENADO E ENCAMINHADO À CÂMARA DOS DEPUTADOS.

Dispõe sobre o exercício da medicina.

O Congresso Nacional decreta:

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

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

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

- I – a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
- II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
- III – a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

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

Art. 4º São atividades privativas do médico:

- I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;
- II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
- III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
- IV – intubação traqueal;
- V – definição da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como as mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas;

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

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

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

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

X – prescrição de órteses e próteses oftalmológicas;

XI – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

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

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

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

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

§ 1º Diagnóstico nosológico privativo do médico, para os efeitos desta Lei, restringe-se à determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por no mínimo 2 (dois) dos seguintes critérios:

I – agente etiológico reconhecido;

II – grupo identificável de sinais ou sintomas;

III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- III – aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;
- IV – punções venosa e arterial periféricas, de acordo com a prescrição médica;
- V – realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;
- VI – atendimento à pessoa sob risco de morte iminente.

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

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

Art. 5º São privativos de médico:

- I – direção e chefia de serviços médicos;
- II – coordenação, perícia, auditoria e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, a atividades privativas de médico;
- III – ensino de disciplinas especificamente médicas;
- IV – coordenação dos cursos de graduação em medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

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

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

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

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

Art. 8º Esta Lei entra em vigor 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.

Senado Federal, em 21 de dezembro de 2006


Senador Renan Calheiros
Presidente do Senado Federal

(À Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania e de Assuntos Sociais)

Publicado no DSF, de 05/11/2009.

ANEXO II

Comentários postados no site de relacionamento YouTube a partir da divulgação de dois vídeos contrários ao Projeto de Lei do Ato Médico



ATO MÉDICO NÃO (3 minutos)

3:01

Adicionado: 1 ano atrás

De: crefitosp

Exibições: 10,128

[Classificar por tempo](#) | [Classifique por sequência \(de e-mails\) \(beta\)](#)
[Todos os comentários \(26\)](#)
[ver tudo](#)

Cara, sou estudante de fisioterapia, não tenho nenhuma intenção em ser medica, e tenho certeza que nenhum fisioterapeuta tem essa intenção. Se eu ou qualquer outra pessoa quisesse pagava uma boa faculdade de medicina e dai poderia **PRESCREVER!!!!!!!!!!!!** Minha intenção é reabilitar e prevenir possíveis lesões que um paciente possa ter. Mas cabe aqui uma pergunta: o médico sabe **TODOS** os procedimentos que um fisioterapeuta sabe? **TUDO** o uso dos aparelhos? **ESCOLHI ser fisioterapeuta!**

[taisazeredo2009](#) 7 meses atrás

Isso foi sinalizado como spam [mostrar](#)
[diciochetta13](#) 8 meses atrás

Isso foi sinalizado como spam [mostrar](#)
[diciochetta13](#) 8 meses atrás

Isso foi sinalizado como spam [mostrar](#)
[diciochetta13](#) 8 meses atrás

QUE FARSA!!!FALA SÉRIO!!!Na verdade o ato médico garante que o profissional médico, descartando a possibilidade de que o problema do paciente seja grave e, nesse caso, de intervenção médica, aí sim, passe a outro profissional de saúde o paciente de acordo com suas necessidades. Os médicos não desejaram jamais fazer o trabalho que é comum a outras áreas. No entanto, o que a classe médica não deseja, e nesse ponto é muito engajada e arrojada, é que pacientes com cancer, HIV, etc passem sumariamente a ...

[diciochetta13](#) 8 meses atrás

"**VIVER MENOS E SEQUELADOS**" - é o lema desse vídeo. Esse vídeo me lembra a reivindicação do uso de "doutor" pelos profissionais da saúde não médicos. É impressionante a ignorância do presidente do crefito, seu ego ensurdece sua audição. É simples, não procure mais médicos, diga não ao ser atendido por um médico, peça o profissional de saúde de sua escolha e morra feliz, ou tenha uma limitação permanente. Seus pais, cônjuje, filhos e netos o agradecem! Parabéns!

[gustavopfd](#) 1 ano atrás 2

Plenamente à favor vamos acabar com a "indústria da doença" no Brasil **Abaixo o ato médico.**

[viladasaude](#) 1 ano atrás

Isso foi sinalizado como spam [mostrar](#)
[Hakim4459](#) 1 ano atrás

Resumindo: **DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTOS E MEDICAMENTOS É, SEMPRE FOI, E SEMPRE SERÁ, EM QUALQUER LUGAR DESSE PLANETA, ATRIBUIÇÕES HISTÓRICAS E ESPECÍFICAS DE 3 PROFISSÕES SECULARES: ODONTOLOGIA, MEDICINA E VETERINÁRIA. NAO HÁ O QUE ARGUMENTAR....**

[Hakim4459](#) 1 ano atrás 2

Isso foi sinalizado como spam [mostrar](#)
[Hakim4459](#) 1 ano atrás

Isso foi sinalizado como spam [mostrar](#)
[Hakim4459](#) 1 ano atrás

Resumindo: **DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTOS E MEDICAMENTOS É, SEMPRE FOI, E SEMPRE SERÁ, EM QUALQUER LUGAR DESSE PLANETA, ATRIBUIÇÕES HISTÓRICAS E ESPECÍFICAS DE 3 PROFISSÕES SECULARES: ODONTOLOGIA, MEDICINA E VETERINÁRIA. NAO HÁ O QUE ARGUMENTAR....**

[Hakim4459](#) 1 ano atrás 4

[@Hakim4459](#) hahhahahahaha faz-me rir!!! Não estamos mais na ditadura meu caro!

[jobnsp](#) 3 semanas atrás

Dentre os itens que o Ato médico visa estabelecer, está a privação dos outros

profissionais da saúde, estabelecendo autonomia total ao médico inclusive de áreas que ele não dêtem nenhum conhecimento, de fato, ele não estudou para isso, ou seja, não possui embasamento teórico e prático para isso.

LUTE VOCE TAMBÉM SEJA PACIENTE OU PROFISSIONAL DA SAÚDE CONTRA AO ATO MÉDICO E SIM A FAVOR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL!!!

[sbsspfc](#) 1 ano atrás

Esse vídeo é a coisa mais mentirosa que já apareceu nos últimos tempos na internet... estou certo, existem dois grupos que lutam contra o ato médico: 1- os que não leram a lei ou tem dislexia, 2- os que são mal intencionados. SIM AO ATO



0

Lista de reprodução não salva

Opções ▲

[actionkeepnine](#) 1 ano atrás

[@fhrc76](#) Você é médico por um acaso?

[jobnsp](#) 3 semanas atrás

Comentário removido

[catia725](#) 1 ano atrás

A Organização Mundial de Saúde lembra que "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas em ausência de doença ou enfermidade". A saúde mental é um aspecto fundamental da saúde, que permite ao ser humano aproveitar plenamente suas aptidões cognitivas, afetivas e relacionais. Uma boa disposição mental possibilita enfrentar as dificuldades da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para as ações da sociedade.

[pedro1andrade](#) 1 ano atrás

Gostaria que quando os demais profissionais da saúde estivessem doentes não procurassem mais os médicos. Assim eles morreriam logo e acabava essa briga.

[niloedgar1](#) 1 ano atrás

Caro niloedgar1.

Gostaria tbm q vc ou alguém da família, qdo estivessem doentes. Depois de procurar os médicos, em seguida não tivesse os demais serviços dos outros profissionais da saúde e ficassem esperando um médico passar de hora em hora para por seu soro, te dar banho, ou colher e realizar exames laboratoriais, fazer um canal em um dente, fazer sua fisioterapia, cuidar da sua parte psicológica ou da sua motricidade oral, manipular o remédio etc. Ai sim acabava essa briga.

[frn099](#) 1 ano atrás

As pessoas deveriam se informar antes de opinar para que assim evitassem dizer asneiras e generalizar atitudes de alguns "profissionais", não queremos ser médicos! Por isso fizemos faculdade de Fisioterapia, enfermagem, psicologia entre outras! O que queremos é ser respeitados como membros de equipes que junto aos médicos trabalham em benefício do paciente. Os médicos, eles sim querem o "poder" só para sua classe...o que ganham com isso? Bando de mercenários e mesquinhos!

[mmclimaful](#) 1 ano atrás

Engraçado drpsych23, você declarou no outro video que é enfermeira (a favor do ato médico) e agora é um paciente???? Por que vc não revela que é realmente? Se é estudante de medicina ou médico, esponha seu ponto de vista como o tal, e não se passe por outra pessoa!

[luantonelli](#) 1 ano atrás

Sofri fratura de plato pre tibial e fui levado por um amigo a um profissional nao medico que me disse que saberia fazer todo o meu tratamento e que saberia se eu precisaria de cirurgia somente olhando um simples raio x. Percebi que profissionais não medicos constantemente querem tomar condutas que só medicos deveriam se responsabilizar e entendi o porque dos medicos lutarem pelo ato medico. Para que profissionais despreparados não queiram por interesse de mercado colocar nos sobre risco

[drpsych23](#) 1 ano atrás

Prezada drpsych23, bem lembrado por luantonelli vc realmente se declarou enfermeira a favor do ato medico e agora vc é uma pobre paciente. Como saber se realmente isso que vc descreveu aconteceu? A cada comentário vc é uma coisa só o que não muda é o seu discurso difamando e menosprezando outros profissionais, tomara que vc ou alguém da sua família nunca necessite de outro profissional de saúde que não seja medico, pois quando isso ocorrer vc vai se lembrar de quanta besteira vc falou.

[frn099](#) 1 ano atrás

Esta é a maior tribo indígena que já conheci chamada Brasil. País do retrocesso.

ferzapsique 1 ano atrás 3

[Visualizar todos os comentários »](#)

[Ajuda](#) [Sobre](#) [Imprensa e blogs](#) [Direitos Autorais](#) [Criadores e parceiros](#) [Publicidade](#) [Desenvolvedores](#) [Segurança](#) [Privacidade](#)
[Informar um erro](#) [Tente algo novo!](#) [Idioma: Português](#) [Local: Brasil](#) [Modo de segurança: desativado](#)

À época, do início da tramitação do PL- ATO MEDICO a Procuradoria Jurídica da Autarquia (CFO) emitiu Parecer a pedido da Diretoria, esclarecendo se o mesmo afetaria a Odontologia ou o seu exercício.

A manifestação da PROJUR foi levada ao Plenário, tranquilizando a todos os seus Membros, principalmente porque o Projeto excluía a Odontologia e o seu exercício, preservando integralmente sua autonomia.

[Hakim4459](#) 1 ano atrás

O CFO, em conjunto com os Conselhos Regionais de Odontologia, já em 2004, através de nota intitulada Ato Saúde, registraram o respeito e apoio a



0

Lista de reprodução não salva

Opções ▲

sofndo mudanças na Camara.

Desde o início da tramitação do Projeto de Lei sobre o exercício da Medicina, o chamado Ato Médico, o CFO acompanhou a questão com a máxima atenção.

[Hakim4459](#) 1 ano atrás

Esta Autarquia, que participou das audiências públicas realizadas no Congresso Nacional para discutir o Projeto de Lei 7703/06, continua atenta ao trâmite da citada matéria, que foi aprovada pelos deputados federais no último dia 21 de outubro, mas deve voltar ao Senado, após ter sofrido mudanças na Câmara.

O CFO sempre lutou e continuará lutando pela preservação da coesão da Equipe de Saúde, mas, sobretudo, pelos interesses legítimos da população brasileira.

A Diretoria

[Hakim4459](#) 1 ano atrás

Nao sou médico, mas é direito deles lutarem pela regulamentação de sua profissão. Quem for inteligente vai observar numa leitura mais atenta do texto da lei do ato médico que no frigr dos ovos os médicos querem mesmo é impedir que enfermeiros, fisioterapeutas, biomedicos, psicologos, etc continuem brincando de médico com a população que, por ser leiga, não sabe discernir o joio do trigo...

[Hakim4459](#) 1 ano atrás

Muito idiota e sem qualquer fundamento ou base para o apoio de legitimar essa teoria mediocre que alguns profissionais da saúde estão fazendo. PAREM DE SE METER ONDE VCS NÃO TEM ATUAÇÃO!!!

[Eduardo101010](#) 1 ano atrás

É resolução do COFFITO o Código de Ética Profissional que determina que o fisioterapeuta faz o diagnóstico fisioterápico e elabora o programa de tratamento. (Art. 9o) Considerando que o parágrafo único do Artigo 1o de tal projeto de lei do "ato médico" - coloca como privativo do médico a prescrição de terapias. E entendendo terapia entendo como tratamento.

[21guto](#) 1 ano atrás

É resolução do COFFITO o Código de Ética Profissional que determina que o fisioterapeuta faz o diagnóstico fisioterápico e elabora o programa de tratamento. (Art. 9o) Considerando que o parágrafo único do Artigo 1o de tal projeto de lei do "ato médico" - coloca como privativo do médico a prescrição de terapias. E entendendo terapia entendo como tratamento. Como o fisioterapeuta poderá elaborar o tratamento se esse já deverá ter sido prescrito pelo médico?

[21guto](#) 1 ano atrás

VIDEO IDIOTA..

[jonatasmoreira](#) 1 ano atrás

Nós apenas não prescrevemos, mais sabemos como é a ação do farmaco as vezes até mais q o medico q prescreveu,pq isso é de suma importancia para nossa conduta. porem nenhum medico se interessa em saber se aquela conduta q ele "imagina saber" sera a mais indicada para "seu "pcte. Medico imagina que TENS, GELO e ULTRASOM resolve qualquer problema.

[marcelousjc](#) 1 ano atrás

Pessoas ignorantes imaginam q todos q trabalham na area da saúde gostariam de ser medicos. imaginam q os outros profissionais são "medicos frustrados"oq é ridiculo. Um medico passa em media 5 minutos com o seu pcte, em UTI o medico apenas passa a visita. Em contra partida o fisio fica com o pcte 50 minutos as vezes até mais tempo, existe contato humano entre pcte e terapeuta. Nós temos q saber toda ação do medicamento prescrito pelo medico , pq isso ira influenciar em nosso tratamento.

[marcelousjc](#) 1 ano atrás

sou aluno de fisioterapia e convivo com as absurdas condutas prescritas por medicos, principalmente ortopedistas que enviam pctes para tratamento e não

possuem a menor noção de tratamento fisioterapêutico. sendo q é necessário ignorar oq é prescrito por tais médicos para que possa ser realizado um tratamento condizente com a necessidade do pte. Se o ATO MÉDICO entra em vigor, as outras profissões serão rebaixadas a "auxiliares de luxo" dos médicos, apenas isso.

marcelousjc 1 ano atrás

Comentário removido

jederson02 1 ano atrás

Se proponha a conhecer o currículo e a formação dada pelas melhores escolas de medicina e residência médica. Ai tu verás quem tem a melhor capacidade de fazer diagnóstico.

thedarko2k7 1 ano atrás

Caro

thedarko2k7

Desta vez vc está coberto de razão, ou pelo menos em parte, isso porque não há dúvida que que bons Médicos são sim os profissionais mais indicados e competentes para fazer o diagnóstico nosológico e solicitar um tratamento. Porém depois disto, é impossível que os Médicos tenham a obrigação e conhecimento de todas as demais profissões (13 no total) e assim saibam determinar COMO E DE QUE MODO cada profissional realizará o seu trabalho. Ou não?

frn099 1 ano atrás

Eu disse que CERTAS COISAS ditas por CERTAS PESSOAS são em função de realce. Considero sim os médicos mais habilitados para diagnosticarem e prescreverem o tratamento que será feito pelos outros profissionais. Aqui escrevo "outros" simplesmente porque são muitos, para poupar espaço. Acho muito importante o trabalho de todos as profissões, mas cada um deve ocupar o seu lugar...

thedarko2k7 1 ano atrás

Quem diz que médico é arrogante, quer salvar seu ego, etc é no mínimo recalcado por motivos bem óbvios. Quantas pessoas que estão contra o Ato Médico não conseguiram fazer medicina? Essas pessoas ignoram a CAPACIDADE DIAGNÓSTICA dos médicos especialistas em cada área e a recomendação do tratamento. Quem entende do funcionamento global do corpo, diagnóstico, tratamento e MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS É O MÉDICO. o Médico toma a decisão pois tem embasamento, os outros executam.

thedarko2k7 1 ano atrás

O que dizer do seu comentário, se fosse verdade o disse a respeito dos "recalcados" como vc se refere, a cerca dos 3 milhões de outros profissionais que compõe as outras 13 das 14 categorias de profissionais de saúde. Todos esse profissionais na verdade então queriam ser médicos? Sinceramente acredito que não.

frn099 1 ano atrás

Prezado

thedarko2k7

Quando vc fala que "Quem entende do funcionamento global do corpo, diagnóstico, tratamento e MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS É O MÉDICO. o Médico toma a decisão pois tem embasamento" nunca averíamos de saber que houve qualquer, ERRO MÉDICO. Tomara que nunca vc ou alguém que lhe for importante, precise desses profissionais, a quem vc se refere como "outros" talvez então vc entender o tamanho da BESTEIRA que vc escreveu.

frn099 1 ano atrás

Talvez o comentário mais apropriado ao ato médico: /watch?v=K0m7HQBUcnc

Evalber 1 ano atrás

concordo plenamente.

conheço varios médicos que visam só dinheiro e a produção é o que conta, já pensou se ele não tiver outra opção?? tem sim aqueles que estudam muito e sabem realmente o que faz, em toda profissão tem isso..fisio, enfermagem, em todas..porem cada um tem que defender sua profissão da melhor forma, e ser o melhor sempre..mas sem jamais prejudicar o próximo, por isso digo NÃO AO ATO MÉDICO..pois nenhuma profissão é auto suficiente...

isafisioterapia 1 ano atrás

Algumas pessoas estão equivocadas pensando que os Fisioterapeutas são contra o Ato Médico em si mesmo. Não é assim! Estamos "contra" o que está determinando o ato médico!!!

Somos a favor, em se tratando de "regulamentar" essa profissão (não havia sido ainda regulamentada, sabiam??^?).

O Ato Médico passa por cima de outras leis que já regulamentaram as outras profissões: entram em conflito.

Por isso, NÃO AO ATO MÉDICO, da forma em que ESTÁ!!!

fisioterapeutacassia 1 ano atrás

Todos contra o ato medico....Vergonha nacional esse tipo de lei...

Tinha que ser o um país de terceiro mundo mesmo...

Se medico entende de tudo pq são divididos por especialidades... Deveriam se tudo clinico atuar em todas as areas eles não entende de tudo...

Ato medico é apenas para nos tomamos dependentes de medico para eles encher mais o bolso de dinheiro e a saude publica afundar mais ainda, se já é um lixo agora imagine depois!

[florzinhavivi1](#) 1 ano atrás [2](#)

Não ao ato médico. Médico não é especialista em boca, pois não é dentista; não é especialista sobre alimentação, pois não é nutricionista; não é especialista em movimentos pois não é fisioterapeuta. Qdo muito tem noção. Logo NÃO ao ATO MÉDICO!!!

[pacoparro](#) 1 ano atrás [2](#)

Hdusahduashudhsau.

Gente, eu respeito todos os profissionais, tenho tremenda admiração pelos fisioterapeutas em especial. Mas pô, ato médico é sim. Essa é minha opinião, realmente eu sou estudante mesmo, mas isso não exclui em nada minha opinião. Não estou tentando salvar meu ego. Mas sim salvar vidas!!! Conheço muitos médicos que são uns lixos, mas isso tem em toda profissão.

[poolmedeiros](#) 1 ano atrás

FODA-SE O ATO MÉDICO!!!

[Anelimms](#) 1 ano atrás [2](#)

Não ao ATO MÉDICO!

[LahRock](#) 1 ano atrás

Comentário removido

[fadajophiel2009](#) 1 ano atrás

calma gente, tem q ver tbm q as pessoas q estao apoiando isso (medicos e politicos) querem salvar seus egos... já trabalhei e trabalho com muitos medicos, os q mais apoiam essa lei sao os q menos sabem e se sentem ameaçados " complexo de deus" os q nao apoiam sao os mais atualizados, inteligentes e assumem suas limitacoes e tem o unico objetivo de salvar vidas e nao egos...

[lumikcel](#) 1 ano atrás [3](#)

Esse comentário recebeu votos negativos demais [mostrar](#)

[poolmedeiros](#) 1 ano atrás

Então a farmacologia vai salvar o mundo?! A caso os médicos estudam cinesiologia?

Biomecânica? Não existe um saber superior ao outro! Os Saberes se complementam.

[Lucianery](#) 1 ano atrás

Pelo seu comentario vc nao deve ser formado, ou formou e voltou para a cidadezinha do interior, ou algum profissional da area da saude está te irritando, fazendo a funcao dele, antes de comentar sobre o ato medico, q tal vc ser medico primeiro??? conheço muitos medicos q sabem o seu limite e tem um unico objetivo, salvar a vida ou cuidar de seres humanos. E q comandam equipes interdisciplinares sem problemas... melhor vc começar a trabalhar para depois comentar algo...

[lumikcel](#) 1 ano atrás

bom só se o seu objetivo nao é salvar vidas, mas o seu ego...

[lumikcel](#) 1 ano atrás

Cadê o áudio do vídeo?

[brunastecca](#) 1 ano atrás

Ato médico é retrocesso da saúde no Brasil (se é que é possível retroceder ainda mais). VERGONHA!

[renatanayane](#) 2 anos atrás [7](#)

Projeto de Lei com claras intenções corporativistas, um retrocesso na Saúde do Brasil.

Vcs sabiam que se um médico denuncia outro por erro ou atitude que vai contra a ética médica e, se essa acusação possui procedência, o denunciado e quem denunciou também sofre penalidade? Médicos adoram medidas corporativistas....

[marcelkm](#) 2 anos atrás [6](#)

Sou contra ao atomedico, eu nao queria ser tratada por qualquer enfermeira igual a vc drpsych23!! Vc é enfermeira e ta jogando seu curso e o seu aprendizado no lixo dizendo tudo isso! Médicos nao são aptos a fazerem tudo

[suamaenazona](#) 2 anos atrás [6](#)

Esse comentário recebeu votos negativos demais [mostrar](#)

[drpsych23](#) 2 anos atrás

e quem lhe disse q medico sabe fazer tudo??? E o q mais tem no Brasil é medico incompetente q pensa q sabe fazer tudo e nao faz nada

[baianoquiro](#) 2 anos atrás [6](#)

tah sem o audio do karinha aiii!

[kittybruna](#) 2 anos atrás

O ato médico significa na prática a extinção do progresso não só na reabilitação, mas em qualquer área da saúde.

[luantonelli](#) 2 anos atrás [7](#)

[Visualizar todos os comentários »](#)

[Ajuda](#) [Sobre](#) [Imprensa e blogs](#) [Direitos Autorais](#) [Criadores e parceiros](#) [Publicidade](#) [Desenvolvedores](#) [Segurança](#) [Privacidade](#)

[Informar um erro](#) [Tente algo novo!](#) [Idioma: Português](#) [Local: Brasil](#) [Modo de segurança: desativado](#)

APÊNDICE I

Abaixo seguem os pontos mais polêmicos do Projeto de Lei do Ato Médico (Brasil, 2009), que provocam a maior parte dos debates, e as argumentações daqueles que são contrários à forma como os artigos estão apresentados:

- a) Diagnóstico de doenças – no artigo 4º, inciso I, o projeto estabelece como privativo dos médicos diagnosticar doenças que acometem o paciente. Psicólogos e nutricionistas reivindicam o direito de também atestar as condições de saúde em aspectos psicológicos e nutricionais. Já fisioterapeutas e fonoaudiólogos declaram ser responsáveis pelo diagnóstico funcional, que avalia a capacidade do paciente de realizar movimentos, articular sons, entre outros. O Senado propõe manter como privativa dos médicos a *formulação de diagnóstico nosológico*, para determinar doença, mas retirar essa exclusividade para diagnósticos funcional, psicológico e nutricional, além de avaliação comportamental, sensorial, de capacidade mental e cognitiva.
- b) Assistência ventilatória mecânica – o artigo 4º, inciso V, estabelece como tarefa exclusiva dos médicos a definição de estratégia para pacientes com dificuldade respiratória (intubação acoplada a equipamento que bombeia o ar aos pulmões) e a forma de encerrar o procedimento. Os fisioterapeutas questionam o inciso, alegando que também atuam no atendimento a pacientes com dificuldade respiratória, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva. O Senado pretende acolher a emenda da Câmara dos Deputados que atribui aos médicos a coordenação da estratégia ventilatória inicial e do programa de interrupção, assegurando, segundo os senadores, a participação dos fisioterapeutas no processo.
- c) Biópsias e citologia – em emenda aprovada na Câmara dos Deputados, o artigo 4º, inciso VIII, limita aos médicos a emissão de diagnósticos de anatomia patológica e de citopatologia, que visam identificar doenças pelo estudo de parte do órgão ou tecido. Biomédicos e farmacêuticos argumentam que a medida fere sua liberdade de atuação profissional, uma vez que análises laboratoriais requerem *interpretação* do material colhido e não *diagnóstico médico*. O Senado deve rejeitar a mudança proposta pela Câmara, mas manter como tarefa restrita dos médicos a emissão de laudo de exames endoscópicos, de imagem e anatomopatológicos.

- d) Procedimentos invasivos – no artigo 4º, inciso III, o projeto prevê como exclusivo do médico “procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo acessos vasculares profundos, biópsias e endoscopias”. Como procedimento invasivo, o parágrafo 4º do mesmo artigo caracteriza “invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos; invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos; invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos”. Esse inciso provocou a reação de acupunturistas e tatuadores, que temem enfrentar restrição em seu campo de atuação por conta da interpretação de conceito de procedimento invasivo. O Senado mantém a norma, mas propõe retirar da lista de atribuições exclusivas dos médicos a *aplicação de injeções subcutâneas, intradérmica, intramusculares e intravenosas*, apesar de a recomendação de medicamentos a serem aplicados por injeção continuar sendo uma prerrogativa médica.
- e) Direção e chefia – De acordo com o artigo 5º, inciso I, apenas médicos podem ocupar cargos de direção e chefia de serviços médicos. No entanto, a direção administrativa de serviços de saúde fica aberta também a outros profissionais. As demais categorias que atuam no setor consideram a norma um desrespeito aos outros profissionais da saúde. Eles argumentam que o atendimento é feito por uma equipe multidisciplinar, não havendo justificativa para que apenas uma categoria tenha prerrogativa de direção e chefia na unidade de saúde. Mesmo com as reivindicações, o Senado pretende manter a norma.
- f) Resguardar a competência das demais profissões – o parágrafo 6º do artigo 4º diz que as restrições da lei “não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação”. Já o parágrafo 7º do mesmo artigo diz que estão “resguardadas as competências específicas das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia e outras profissões correlatas que vierem a ser regulamentadas”. Essas categorias de profissionais da saúde dizem que o parágrafo 7º não resguarda suas competências de fato, pois as leis que criaram suas profissões são genéricas e não delimitam as

competências específicas da cada área. Assim, solicitam que o parágrafo 7º seja suprimido e as profissões sejam incluídas no parágrafo 6º, junto com a Odontologia.

- g) Alguns senadores apresentarem emendas que atendiam essa solicitação, mas em um primeiro momento foram rejeitadas.

APÊNDICE II

**Transcrição de duas audiências públicas que ocorreram no Senado Federal
para debater o Projeto de Lei do Ato Médico**

Audiência 24/02/2010 – Senador Antonio Carlos Valadares

O Deputado Lobbe Netto está presente, participe aqui da nossa reunião com muito prazer, Como vai, tudo bom? Tudo bem...Boa tarde é um prazer está participando dessa audiência publica com os diversos segmentos profissionais da área da saúde. No nosso gabinete nos solicitaram esse encontro. O Conselho Federal de Biologia através da Dra. Maria do Carmo Brandão Teixeira. O Conselho Federal de Biomedicina Dr. Marco Antonio Abraão. O Conselho Federal de Enfermagem Dr. Manoel Carlos Neves da Silva, Conselho Federal de Farmácia Dr. Jaldo de Souza Santos, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional Dr. Roberto Mattar Cepeda e a Sociedade Brasileira de Citologia Clínica Dr. Carlos Eduardo Queiroz, se faltou aqui alguma entidade federal, por favor, os seus representantes mandem para aqui um cartão para que seus nomes sejam citados no decorrer dos nossos debates. Bom, quero também agradecer a presença aqui do Senador Cassol que está nos prestigiando com a sua presença. Este assunto do ato médico já vem desde algum tempo dominando as atenções do senado e da câmara dos deputados, aqui no senado federal a matéria depois de uma exaustiva negociação que foi iniciada pela senadora Lucia Vânia foi aprovada na comissão de assuntos sociais. Na época eu era o presidente desta comissão, foi realmente um trabalho edificante na busca do consenso que foi realizado pela senadora Lucia Vânia. Todas as entidades participaram ativamente das discussões antes de a matéria ser colocada em votação eu pude constatar que naquela época tanto na comissão de justiça como eu fui relator da comissão de justiça como na comissão de assuntos sociais. Não notei tanto na parte dos médicos como dos demais profissionais , divergências incontornáveis tanto que em face da aprovação da redação final na comissão de assuntos sociais que é a comissão de mérito e a comissão que cuida realmente da matéria em toda profundidade depois de sua aprovação não recebemos nenhuma recriminação nenhum ato de protesto de qualquer categoria profissional ligada a saúde. Eu fui surpreendido depois da aprovação da matéria do ato médico com a homenagem que me foi feita pela representação dos médicos do Brasil lá do meu estado, eles foram lá para Sergipe e resolveram me prestar uma homenagem onde compareceram centenas de médicos do meu estado e assim também a senadora Lucia Vânia uma homenagem que eu tenho certeza que ela guarda lá como uma das melhores recordações da sua vida parlamentar como eu. Então a matéria foi para a câmara dos deputados e pelas as informações que eu recebi não houve essa preocupação como houve no senado de o melhor número de apoios, ou, pelo menos a obtenção de um consenso visando atender a todas as categorias. Eu estou sabendo que, por exemplo, o deputado federal que é do PSDB de São Paulo Lobbe Netto foi um dos relatores na qual comissão? Na comissão de educação e lá o senhor apresentou um relatório e esse relatório foi aprovado? Foi aprovado na comissão de educação, eu passo a palavra para você fazer um breve histórico. O que foi que aconteceu lá na câmara que o seu relatório foi alterado... o senhor sabe precisamente dizer as razões. Pois não senador, eu queria agradecer essa acolhida que o senhor está dando a todas as classes aqui presentes da área de saúde e como o senhor bem disse o projeto saindo do senado, ele estava praticamente bem alinhavado pela senadora Lucia Vânia e é um projeto que teve uma discussão muito grande aqui nessa casa. Quando

ele foi pra câmara nós tentamos também imprimir uma certa agilidade, ele passou primeiro na comissão do trabalho Edinho Bez foi o relator e o Edinho Bez fez algumas considerações e quando chegou na educação nós aprovamos o texto, do Edinho Bez e colocamos algumas emendas atendendo algumas dissidências algumas divergências que tinham com algumas classes e daí conseguimos aprovar na comissão de educação. Quando foi para securidade social daí inverteu tudo que tinha e até um pouco mais em relação ao texto tanto do senado como até inicialmente do Edinho Bez e a comissão de justiça apenas ratificou daí foi direto para o Plenário e daí no Plenário não conseguimos colocar nossos destaques, tivemos ali o destaque não foi aprovado, então nós estamos aqui novamente o projeto teve essas alterações na câmara voltamos aqui ao senado para que possamos reivindicar para que ratifiquem aquele parecer inicial até da nossa senadora Lucia Vânia e dos senadores que foram uma peça um pouco mais justa em relação a todas as outras profissões. Agradeço a vossa excelência deputado Lobbe Netto pela sua contribuição. Pergunto se o senador Cassol deseja dar alguma palavra ... Boa tarde a todos e a todas, na verdade senador eu fui procurado por muitos desses profissionais da saúde principalmente nos últimos dias também aonde me parece que esse projeto da forma que veio lá da câmara ele tem o seu lado difícil junto aos demais profissionais. Eu imagino, por exemplo, eu recebi ontem uma ligação até de um conterrâneo meu do Rio Grande do Sul embora hoje eu sou Tocantinense aonde ele dizia que ele fez até uma comparação por exemplo um dentista faz uma cirurgia num paciente e naquele momento o quadro se agrava e ele precisa imediatamente socorrer através do recurso que tem de remédios e aí ele precisa correr atrás de um médico pra ver se assina essa receita parece que vem complicar a vida de profissionais de todas as formas possível, então eu imagino com todo respeito que a gente tem a todas as categorias e nossos médicos de todo Brasil que são os verdadeiros anjos da guarda que salvam vidas mas, também que não se interfira nas demais categorias ao ponto de dificultar o trabalho então eu já procurei me interar bem do assunto e quero dizer que quanto eu puder aqui no senado defender o lado que cada categoria tem a seu direito de trabalhar eu vou fazer esse meu trabalho aqui dentro, por enquanto era isso, eu gostaria até presidente de pedir a permissão de ter que sair, que estou em uma outra comissão também, mas, só queria fazer esse registro e dizer que precisa rever esse projeto, é a minha opinião. Agradeço ao nobre senador Cassol, vossa excelência está a vontade para cuidar dos seus afazeres em outras comissões e no plenário que tá funcionando...e olha antes de conceder a palavra ao representante de todos os segmentos da saúde que aqui se encontram eu gostaria de dizer que o relator tanto na comissão de justiça como na de assuntos sociais ou para onde for essa matéria, o relator terá uma dificuldade muito séria para vamos dizer assim pegar um projeto que recebeu da câmara dos deputados e resolver unilateralmente modificá-lo ele não pode fazer isso porque a câmara revisora no caso se tornou foi a câmara dos deputados e aqui nós temos praticamente só duas alternativas ou fazermos a substituição do projeto que foi aprovado pela câmara pelo o projeto que foi aprovado em seu texto final pelo senado ou além disso promover alguns destaques da matéria que veio da câmara quer dizer alguns dispositivos que nós considerarmos importantes e sejam do interesse de todas as partes envolvidas, algum dispositivo, algum mecanismo que foi aprovado lá e que foi bom para todas as categorias e que há consenso

e que não há divergência, o relator pode fazer um destaque incluir na proposta do senado, então a terceira saída não é, é rejeitar, então eu acho que o melhor já que há uma boa convivência entre todas as categorias e ninguém aqui quer tomar o lugar de ninguém importante é que encontremos uma saída, um caminho o mais viável possível afim de que continuamos contar com esse universo de profissionais dedicados que trabalham nos hospitais, nas clínicas, nos postos de saúde, enfim em todos os lugares onde há população a ser atendida e nós temos o maior respeito por todos vocês, temos o maior respeito pelos médicos, temos amigos em todas essas categorias gostaríamos então de encontrar uma fórmula que pudesse fazer um congraçamento e pudesse eu não digo receber uma homenagem porque eu não estou reivindicando isso, mas pelo menos pudéssemos homenagear todos vocês com uma proposta que tem um conteúdo capaz de resolver todas as questões divergentes. Portanto eu concedo agora a palavra, porque são muitos representantes que aqui se encontram e logo em seguida nós temos a ordem do dia do senado às 16h nós teremos possivelmente o início de votações que iam se processar na nossa casa e aí eu pedi que fosse designado um representante, mas isso não implica em que, antes de começar a ordem do dia eu posso ouvir outros que queiram se pronunciar, concedo então a palavra ao Dr. Marco Antonio Abraão que atualmente é do Conselho Regional de Biomedicina é o presidente dessa Instituição ele já esteve em meu gabinete já fez uma prévia do que vai falar aqui e vossa excelência, vossa senhoria terá uns 15 minutos ta bom pra... 10 a 15 minutos pra quem sabe a gente dar a palavra a algum outro que quiser se pronunciar. Boa tarde, senador Antonio Carlos Valadares queria agradecer essa oportunidade que o senhor nos concede, queria também agradecer muito a todos que aqui estão presentes, representando as suas profissões e as Instituições em atender ao convite que fizemos para tratarmos de um assunto de extrema importância, eu queria iniciar senador dizendo que nunca foi tão atual algo que a gente usa a muitos anos, acho que no mundo, ou seja, aquilo que começa errado não pode terminar bem, o senhor vai me perguntar mas, o que começou errado... eu vou ser um pouco repetitivo hoje, como o assunto é o mesmo e a gente ainda não teve o pleito atendido, as profissões não tiveram o pleito atendido, eu sou obrigado a dizer ao senhor que tudo isso começou com essa resolução do Conselho Federal de Medicina, a resolução nº 1.627 de 2001 quando o Conselho Federal de Medicina quis resolver isso de forma unilateral sem ouvir ninguém e fez uma resolução exatamente do que ela queria que acontecesse no nosso país e que os médicos pudessem colocar os outros profissionais da área da saúde com profissão regulamentada sobre tutela e fez essa resolução eu vou lhe passar esse documento é o documento número 1 sua assessoria vai receber esse documento é o documento número 1 aonde essa resolução foi publicada no Diário Oficial e aí eles perceberam que essa resolução não ia conseguir fazer o que eles na verdade queriam porque ela só ia atingir aos inscritos, muito bem... a seqüência é procurar o senador geral Dalton, médico senador na época e que recebeu essa resolução e transformou num projeto de lei, o projeto começou tramitar e depois veio o senador também Vinicius Sampaio e ele se juntaram e teve a tramitação aqui no senado então eu quero dizer que começou errado, não começou com a preocupação que todos nós tivemos quando regulamentamos a nossa profissão e de regulamentar a sua profissão sem cercear o direito dos outros a preocupação maior o senhor vai perceber que não é regulamentar a medicina,

regulamentar a medicina é o pretexto, o objetivo é cercear o direito das 13 outras profissões da área da saúde que são regulamentadas e das outras que ainda serão regulamentadas e isso inviabiliza o progresso todo que tem na ciência porque eu posso dizer ao senhor, no mundo hoje não tem serviço de saúde com qualidade e que esse serviço não seja multiprofissional existe ainda as pessoas que querem sentar num trono que não existe mais a ciência evoluiu é muito difícil a gente que as vezes é especialista numa determinada matéria dominar tudo e imagina um profissional querendo fazer o que esse projeto pretende isso vai inviabilizar o SUS isso vai fazer com que muitos e muitos cursos no Brasil serão fechados e você me pergunta porque eu lhe diria você colocaria uma filha sua para fazer um filho um curso de nível superior se ele vai ficar sobre tutela de um outro? Ninguém faria isso, então vai ter problema com as escolas, terão problema com o mercado de trabalho, os profissionais e o SUS eu posso lhe afirmar e eu to vendo agora depois de longo tempo tanto o ministério da saúde como o Conselho Nacional de Saúde entender o mal que é este projeto esse projeto é um mal para a sociedade brasileira, ele tem textos, ele tem ali algumas restrições que são verdadeiros absurdos, por exemplo, eu não vou falar de todos porque eu gostaria que cada um tivesse oportunidade de falar o que pensa, mas quando fala do diagnóstico neurológico do diagnóstico das doenças que eles podem fazer isso é um verdadeiro absurdo, hoje por exemplo na nossa área se eu for fazer um diagnóstico de hepatite não tem profissional no mundo que diga se é A se é B ou C se não for através de um diagnóstico laboratorial, não tem médico no mundo que faria isso, então são situações que o senado não pode permitir e essa casa não deve permitir isso porque isso vai provocar uma situação de insatisfação os profissionais irão primeiro solicitar que o presidente não sancione não conseguindo nós vamos para o supremo e depois disso o governo federal está fazendo um trabalho enorme para aliviar a carga dos processos quantos milhões de processos serão colocados no dia seguinte eu vou até pedir para o pessoal da fisioterapia quando usado a palavra eu fiquei sabendo de algo é que eles fazem a respeito de entubar os pacientes, o que isso vai significar no primeiro dia que essa lei entrar em vigor, quantos morrerão no primeiro dia eles saberão dar esse dado porque eles sabem o trabalho que eles fazem na UTI e outros profissionais terão outros dados importantes para passar aqui, nós temos situações da citologia em que no momento que nós tivemos da campanha contra o câncer do colo uterino, essa campanha não avançava não avançava porque o ministério tinha credenciado só os laboratórios de médicos e não tinha número suficiente de profissionais para demanda no medido que credenciaram os laboratórios dos farmacêuticos que fazem isso há muitos anos muito bem e os biomédicos que fazem isso muito bem a campanha foi um sucesso dados como esse senador todas as outras profissões aqui terão então eu não queria me alongar muito sobre isso para dar oportunidade de todos falarem, mas queria que a gente saísse daqui com uma decisão já que a técnica legislativa não permite, não permite que a gente faça um adendo que seria o seguinte aquele artigo que diz ali em que a odontologia está fora dessa situação se os senhores pudessem colocar que as profissões da área da saúde resolve tudo é só colocar ali que essa lei não se aplica as profissões da área da saúde resolveu o problema, resolve o problema de todos, mas dizem que a técnica legislativa não permite isso porque já foi aprovado aqui e já foi para lá só resta uma coisa senador é pedir que o projeto

todo tanto daqui como de lá seja rejeitado para começar bem para que atenda a necessidade dos médicos que regulamente a profissão deles mas, que não venha cercear o direito das outras profissões regulamentadas, vou finalizar senador dizendo que o projeto ainda nem se transformou em lei eu tenho a revista do jornal de patologia e já dizendo que eles vão conseguir sim cercear o direito dos farmacêuticos, dos biomédicos fizeram uma resolução do documento número 2 eu vou lhe passar aonde o artigo 7º, 8º e 9º é um verdadeiro absurdo isso aqui desrespeita qualquer código de ética dizendo que o médico tem que colher aquele material que ele só pode aceitar o resultado, que se for assinado por um médico e que o paciente tem que indicar para outro médico é corporativismo eles reclamaram mas, eu vou dizer isso é pobre senador, é miserável e é doentio então em nome desses profissionais eu peço que isso seja feito uma análise profunda para que essas injustiças não sejam cometidas finalizo dizendo vou lhe entregar um convite para participar do nosso evento sábado que será uma virada da saúde organizada pelos Conselhos Regionais do Estado de São Paulo aonde nós mostraremos para a sociedade quais são os tipos de serviços que nós fazemos lá estarão os Conselhos da área da saúde colocando a disposição da sociedade o que é os serviços que nós fazemos o que eu tinha senador era isso, eu lhe agradeço, muito obrigado. Agradeço ao Dr. Marco Antonio Abraão, se alguém deseja se pronunciar, por favor, vamos começar aqui pela fila da frente, por favor, Dra. se identifique eu sou Marisa Monteiro Borges presidente do Conselho Regional de Psicologia 1ª Região que inclui Distrito Federal, Acre, Rondônia, Roraima e Amazonas e represento aqui o Conselho Federal de Psicologia, nesta oportunidade eu gostaria de endossar as palavras do Dr. Abraão que muito bem expôs as aflições das demais profissões de saúde, os dois projetos conforme apontado não atendem as necessidades das demais profissões com relação a Psicologia o nível de interferência é enorme restringindo inclusive ao médico a possibilidade de prescrição terapêutica de procedimentos que o domínio só os psicólogos tem a mesma coisa acontecendo com toda área de psicopatologia essa é uma área na qual a Psicologia das profissões aqui presentes talvez seja uma das poucas exceto a Biologia que é uma área, que é a área de conhecimento, e é a área de atuação profissional, então o conhecimento produzido em psicopatologia é um conhecimento da ciência psicológica é um conhecimento que compõe a formação do médico em proporções muito escassas, muito aquém daquela proporção na qual compõe a profissão do psicólogo e se torna privativo do médico o uso do diagnóstico psicopatológico não é, nós temos vários outros problemas, um outro problema que aparece é que diz que não é privativo do médico e ao dizer não é privativo do médico num dado momento isto quer dizer que ele também pode e ele compartilha ou ele nos concede ou talvez nos conceda a possibilidade não é, de fazer diagnóstico de capacidade mental, sensoriais percepto cognitivos e psicomotores que certamente são coisas da área da psicologia e de algumas outras áreas de saúde, bom essas são as nossas preocupações específicas a coisas aqui que são risíveis e que as vezes nem sempre são apontadas, mas que não caem bem e que eu não terei nenhum pudor de apontar, por exemplo diz aqui que os procedimentos, alguns procedimentos que são invasivos são privativos dos médicos e aí entra a invasão os orifícios naturais do corpo, isso lido fora de um contexto profissional nos leva a rir e a pensar que os médicos não darão conta pelo menos no Brasil de se responsabilizarem sozinho pela sobrevivência da

espécie. Bom, outro aspecto eu acho a campanha tocou, eu não gostaria muito de usar um outro argumento que não gostaria de usar, mas que infelizmente é impossível não ser usado no momento em que nós também temos que pensar nas questões econômicas me irrita grandemente quando eu vejo documentos da saúde, do ministério da saúde dizendo que tem a saúde baseada no médico é muito cara e que por ser muito cara então não deve haver uma abertura para os demais profissionais eu acho que a abertura para os demais profissionais não é pelo preço mas, sim pelas competências que os demais profissionais tem pra contribuir se nós virmos essa lei aprovada, o que nós teremos não é uma saúde baseada na atividade conjunta, multiprofissional, contribuindo para a melhoria da atenção a população nós teremos sim uma saúde centrada no médico e que os demais profissionais terão que ter autorização médica para exercer a sua profissão, muito obrigada. Agradeço. Dr. Roberto Mattar Cepeda do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Boa tarde, eu gostaria de cumprimentar o senador Antônio Carlos Valadares e agradecer ao mesmo tempo esse espaço aonde às demais profissões da saúde podem ser ouvidas num ato democrático, legítimo e de respeito. Inicialmente eu gostaria de dizer que há distorções que não concordamos com a atuação redação entre os dois PLs houve um posicionamento mais favorável ao nº 268 havendo a necessidade de uma alteração e que nós estamos de acordo com o pessoal da Biomedicina que no artigo 6º se coloque já que não quer cercear esse não existe o intuito de pano de fundo, o disposto desse artigo implica ao exercício da odontologia e das demais profissões da saúde se a idéia não é cercear então vamos deixar isso claro e explicito na redação, porque que eu me preocupo com isso e aqui eu gostaria de encaminhar ao senador um pronunciamento que é do colégio médico da acupuntura feito ao diretor geral da novela Viva Vida Jayme Bon jardim aonde ele coloca algumas coisas equivocadas e que mostra sim que o pano de fundo existe algum tipo de cerceamento a exemplo fisioterapeutas não podem realizar procedimentos invasivos daí ele puxa no mesmo texto, infelizmente de forma corporativa o Conselho Federal de Fisioterapia baixou resolução entendendo o direito dos fisioterapeutas exercerem acupuntura, hora nós somos a primeira profissão a reconhecer a acupuntura como especialidade, a medicina veio muito depois trabalhar a acupuntura de forma científica e reconhecê-la, dizer que o fisioterapeuta não pode exercer acupuntura é um equívoco é cercear um direito adquirido isso é ilegítimo eu penso que a acupuntura é multidisciplinar e tem um projeto de lei correndo na casa para isso senador Flavio Arns eu quero mostrar aqui que o discurso é um que as atitudes são outras de entidades corporativas e com isso dizer que nós precisamos ter uma grande reflexão porque nós estamos com evasão de profissionais e evasão de alunos em cursos de graduação e isso nos preocupa, gostaria ainda de encaminhar a mesa a entrevista do presidente do CFM Roberto D'Avila que foi realizada no Jornal do Brasil aonde ele diz o que os fisioterapeutas querem, querem que as pessoas vá neles pra que eles determinem que tipo de fisioterapias fazer, isso não tem o menor sentido se um profissional fisioterapeuta tem 4 mil horas na sua graduação ou o terapeuta ocupacional nível superior com toda uma diretriz curricular de diagnóstico () funcional, conhecimento de exame complementar não puder dizer, e não puder prescrever recurso fisioterapêutico quem poderá Dr.? Quem poderá Vossa Excelência? Assim como cada profissional que está aqui nessa mesa, o

senhor me desculpe é de uma arrogância um profissional entender de 13 profissões e querer diagnosticar e prescrever se entender o conceito de saúde biopsicossocial e de que o diagnóstico tem que ser biopsicossocial e que a prescrição trabalha dentro da de cada profissional nós teremos a legitimidade, o respeito e o trabalho em equipe e é isso que eu rogo dentro desse senado que é a casa do povo e é a casa dos profissionais e eu tenho certeza que essa homenagem não vai ser da medicina vai ser de 3 milhões de profissionais e de toda população brasileira, obrigada. Com a palavra Dr. Jaldo de Souza Santos presidente do Conselho Federal de Farmácia. Quero cumprimentar senhor senador, senhor deputado e informá-los que a farmácia acredita nesta casa nós sabemos que vocês foram eleitos pelo povo e o povo é a voz de Deus, portanto eu não vou repetir nada que foi dito aqui, mas concordo a farmácia concorda com tudo que foi dito aqui pelo Abraão pela fisioterapia, também pela psicologia e vamos apenas informar que já tivemos todo um debate sobre o projeto médico desde quando houve o início dele e várias foram as reuniões que tivemos no Conselho de Medicina acordando em uma legislação que pudesse abrigar não somente aos médicos, mas, principalmente todas as profissões de saúde, todas às vezes eles não cumpriram com a palavra fizemos acordos e eles não chegaram a cumprir uma vez se quer a última agora foi no senado do substitutivo da senadora Lucia Vânia da qual foi aprovado numa promoção fantástica dado a própria paciência que a senadora teve em fazer acordos gerais chegaram na câmara dos deputados o que sentimos ali foi a prepotência da frente parlamentar de saúde e de um deputado do meu estado, deputado que veio com toda prepotência e arrogância ele forçou mesmo a promoção do projeto de lei que está em discussão, tudo bem concordo com ele, ele usou o sistema que ele sabe usar muito bem em Goiás isso acontece, é fato acontecer isso, mas agora ontem nós nos reunimos todas as autoridades farmacêuticas deste país tivemos reunidos e chegamos numa conclusão que não iremos concordar em hipótese alguma com esse substitutivo regresso da câmara dos deputados e a solução que achamos foi de apoiar portanto o substitutivo da senadora Lucia Vânia tivemos com ela agora, ela vai trabalhar nisso aí, mais ainda queixou-se é que foi ameaçada no estado de Goiás dado o fato de que ela seria a relatora e lá ela foi ameaçada para não pegar essa relatoria ou então concordar com o substitutivo egresso da câmara dos deputados, deputado eu quero trazer aqui com os meus pares meus colegas uma decisão nossa não iremos concordar com o substitutivo egresso da câmara dos deputados iremos concordar sim se caso seja provado o substitutivo Lucia Vânia que já foi aprovado anteriormente aqui pelo senado, estaremos juntos em todos os momentos que acontecer quer seja no veto presidencial quer seja na luta diária nos tribunais ao contrário da prepotência de profissionais que poderiam estar aliados conosco no trabalho meritório que é o serviço de saúde é o que tenho a dizer. Eu sempre exerci aqui no senado federal ao longo de todos esses anos o meu mandato com a maior lisura e independência e posso dizer o seguinte que eu tinha certeza que a relatora era a senadora Lucia Vânia inclusive foi designada por mim como relatora na comissão de assuntos sociais é uma pessoa com quem eu me dou muito bem, mas derrepente o senador () Torres disse que eu tinha que se aceitava a relatoria porque a senadora Lucia Vânia não estava mais querendo relatar não me foi explicado o motivo real no entretanto eu presumo que são problemas regionais, problemas locais que poderiam

prejudicá-la politicamente, como eu sempre agi eu vou procurar obter o máximo possível do entendimento entre todas as profissões da saúde é o meu dever é a minha obrigação, eu acho que nem um dos senhores e das senhoras esperam de mim outra coisa que não isso, trabalhar para obter o consenso e o entendimento entre todos, mas se isso não for possível nós teremos que tomar uma decisão e a decisão que nós tomarmos tenho certeza absoluta terá que ser aceita por todos porque vai na direção do equilíbrio, na direção de dar a César o que é de César de não prejudicar a ninguém eu concedo a palavra por sinal eu, os médicos também me solicitaram uma audiência possivelmente na próxima semana eu estarei com a representação dos médicos do Brasil inteiro seria de bom alvitre já que a gente pode quem sabe aproveitar essas duas propostas de fazer uma alternativa que cada categoria enviasse a nossa assessoria ao nosso gabinete já ir porque a comissão de justiça nós vamos analisar ali o problema da legalidade da consorcialidade mas, se o texto sair dali enxuto né deputado o relator na comissão de assuntos sociais vai ter muito pouco trabalho se já sair a matéria consensuada na comissão de justiça então é por exemplo estiveram no meu gabinete representantes dos farmacêuticos hoje a tarde são pessoas lá do meu estado de Sergipe e eu pedi, elas estavam preocupadas com a expressão que foi aprovada lá na câmara dos deputados eu digo eu quero saber qual é a expressão que vocês estão achando que prejudica, quer dizer qual é a redação que está lhe prejudicando, ela me mostrou então eu preciso saber eu sou advogado, não sou médico, então eu quero saber o que é que está pegando em relação a cada profissão, já que nós estamos pretendendo aproveitar o trabalho do congresso, a câmara fez um trabalho o senado fez outro, então não se trata aqui de querer rejeitar, não queremos rejeitar, nós queremos aproveitar o melhor do que foi produzido aqui e na câmara dos deputados para tanto os senhores tem assessoria jurídica todas as representações tem assessoria jurídica e me apresentem as suas sugestões, para que eu possa discutir, para que eu possa debater e encaminhar soluções os discursos são bons todos aqui se pronunciaram de forma admirável defendendo a sua área mas, já que estamos falando de matéria em caso concreto já para levar para votação seja de bom alvitre nós recebermos as sugestões de manutenção de redação de alteração de redação pra ver o que nós pudemos fazer dentro das limitações que nos foram impostas já que as saídas são aquelas que eu já aponte no início da minha fala com a palavra Ana Cristina Brasil coordenadora do (). Boa tarde senhor senador, boa tarde deputado Lobbe Netto deixa eu levantar para o senhor me ver né...é o Fórum das entidades nacionais dos trabalhadores da área da saúde, congrega confederações, federações e também conselhos federais e associações das profissões de saúde do Brasil, minha fala vai ser bem breve porque acredito que o senhor já tenha recebido alguns documentos que são oriundos inclusive do nosso fórum, nós estaremos juntos também porque também faço parte do conselho nacional de saúde e teremos uma audiência com o senhor também e alguma coisa a mais eu poderei falar amanhã. Mas, hoje eu queria deixar claro sim para todos nesse momento que é muito importante reflexão em cima desses dois projetos porque nós é claro que temos que nos preocupar com as prerrogativas corporativas das categoria isso é fato, mas, a gravidade deste momento que nós estamos vivendo está em cima do usuário do sistema único de saúde, nobre deputado, nobre senador, se hoje nós enxergamos filas para o acesso a saúde, nós vamos enxergar o caus total na saúde, porque o

atrelamento as prescrições a hierarquia que tá se propondo e eu vou dizer mais, vou usar uma expressão que nunca foi usada ta se querendo criar um contrato de exclusividade para a profissão médica, ta se querendo criar uma carreira de estado para o profissional médico, isso já está rolando, pisos salariais grandes e que vão inviabilizar o pagamento pelo sistema único de saúde, então a gente tem que pensar muito bem em todos os elementos que formatam esses projetos, tanto o 7703 tanto o 268 na suas peculiaridades que claro vão comprometer, relações de trabalho na saúde, relações entre o paciente e o profissional de saúde e relação entre o próprio serviço e as famílias daqueles usuários que são atendidos pelo SUS então inicialmente essa seria a fala que nós trazemos em nome do fórum de entidades nacionais dos trabalhadores da saúde, muito obrigada. Dr. Ricardo () membro do Conselho de Optometria. Primeiramente agradecer a oportunidade que o senador está dando e aos demais colegas especialmente ao Dr. Abraão. Eu sou membro do comitê executivo do Conselho Mundial de Optometria e falo aqui em nome desse comitê e especialmente da situação visual do povo brasileiro, o Brasil tem hoje aproximadamente 98 milhões de cegos virtuais, como disse a nossa colega por insuficiência de atendimento dentro das unidades de saúde o optometrista pela formação é o agente primário de todo esse processo, ele reconhece, corrige e reeduca os processos de alteração visual que não tem envolvimento patológico para isso estuda a () ocular e sistêmica profundamente 5 anos e meio de formação e os reconhece como agente preventor e encaminha antes que a doença se estabeleça como um mal irremediável a () e mais a Organização Mundial de Saúde tem dentro do seu quadro a cadeira número 187 e como o Optometrista seu slogan é evitar a cegueira mundial até o ano de 2020 uma alusão a 20 e 20 visão normal a correção da cegueira evitável no mundo o Brasil tá prestes a entrar nesse programa desde 2002 e não foi possível por conta da classe contrária como dado estatístico é importante tem um oftalmologista para cada 362 mil habitantes na região norte do país, na região centro oeste especialmente o estado de Goiás e adjacências um oftalmologista para cada 64 mil habitantes, sabemos que patologias principalmente as associadas especialmente o glaucoma e as retinopatias advindas do processo de diabetes se não forem detectadas a tempo por um profissional que reconheça esse estado a cegueira é irremediável alusão também as crianças que fogem da escola porque não tem em sua capacidade visual atendida em decorrência de todos os programas feitos não atendem absolutamente nada então excelentíssimo eu gostaria de pedir ao senhor em nome da saúde pública visual desse país que o artigo 10 desse malfadado projeto fosse extinto porque se nota claramente ai a comercialização dos produtos ou seja, lentes de contato ou óculos a optometria vai muito além disso, ela vai reconhecer todo o estado anômalo da visão e então produzir um efeito tão benéfico que essas pessoas voltarão a poder produzir quantos pais de famílias não fazem porque lhes faltam uma simples correção então em nome do Conselho Brasileiro de Optometria e em nome do Conselho Mundial, da Organização da Saúde da agencia nacional de prevenção a cegueira eu gostaria de pedir que o senhor tomasse algumas atitudes quanto a isso e em relação especificamente a esse artigo 10 do projeto de lei do ato médico, muito obrigado. Bom a ordem do dia já está sendo iniciada, mas se alguém deseja ainda se pronunciar se identifique, por favor, Dr. Mais três... Enfermeiro Coutinho do Conselho Federal de Enfermagem aqui

presente queria primeiramente agradecer ao senador pela oportunidade por ter promovido essa audiência pública aos demais colegas aqui presentes preocupados com o tema importantíssimo que afeta todos nós, senador obviamente nós teríamos uma discussão enorme em relação ao tema, mas, gostaria de abrir a seguinte discussão senador, o artigo terceiro ao qual foi aprovado na câmara dos deputados estabelece que o médico integrante da equipe de saúde que assiste ao indivíduo atuará em mutua colaboração isso deixa dúvida senador, isso deixa dúvida em qual é o papel do médico e aí nós propomos a alteração do artigo terceiro do projeto o médico integrante da equipe de saúde atuará em mutua colaboração com os demais profissionais que compõem de modo que articulando-se saberes e fazeres se produza um cuidado integral a pessoa, família e a coletividade humana que demanda a atenção a saúde a redação senador que a nossa preocupação da área de enfermagem é justamente dar uma redação que também abrigue os médicos neste contexto da saúde então em momento nenhum a enfermagem deseja excluir nenhuma categoria porque a saúde não é, e ninguém é dono da saúde, a saúde é coletiva e todos nós temos responsabilidades para cuidar senador e faço uma reflexão se o projeto de lei fosse isento de controversas qual a necessidade de se acrescentar o artigo quarto, o artigo quarto senador acrescenta sete diferentes parágrafos que fala especificamente sobre a medicina, ou seja, na verdade este artigo é uma pretensa precisão das atividades privativas do médico no intuito de realmente cercear os direitos das demais profissões regulamentadas desse país, senador queria também tá colocando de que sou do estado do Espírito Santo percorri o meu estado no ano passado e nós temos feito um trabalho belíssimo onde a população tem buscado a comunidade, o usuário tem buscado o profissional de enfermagem, o enfermeiro a enfermeira o atendimento no PSF se for aprovado esse projeto da forma que está na câmara nós teremos um retrocesso dos anos 40 anos 50 e nós temos avançado muito em relação ao SUS nesse país e a defesa de todas as entidades aqui presentes é sempre a defesa do SUS onde o usuário tem acesso a saúde que é um direito () de todos, portanto senador em nome do Conselho Federal de Enfermagem, em nome as enfermagem brasileira passo ao senador um dos documentos onde tem vários artigos onde nós propomos alteração para que o senhor possa, a excelência possa nos ajudar nessa compreensão desse texto, muito obrigado senhores. Muito bem, ao término dessa reunião eu gostaria que os senhores continuassem aqui e apontassem quatro ou cinco pessoas ou três... a cinco pessoas para que essas pessoas possam ser procuradas depois pelo nosso gabinete caso precisasse de uma conversa, isso vai ter precisar de uma conversa né antes das conclusões dos nossos trabalhos, então os senhores se reúnam aqui escolham entre três a cinco representantes são muitas profissões não é pessoas que possam se deslocar facilmente more mais perto aqui de Brasília, mas se não for possível fiquem despreocupados a gente usa o telefone, usa o email os meios de comunicação disponíveis para os entendimentos que serão efetivados. Senador eu quero agradecer, o nome, por favor... Professor Gil Lucio Almeida presidente do Crefito de São Paulo, eu quero inicialmente agradecer senador Antonio Carlos a sensibilidade humanitária que o senador demonstrou aqui, na verdade nós estamos aqui hoje falando em nome de todos os conselhos na área de saúde do estado de São Paulo que já pactuou junto com todos os cursos da área de saúde documento que já entregamos para o senador

mostrando os prós e contras de cada projeto, nós gostaríamos também de mais uma vez reiterar o convite para que os senadores estejam no Ibirapuera no dia 27 o senador Romeu Tuma, dia 27 agora ele já confirmou a presença, nós esperamos que o presidente da república, o governador e o prefeito também se faça presente, já temos mais de 10 mil inscritos para este evento. Senador nós não viriamos aqui de jeito nenhum se fosse para lutar por interesse corporativista de uma classe A ou B o que está em debate aqui é o interesse da vida dos brasileiros de 190 milhões de brasileiros o estado hoje está realizando um bilhão de consultas médicas que dura no máximo cinco minutos que dá para saber no máximo o nome e o endereço do paciente e mais algumas poucas informações a verdade senador é que esse 1 bilhão de consultas está gerando meio bilhão de exames e toneladas de medicamento e não podemos esquecer nunca de que 75% da população brasileira depende do SUS para ter o acesso aos serviços de saúde e tampouco podemos esquecer que 80% dos usuários do serviços de saúde desse país apesar de sermos jovens e ainda viver uma década a menos do que poderíamos 80% dos usuários senador são portadores de doenças crônicas, aquela doença que não larga do pé e já passaram por todo tipo e continua passando por todo tipo de exames e consultas sem resolutividade o fato senador é que nós temos 3 milhões de pessoas preparadas, autorizadas pelo estado para servir a vida e o estado não está usufruindo dessas virtudes e está gastando 12 bilhões em meio ano só com seguro doença o estado que gasta três vezes mais em juros do que com a saúde do povo e a solução para reduzir os custos da saúde é empregar os profissionais da saúde, colocá-los em equipes multidisciplinar a serviço da vida e para fazermos isto não precisamos do corporativismo e tão pouco senador, eu gostaria de dizer acredito que os médicos apõem esse tipo de projeto porque eles não precisaram dele para hoje ser reconhecido como os grandes profissionais que ilumina, que ajuda, e todos nós dependemos deles, aplaudimos as virtudes deles é inaceitável que as lideranças médicas tenham escolhido esse caminho e a solução mais simples aqui senador sabemos do regimento interno mas, sabemos do poder do acordo das lideranças, que Deus ilumine o senhor para que junto com nós possamos conseguir de acordo com as lideranças e colocar lá que essa lei não afeta nenhuma profissão da saúde. Agradeço o ultimo orador e volto a reiterar convide para que o senhor e as senhoras fiquem aqui e escolham os seus representantes visando os entendimentos futuros e afinal de contas é um tanto raro uma reunião tão seleta quanto esta, queremos aproveitar então vocês terem a possibilidade e o direito de escolher uma representação para conversar não só comigo, mas também com as lideranças partidárias com o presidente da comissão da justiça, com o presidente da comissão de assuntos sociais, enfim com todos aqueles senadores que vão decidir essa questão importante que vocês tenham uma representação assim quase que de forma permanente aqui no senado federal tratando deste assunto. Meu nome é Celso Barros Gama eu sou mineiro to aqui representando o Conselho Regional de Ótica Optometria de Minas Gerais e de São Paulo também, então eu gostaria de agradecer a oportunidade e eu estou um pouco apreensivo realmente como todos estão, mas, falando diretamente porque nós temos pouco tempo, do ato médico do projeto de lei eu entendo e o pessoal da saúde também entende que se ele aprovado, vai ser um desastre para a saúde do Brasil para os profissionais e o povo brasileiro em si porque na verdade a CPL ela tem mão única, ela não tem

mão dupla claramente tem reserva de mercado e tem conotação realmente comercial ela faz uma menção aos outros profissionais de profissões regulamentadas e as não regulamentadas como é que fica são muitas e parece que está resguardada pelo processo do PL, mas, na verdade é que nos atos privativos do médico toma tudo de todo mundo, quer dizer dar com a mão e toma com a outra é um negocio perigosíssimo isso aqui então poucos sabem, poucos aqui devem saber que essa tática é antiga desde 1920 com as parteiras, em 1932 no Governo de Getulio Vargas que isso tome para o senhor e os demais como experiência foi feito um decreto o nº 20.931 de 1932 dizendo o seguinte que o optometrista pode trabalhar etc... no corpo da lei na vigilância sanitária de acordo com a vigilância sanitária lá nos dispositivos gerais diz o seguinte que o optometrista não pode atender ninguém quer dizer deu com a mão e tirou com a outra isso é uma coisa antiga já no processo brasileiro e isso rendeu 70 anos de atraso e milhões de pessoas que não foram atendidas na saúde e fora inclusive os processos judiciais que centenas que foram feitos durante esse tempo então eu trouxe aqui uma documentação que eu vou entregar ao senhor que são algumas alterações ou algumas idéias entendeu, e dizer ao senhor o seguinte que imagina o senhor hipoteticamente se um dia o senhor quebrar o óculos do senhor que essa lei aprovada o senhor vai ter que ir no médico para ele indicar uma armação para o senhor, imagina... se o individuo tiver uma perna mais curta que a outra e um fisioterapeuta tratar para ele trocar a palmilha do pé da perna curta ele vai ter que ir ao médico, então eu gostaria que o senhor eu vou dar menção as palavras do Abraão que o ideal esse projeto para consertar vai ser muito difícil eu acho que um novo com todo mundo dentro seria muito melhor, ta... muito obrigada a vocês. Eu quero agradecer a presença de todos e vamos lutar para ver se nós conseguimos ai esse grande objetivo que não é fácil todos sabem, mas, que Deus nos ajude a todos nós, deputado muito obrigada pela sua presença e alguém vem aqui para presidir e coordenar essa reunião Dr. Abraão por favor... Senhores, senhores vamos sentar para montarmos a comissão por gentileza, bem senhores vamos aproveitar que estamos aqui e dar oportunidade para as pessoas que não se manifestaram por favor, olha eu queria então dos membros do conselho federal que estão aqui representando, eu gostaria de tê-los aqui na mesa por favor quem tiver representando o conselho federal das profissões eu gostaria por favor aqui a mesa, por gentileza. Então vamos lá... a Dra. Alba vai nos dar aqui assessoria, ela é da assessoria jurídica ao senador e ela então se por ventura a gente tiver algum tipo de dúvida alguma coisa do ponto de vista jurídico é quem vai nos orientar, senhores tem alguma campanha ai alguma coisa para a gente usar? Bem, senhores, por favor... O Conselho Federal de Biologia não teve oportunidade de se manifestar eu gostaria de ouvir nesse momento, ta difícil hein... senhores esse espaço foi cedido para aqueles que estão interessados em resolver esse problema aqueles que por ventura estão cansados, não estão interessados não são obrigados a ficar deverão ficar aqui nesse espaço aqueles que estão realmente interessados em resolver essa situação porque se os senhores não estiverem interessados nós resolvemos isso agora liquidamos e não vamos falar eu não vou pedir mais uma vez por favor silêncio, porque eu acho deselegante, eu queria ouvir nesse momento a presidente do Conselho Federal de Biologia por gentileza. Boa tarde, eu sou Maria do Carmo Brandão Teixeira sou de Minas e sou atualmente presidente do Conselho Federal de Biologia eu acho que tenho pouca coisa a dizer, que já

foi muito bem colocado aqui a questão desse projeto de lei que é uma () as nossas profissões regulamentadas em vários pontos colocados nós compartilhamos também de atividades que foram colocadas aqui como os diagnósticos, análises e também tem outra coisa que nos preocupa muito as disciplinas colocadas lá como disciplinas a questão também de que toda supervisão dos serviços de saúde e o que se entende por isso, isso é amplíssimo serviço de saúde, então nós compartilhamos com vocês, todos daqui das preocupações, concordamos que é uma coisa que começou errada que talvez para consertar é preferível começar de novo, vai remendando, remendando e cada vez mais fica pior, então talvez seja preferível começar de novo e que a gente sabe que além de tudo que nós colocamos aqui, essa é um projeto de lei que vai contra a constituição porque ele desrespeita as profissões regulamentadas, então além disso ele ainda amplamente inconstitucional porque ele vai, ele desrespeita a Constituição que é segura a todas as profissões regulamentadas o livre exercício como foi colocado ele não se põe dessa maneira e coloca uma tutela que eu acho um absurdo como também foi colocado que ninguém vai então fazer um curso passar por uma profissão que você está tutelado por uma outra eu acho que a gente juntos já é um jargão antigo, a união faz a força e eu acho que essa união mostra que nós estamos dispostos a lutar para que isso não seja um problema que não é só para nossa profissão é para sociedade como um todo e principalmente para os menos favorecidos e eu acho que isso como nós somos profissões que são relacionadas a vida e nem se fala a Biologia que é a ciência da vida a gente tem que defender realmente que a gente tenha maneiras de tratar a vida de uma forma conjunta, multidisciplinar esse que é o novo avanço da ciência nos dias de hoje, muito obrigada. Na seqüência eu gostaria também, eu quero na verdade ouvir alguma outra profissão que esteja presente que não se manifestou ou uma outra instituição da mesma que ainda.... por gentileza por favor, nome e a instituição. Sirlene Queiroz eu sou da () Federal Nacional dos Psicólogos e para não ser redundante em todos os pontos que a gente avançou só para a gente pensar um pouquinho em uma pequena parcela da população que já vai de anti mão ta sendo prejudicado, eu digo de anti mão no cenário imagino que a gente ta agora a maioria de nós estamos assim nos articulando para a Conferência Nacional de Saúde Mental e em saúde mental nós somos modelo na organização mundial de saúde, nós somos modelo para o mundo por sermos multiprofissional a grande evolução da saúde mental foi ter saído desse poder médico de dar um diagnóstico e de dar uma direção de tratamento para uma direção colegiada os serviços substitutivos são quase todos são maioria coordenados por profissionais de áreas afins, supervisionados por áreas afins e tem seu diagnostico direção de tratamento que tem dado certo então eu acho que é importante a gente também dar exemplos práticos para quem não é da nossa área poder compreender porque a gente conseguiu fazer a conferência numa manifestação popular foi a marcha dos usuários que ocasionou a conferencia e aí como a gente fica num momento como esse retrocedendo também até para aquilo que nós somos modelo para o mundo eu acho que é importante a gente frisar porque é um retrocesso não só para um ou pra outra categoria mas, esse olhar muda inclusive leis que a gente conseguiu aprovar recentemente lutas que a gente conseguiu fazer recentemente como a lei de saúde mental de 2001 eu acho que é só dispositivo cada um dentro da sua ótica pode ta apontando acho que

era importante essa comissão que posteriormente vai conversar com ele essas coisas que tem um efeito mais concreto que possa estar compreendendo a gravidade disso é só uma briga de A ou B mas, é uma briga dentro das nossa própria legislação porque nós já provamos a saúde mental é exemplo disso nós provamos que juntos nós trabalhamos muito melhor e o usuário afirma isso, muito obrigada, mas, alguém escrito para fazer algum pronunciamento ? Boa tarde a todos, Abraão eu me sinto contemplado nas suas palavras só queria reforçar que sendo aprovado esse projeto do jeito que está da câmara dos deputados isso significa a condenação a morte de milhares de mulheres no Brasil por câncer no colo do útero já que a imensa maioria dos exames de prevenção do câncer, este aliás é um dos pouco tipo de câncer que tem a sua prevenção efetiva em 100% dos casos graças ao exame citológico teste papanicolau e segundo o próprio ministério da saúde mais de 50% desses exames são realizados no Brasil credenciado pelo SUS por profissionais farmacêuticos, bioquímicos e biomédicos se você tira essa força de trabalho você está condenando mulheres a morte era isso que eu quero acrescentar para reforçar o que já tinha colocado, parabéns porque a gente percebe nisso que eu não sei se vocês atentaram para um detalhe, mas ele é importante nós nunca fizemos nenhuma restrição como os médicos fazem nem temos essa pretensão, porém se você olhar do artigo quarto o pretexto é a regulamentação, mas o que eles querem mesmo tá ali no artigo quarto e mais do que isso no artigo sétimo aonde ali dá poder para o Conselho Federal de Medicina por resolução definir daqui pra frente, o que eu queria chamar atenção de vocês é o seguinte aquilo que eles não conseguiram com a resolução que eles fizeram no ano de 2001 porque eles não tinham uma lei que dava amparo isso que eu queria que a senhora entendesse bem aquilo que a resolução deles foi um fracasso quando eles publicaram no Diário Oficial e falou é mas, o que a gente queria era impedir os outros, então vamos transformar num projeto de lei então aquilo que não deu certo no passado vai dar daqui para frente porque a lei vai dar a eles poder de decidir por resolução esse é o grande pulo do gato e isso pra mim numa matéria se vocês analisar a constitucionalidade dele é um absurdo isso porque quem tem que decidir quem faz, como faz e a responsabilidade é essa casa que faz a lei e diz isso que importa, e não transferir o poder dessa casa para dentro do Conselho Federal de Medicina que é o que está acontecendo então daqui para frente tudo que vier de modernidade basta uma resolução do Conselho Federal deles dizendo que eles fazem, gente isso é muito grave isso é uma coisa que não pode passar impune então Carlos eu acho que nessa linha nós vamos caminhar eu mais uma vez quero agradecer por vocês terem atendido esse pleito que a gente fez quando eu comecei com isso o pessoal falou ó você viaja na maionese se juntar todo mundo vai ser difícil...ó não custa a gente tentar e olha graças a Deus a gente conseguiu um evento, eu acho extremamente importante, acho que ele é um pouco tardio em relação a o que já aconteceu mas, nós temos que recuperar o passado. Por favor, Gil, fique a vontade. Eu queria pedir a todos os presentes que a gente não perca a oportunidade histórica que aconteceu hoje nesta casa e que também foi materializada lá em São Paulo com a união dos Conselhos incluindo todos aqui presentes então eu acho que a gente precisa se despir de algumas posições ceder um pouquinho, mas, procurar o que nos uni não o que nos separa se a gente se reunir para procurar o que nos separa nós já começamos errado então eu acho que essa

comissão que nós vamos escolher aqui hoje deveria a exemplo de São Paulo tirar um texto conjunto pra informar a sociedade aos profissionais do que está acontecendo o Conselho Federal de Fisioterapia também já tirou esse documento, a Psicologia outros, nós precisamos ter um texto único, falar uma linguagem única com relação ao projeto não tem muito mais o que falar eu só queria lembrar a nossa querida presidente aqui da Biologia que os três últimos prêmios nobres de 2009 foram todos biólogos e nós vamos ter que aprender com os biólogos como fazer diagnóstico porque a Biologia Molecular está ensinando que doenças distintas tem uma mesma causa molecular então veja o grande problema desse projeto é dar aos médicos com exclusividade isso foi feito em Portugal o direito do diagnóstico e da prescrição terapêutica e o resultado disto é que Portugal importa os profissionais do Brasil nós precisamos comunicar com a sociedade de forma bem pontual até o presidente da Republica já manifestou contrário ao projeto ele disse... olha esse menino bonitinho mostrando nele né não teria vindo ao mundo se não tivesse a enfermeira então nós temos que ser pontual mostrando a campanha de vacinação que não vai poder ser feita vai ter que passar pelo clivo de uma consulta médica a prótese e órtese que os fisioterapeutas vem fazendo os terapeutas ocupacionais o excelente trabalho que os Biólogos a Biomedicina vem fazendo em vários exames para citar apenas alguns exemplos ontem um dos maiores jornalistas de São Paulo Abraão ficou e saiu uma noticia grande no jornal de São Paulo ficou indignado quando descobriu que para continuar procurando o atendimento com a sua psicóloga vai ter que antes ter uma prescrição médica então nós temos que ser bastante cirúrgico, pontuais e lembrar que o que nos uni aqui na verdade é exatamente a garantia da autonomia das profissões da saúde e o livre acesso da população ao seus serviços o resto a gente resolve depois meus queridos. Eu quero passar aqui ao deputado Lobbe Netto, o deputado Lobbe Netto quer fazer algumas considerações, por favor, deputado. Eu queria agradecer ao presidente da Assembléia agora nós estamos aqui como Biomédicos e participando da Assembléia, mas, como parlamentar também pensando um pouco no que o senador Valadares colocou eu estava saindo daqui ai eu resolvi voltar estou um pouco preocupado eu acredito que nós estamos aqui em vários Conselhos multiprofissional se a gente não tiver uma unidade no que encaminhar para o senador eu acho que isso vai dificultar nós vamos nos dividir e nós vamos nós perder então eu acredito que a gente tem três opções que foram alencadas por ele uma é a rejeição do projeto que o Abraão solicitou essa é uma opção só que pelo o discurso do senador eu entendi já que ele prefere avançar e aprovar alguma coisa e o outro é aprovar o texto que foi relatado pela Lucia Vânia aqui no senado e a casa toda aqui o senado a casa aprovou tem um certo até corporativismo dos senadores em aprovar alguma coisa que eles mesmos produziram, eles mesmos fizeram e eles mesmos votaram e a outra é aquela outra alternativa pegar o substitutivo que veio da câmara do Edinho Bez algumas coisas que aconteceram trazer e tentar fazer alguns destaques e aperfeiçoar eu acho que esse caminho é o mais difícil, a rejeição já tiramos fora seria o da câmara com algumas alterações só que pode colocar alguns destaques como nós colocamos lá na educação chega na próxima comissão tira outra vez ou a próxima votação e nós poderíamos perder tudo então eu queria que analisasse sobre esse prisma quem for participar dessa comissão se for o caso fazer um grande lobe todas as comissões e tentar fazer o que foi

aprovado no senado se é menos mal para todas as profissões que mantém aquele texto do senado e elimine o texto do substitutivo do Edinho Bez eu como membro até da câmara devia até estar tentando trabalhar no que foi votado na câmara mas, eu acho que se for prejudicial para todas as categorias é melhor a gente forçar o texto do senado eu acho que pode ser menos traumático as vezes pra gente, a gente sabe que já tem esse texto porque a partir do momento que você vai fazer isso ou aquilo então que tenha esse dialogo com o senador essa pequena comissão que vai ser organizada cinco representantes ser muito franco com ele e qual é a garantia que nós possamos aprovar o texto da câmara com essas alterações mínimas que todos concordam, todas as treze outras profissões então tem que ter assinado por todas as outras treze outras profissões a gente não pode em nenhum momento ter divergências internas e de todo esse grupo de todo esse pessoal, se eles sentirem qualquer divergência os médicos vem todos eles vão estar unidos e vão estar trabalhando eles tem um poder muito forte tem muitos senadores médicos também e assim por diante, então isso que eu gostaria de colocar, claro a decisão é de vocês mas, como técnico legislativo a gente não tem muita escolha então a gente precisa ver o que vai ser menos traumático menos pior pra gente e eu peço para o Abraão também para que insista novamente com o senador Valadares para que ele possa estar no Ibirapuera a gente pode estar fazendo uma grande homenagem lá para ele, ele fica muito sensibilizado, então se ele não for a gente entrega para o Tuma trazer para ele entendeu? Mas, eu acho que tem que fazer alguma coisa também sensibilizá-lo na parte emotiva, política e etc. Deputado, boa tarde, eu fiquei feliz com a fala do senador quando ele falou da possibilidade de apresentação de emendas, mas a informação que nós temos é que o regimento do senado não permite que seja feita nenhuma alteração no projeto do senado e nem da câmara a gente teria que optar porque se realmente puder fazer emenda seria excelente, seria o ideal, mas a informação que a gente tem é que o regimento não permite eu gostaria de me certificar disso se realmente é essa é a realidade é isso? O regimento permite que a gente faça alteração, se puder realmente fazer isso... destaque o da câmara não nos interessa....O substitutivo da câmara para ser alterado seria alguns destaques...seria excelente se pudesse fazer isso, qual a garantia de isso permanecer eu não sei...eu entendi que poderia permanecer o 268 com algumas sugestões do 7703 não é isso? Se puder é excelente, eu entendi não sei se é isso... dá licença um pouquinho, veja nós sabemos que tem regimento aonde pode e aonde não pode o fato é um só se houver acordo das lideranças nós podemos mudar naquele artigo que fala que não se aplica a odonto substituindo aquilo que não se aplica para as profissões da saúde por uma razão muito simples os médicos estão vindo aqui nessa casa dizer que não se trata de regulamentar outras profissões que não vai afetar, então não é mérito não faz parte do corpo do mérito do projeto nós discutimos essa questão extensivamente em São Paulo e decidimos a seguinte tática deputado que essa comissão que vai ta nos representando na hora do vamos ver , a hora que fecha as quatro portas não é isto? A cinco minutos antes de começar o jogo no plenário é nessa hora que a comissão tem que ter o nosso pedido e a autorização para que vocês negociem no nosso nome do ponto de vista da sociedade nesse momento nós temos que mostrar o que é ruim nos dois projetos porque os dois são terríveis na hora que for negociar ai tem que sentar e negociar então ter essa diretriz a diretriz é o que interessa o que

interessa acima de tudo é que fique lá constado que não afetaria nenhuma delas porque a outra solução é o que o Abraão apresentou aqui , então vamos engavetar os dois por mais 20, 30 anos e esperar que se mude alguma coisa né Abraão, mas, sempre tendo o perigo de que isso possa vim a baila então veja, nós precisamos ser bem pragmático, nós precisamos decidir não cair no jogo de que é técnica legislativa isso é conversa pra boi dormir nós sabemos o que existe eu não estou dizendo que não existe técnica legislativa eu estou dizendo que esse argumento que a técnica prevalece sobre a vontade política isso nunca aconteceu nessa casa . Eu queria só responder para o Gil quando diz técnica legislativa é o caminho mais pratico e fácil pra você tramita claro um grande acordo de lideranças você pode mudar e fazer praticamente alguns textos tem alguns também só que a gente precisa começar a pensar já que não tem mais acordo de liderança nisso o Demóstenes Torres não vai nunca lutar com a gente devemos colocar os democratas na dele, não adianta ele vai voltar com o quiser, já deu a sinalização disso se não a Lucia Vânia seria a relatora então a gente precisa pensar no acordo de liderança então precisa tomar ao menos cuidado, não é na ultima hora que vai negociar, não vai pra plenária, vai ser decidido a comissão, o que eu fiz ontem, só pra vocês entenderem, eu vou dizer o seguinte eu já havia pedido pra o senador Cristovão Buarque que ele incluísse na tramitação desse projeto a passagem pela comissão de educação e cultura como fizemos com o deputado Lobbe Netto sentei com ele aqui ontem nessa mesa acertei com ele isso, ele vai fazer o requerimento pra mesa pra passar também na comissão de educação e cultura com isso a gente tem um pouquinho mais de fôlego porque a gente já sentiu que esse trabalho que a gente está fazendo já fez com que a senadora Rosalba Ciarlini, que é presidente da comissão de assuntos sociais ela é médica pediatra tinha já uma conversa de que ela () pra ela a relatoria e parece que ela já declarou ela não vai relatar isso já mostra que o trabalho nosso vem surtindo efeito, como nós temos ainda duas pessoas aqui inscritas e eu tenho que sair impreterivelmente as 17h tenho que eu tenho que ir para o aeroporto eu vou pedir para o Roberto fazer a colocação enquanto o senador está aqui e eu vou atender as duas colocações aqui e vou formar a comissão pra gente poder . Então deputado eu queria fazer uma proposta de encaminhamento independente das treze profissões eu acho que é fundamental as treze profissões assinar esse documento, mas eu gostaria que a gente refletisse sobre a possibilidade do Conselho Nacional de Saúde assinar esse documento pro () assinar esse documento, do Fórum de Entidades Privadas do Ensino Superior assinar esse documento eu acho que o peso disso é muito maior mostra um consenso do ministério da saúde talvez se possível do Conselho Nacional da Saúde das Instituições do Ministério do Trabalho eu acho que essa pressão ela é fundamental até para tirar de nós o corporativismo porque não isso não é verdadeiro nós estamos preocupados aqui é com saúde da população então eu acho que de encaminhamento que assinasse esse documento não só as demais profissões, mas, sim todas as outras entidades da saúde e aqueles que nós podemos recorrer esse é meu encaminhamento. Eu só queria me colocar a disposição o Fórum dos Trabalhadores, Fendas, amanhã o Conselho Nacional através de conselheiros comissão presidida Francisco Batista Junior presidente do CNS vai estar também com o senador só pra constar aqui né que já estamos também com um canal aberto com a presidência da republica nós já estivemos né com um dos secretários do presidente Lula e eu acho que a

gente tem duas etapas, tem essa etapa aqui e não pode também deixar de pensar já na segunda etapa caso a gente não consiga aquilo que seja bem efetivo pra todo mundo então eu queria colocar o Fórum a disposição e me comprometo depois de comunicar como é que foi a reunião que vai se dar amanhã pelo Conselho Nacional de Saúde, o Conselho deve pautar o assunto para se posicionar oficialmente na ultima plenária nós solicitamos isso aí e eu acredito que nós vamos ter se Deus quiser sucesso no nosso (). Só quero lembrar que nós não somos fracos e que nós temos força e não estamos usando a força que a gente tem, brigada gente. Por favor, Elinho o ultimo inscrito, por favor, é Lucas de Sá eu sou Cientista Político e assessor parlamentar do CFF só para encaminhar quanto à composição da nossa comissão eu acho que nós tivemos dois pedidos dos dois parlamentares que estiveram aqui que faz muito sentido quanto a unidade do que a gente vai pedir pra unidade a gente precisa primeiro o questionamento da professora que foi muito lúcido sobre o que a gente pode fazer acreditar no acordo de lideranças que foi proposto pelo nosso colega é um caminho com certeza no qual eu por exemplo não acredito porque a gente viu no último mês do ano passado acontecer uma coisa e ser barrado pela assessoria pelos os concursados na verdade isso barra na secretaria não se trata de vontade política e eu acho que trabalhar nesse sentido ia acabar atrasando todo o nosso trabalho eu acho que a assessora jurídica do senador pode ajudar muito a gente nesse ponto porque o conhecimento que a gente tem é que existem duas formas de se votar isso ou em bloco rejeita-se ou aprova-se o substitutivo ou de forma fracionada um por um, item por item do substitutivo da câmara. Senhores eu vou fazer uma proposta pra gente resolver isso da mesma forma que eu organizei isso mais uma vez agradeço a confiança e a presença de vocês eu sei o esforço que vocês fizeram, mas, eu entendo que isso valeu a pena eu vou fazer uma proposta de convidar os treze presidentes dos Conselhos pra um próximo encontro nosso aqui eu vou conversar com o senador e com os colaboradores dele vê o que ele pensa em termos de prazo e relata e vou encaminhar pra vocês um convite pra estarmos juntos e estarmos ali com a cabeça mais fria já pensando nisso para a gente resolver, então essa comissão no meu entendimento deverá ter no mínimo os treze representantes de cada profissão regulamentada e mais as outras que ainda não são, mas, que já tem os seus Conselhos e o Fetas e o Conselho Nacional de saúde, eu queria mais uma vez agradecer vocês, obrigado pela confiança e vamos caminhar Gil, por favor, pode encerrar. Olha bem rapidinho veja, você não vai numa luta com pré condições o não nós já temos nós não podemos é voltar com o não pra casa, então veja eu acho que isso se resolve fácil se mobilizarmos obviamente que vamos sensibilizar não só as lideranças como o próprio presidente da republica se não mobilizarmos não levamos então que não façamos essa discussão que deixemos a cargo de vocês na hora da negociação nós vamos sempre negociar a maior dependendo da nossa força, mas nunca vamos levar não para casa.

Reunião: 49ª Reunião Extraordinária

Data: 29/09/2011

Horário de Início: 09:42

O SR. PRESIDENTE (Eunício Oliveira. Bloco/PMDB - CE) - Bom dia a todos. Havendo número regimental, declaro aberta a 49ª Reunião Extraordinária da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª Legislatura.

Antes de iniciarmos os nossos trabalhos, proponho a dispensa da leitura e a aprovação da Ata da reunião anterior.

Os Srs. e as Sr^{as} Senadoras que aprovam queiram permanecer como se encontram. (Pausa.)

Aprovada a Ata da reunião anterior.

A presente reunião destina-se a debater o Substitutivo da Câmara dos Deputados ao Projeto de Lei do Senado nº 268, de 2002, chamado Ato Médico, conforme os Requerimentos de nºs 6, 12 e 16, de 2011, desta CCJ, de iniciativa do Senador Randolfe Rodrigues, e de nº 76, de 2011, CCJ, de iniciativa do Senador Inácio Arruda. Eu vou permitir que todos os senhores sentem-se à bancada de Senadores, pedindo apenas que, quando os Senadores chegarem, cedam os lugares aos Senadores que estiverem chegando.

De iniciativa também do Senador Inácio Arruda.

Os convidados são: Sr. Roberto Luiz D-Ávila, Presidente do Conselho Federal de Medicina - CFM -, que convido para compor a Mesa. Convido o Sr. José Roberto Borges dos Santos, representante do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Coffito -, para compor a Mesa; o Sr. Ivan Rogério Freitas Scilessere - é isso mesmo? Porque eu não sei italiano -, Presidente do Sindicato Nacional dos Optometristas; o Sr. Cid Célio Jayme Carvalhaes, Presidente da Federação Nacional dos Médicos.

Eu consulto se se encontra presente, a Sr^a Cleire Mazuela, representante do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Cleide. Não. Aqui foi aprovado o convite da Sr^a Cleide Mazuela Canavezi. Não está? (Pausa.) Então, eu a convido para compor a Mesa.

(Pausa.) Não há substituição. A senhora pode abrir mão de participar ou não, mas não há substituição, porque esse convite de audiência pública é feito através de requerimento votado no plenário desta Comissão.

Sr. Walter da Silva Jorge João, representante do Conselho Federal de Farmácia.

O SR. WALTER DA SILVA JORGE JOÃO - Presente.

O SR. PRESIDENTE (Eunício Oliveira. Bloco/PMDB - CE) - Por favor, para compor a Mesa.

O SR. WALTER DA SILVA JORGE JOÃO - Onde eu sento à mesa?

O SR. PRESIDENTE (Eunício Oliveira. Bloco/PMDB - CE) - Tem, sim. Tem lugar, sim.

Sr. Humberto Verona, Presidente do Conselho Federal de Psicologia.

Sr. Florentino de Araújo Cardoso Filho, representante da Associação Médica Brasileira - AMB. (Pausa.) Está em trânsito. Quando chegar será convidado pelo Presidente que vai dar sequência a este trabalho, Senador José Pimentel.

Justificaram a ausência: a Sr^a Rosane Maria Nascimento da Silva, Presidente do Conselho Federal de Nutricionistas.

... Presidente do Conselho Federal de Nutricionistas e o Sr. José Lião de Almeida, Presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde.

Composta a Mesa, de acordo com o art. 94, §§ 2º e 3º, do Regimento Interno do Senado Federal, a Presidência adotará as seguintes normas: os convidados farão suas exposições e, em seguida, abriremos a fase de interpeção pelos Senadores na ordem de inscrição. Os interpelantes dispõem de três minutos, assegurado igual prazo para resposta aos interpelados, sendo-lhes vedado interpelar os membros da Comissão.

Tendo em vista que tenho um compromisso partidário ainda hoje no Estado do Tocantins e depois tenho que ir ao Estado do Ceará para uma palestra, inclusive o Senador Pimentel está convidado para amanhã cedo também participar dessa audiência pública na cidade de Iguatu, no interior do Estado do Ceará, eu solicito ao Senador José Pimentel, Vice-Presidente desta Comissão, para presidir os trabalhos, para que eu possa fazer esse deslocamento.

Peço desculpas aos senhores convidados e a todos que estão aqui no dia de hoje. Só pude vir aqui para abrir os trabalhos e, com isso, já me atraso já perco o horário;

companheiros estão me aguardando.

Passo a presidência ao Senador José Pimentel.

Muito obrigado e um bom-dia a todos.

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Quero dar um bom-dia a todos e a todas e dizer que a nossa Mesa está bastante concorrida e cheia. Portanto, deixaria à vontade os nossos Pares e os nossos convidados para, se quiserem, sentarem-se na primeira fila. Na hora da falação, a gente proporia um certo rodízio, para melhor desempenho do trabalho de todos.

Queria também registrar que hoje, a partir das 12h, nós temos uma sessão do Senado Federal para discutir proposta de emenda constitucional. Então o nosso tempo é exatamente até às 12h. Em face disso, nós vamos priorizar a Mesa e, em seguida, o nosso Relator, nosso Senador Antonio Carlos Valadares. Vamos propor que as exposições de cada convidado sejam feitas em dez minutos. Sei que o tempo não é tão suficiente, mas como diz respeito a um único tema e, de certa forma, cada expositor deverá aprofundar um determinado item do tema, nós vamos fazer esse acordo de dez minutos, para que possamos ouvir a todos, ouvir o Relator e desenvolvermos um bom trabalho.

O SR. ANTONIO CARLOS VALADARES (Bloco/PSB - SE) - Presidente, pela ordem.

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Senador Valadares.

O SR. ANTONIO CARLOS VALADARES (Bloco/PSB - SE) - Presidente, nós já tínhamos marcado um compromisso no Estado de Sergipe, o comparecimento a um Congresso Nacional de Farmacêuticos, e isso há mais de um mês. Foi quando, semana passada, o Presidente Eunício Oliveira marcou audiência pública, por coincidência, para o mesmo dia em que eu deveria estar presente no Estado de Sergipe. Então, tenho que pegar um avião ao meio-dia, inclusive vou fazer parte da Mesa do Congresso, fui convidado por antecipação, aceitei a marcação da data e, por coincidência, volto a dizer, ocorre esta audiência pública. Portanto tenho que sair daqui no máximo às 11h, 11h15 para pegar o avião. O avião sai exatamente meio-dia.

Vou passar para todos os convidados presentes uma série de indagações que...

Indagações que ficam por conta daquilo que seria obrigado a fazer depois da apresentação de cada um dos convidados. Então, depois, vou distribuir este questionário e ao longo do debate os convidados poderão se debruçar sobre essas perguntas.

Agradeço a V. Ex^a.

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Então, vamos pedir a nossa assessoria para distribuir os quesitos deixados pelo nobre relator.

Sr. Relator, o Senador Aécio Neves está propondo que seja também feito um aditivo à esta reunião de hoje para ouvir o Dr. Ricardo Bretas, Presidente em exercício do Conselho Brasileiro de Óptica e Optometria, CBOO.

Indago aos Srs. Senadores se há alguma objeção.

Não havendo nenhuma oposição, declaro aprovado o requerimento e convido o Dr. Ricardo Bretas, para tomar assento na primeira fila para que possamos, em seguida, dar continuidade.

Iniciando os nossos trabalhos, começamos pelo Dr. Roberto Luiz D-Ávila, Presidente do Conselho Federal de Medicina, que disporá de 10 minutos.

O SR. ROBERTO LUIZ D-ÁVILA - Muito bom dia a todos e todas presentes. Inicialmente, quero cumprimentar S. Ex^a, o Senador José Pimentel, Vice-Presidente da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania e Presidente desta reunião. Cumprimento também os presidentes dos conselhos de ordens de fiscalização profissional, de outras entidades que estão aqui presentes, o Senador Relator da matéria, Antonio Carlos Valadares, e também os demais Senadores presentes.

A minha fala é muito simples, muito rápida, penso até que os dez minutos serão até excessivos, porque esse é um projeto que tem uma história, desde 2002, e eu tenho a honra de ter participado, desde o início da sua tramitação nesta CCJ, quando era Relator o Senador Tião Viana. Todas as modificações, todas as tratativas que fizemos e o orgulho que tenho por esta mesma Casa, em 2005, por unanimidade, ter aprovado este projeto. O projeto seguiu para a Câmara e, claro, nós sabíamos que na outra Casa, até pelo maior número de Deputados, ele tramitou dentro de um tempo de, praticamente, três anos; todas as tratativas, todas as possibilidades de acordo foram feitas também. Surgiram algumas modificações e volta novamente para esta Casa para

ser novamente discutido.

Esse é o processo democrático. Não importa que tenha durado nove, quase dez anos, o processo democrático é assim. É tão democrático que, quando as outras profissões regulamentadas fizeram as suas leis, as fizeram sozinhas e ninguém participou; foram feitas sozinhas. A nossa lei, o nosso projeto de lei, porque somos a única profissão não regulamentada - e aí poderíamos dizer: ah, tem vários regulamentos, várias leis e decretos que citam o exercício profissional da medicina... Mas não há nenhuma lei específica, como todas as outras profissões têm, o que é privativo e o que não é privativo. Nós não temos isso, temos jurisprudência. O Supremo Tribunal Federal já se manifestou em várias sentenças, em várias decisões que o diagnóstico de doenças é privativo dos médicos. Todas as outras profissões, nos seus núcleos privativos, têm os seus; algumas não falam em diagnóstico, mas algumas falam até em diagnóstico específico, a Psicologia fala em diagnóstico psicológico. As outras nem citam diagnóstico.

É do senso comum em todas as pessoas, quando os seus pais adoecem, os seus filhos adoecem querer levar a um médico, procurar um médico para fazer o diagnóstico das suas doenças e que ele determine a instituição.

Portanto, esse projeto não inova, não cria, não inventa. Esse é um projeto que retrata a sociedade nos dias de hoje. O projeto não tira competência de nenhuma profissão. O projeto garante e respeita todas as leis das outras profissões.

Eu vou ser muito sincero. Quando vejo algumas

(...) Eu vou ser muito sincero, quando eu vejo algumas aleivosias lançadas contra a tramitação, eu fico me perguntando se é ingenuidade ou se é algo proposital. Porque foi um projeto discutido ao longo desses quase 10 anos, foi acordado. É que essa história de 2002 ela é longa, ela tem um passado. E, durante estes 10 anos, muitas profissões tiveram as mudanças do núcleo diretivo de suas corporações. E quem chega depois ou não conhece, ou até conquistou a eleição do seu grupo corporativo por ser contra ou por ser a favor, alguns foram criticados, outros foram aplaudidos, mas não muda, ele é o mesmo projeto que nasceu em 2002. Ele tem três pontos importantes. Primeiro, que o nosso trabalho é mútuo e mútua colaboração e nós compartilhamos prevenção de doenças, promoção da saúde, recuperação dos pacientes, reabilitação. Segundo ponto, que o núcleo, o que é privativo do médico, é o diagnóstico de doenças e o seu tratamento e, terceiro, que se respeitam todas as profissões; continua igual. E, aí, durante a tramitação, foram acrescentados por solicitação das próprias outras profissões, no acordo que se foi construindo, que levou à unanimidade nesta Casa e por ampla maioria na Câmara, com exceção de um ponto, embora a votação, lá na Câmara, tenha sido de 262 a noventa e poucos votos, foi por ampla maioria, diz que nós reconhecemos todas as legislações e as respeitamos e as respeitaremos. Não há desrespeito nenhum. Nada vai mudar. O que não é possível é aquele que tem um plano de saúde e tem condições de pagar uma consulta particular, que são raros neste País, mas que tem plano de saúde vá ao médico. E aquele que é atendido em uma unidade de saúde e, geralmente na atenção básica, porque na atenção secundária e terciária praticamente não há conflito, na atenção básica ele não seja atendido por médico. Trinta por cento das equipes da saúde da família neste País já funcionam sem médico, e as pessoas são atendidas pelos outros profissionais e causando um desequilíbrio, uma desigualdade, porque eu não defendo que seja só o médico, defendemos a equipe: cada um com a sua atribuição.

Portanto, quando esse projeto é atacado com palavras que dizem que esse projeto atenda contra o SUS, é contra a integralidade do SUS, manietta e ata as outras profissões, quem está sendo ofendido não são os médicos. Têm dois elementos, duas instituições que são ofendidas com isso, não são nem os médicos nem o Conselho Federal de Medicina; quem é ofendido é o Congresso Nacional, que discutiu, ao longo de nove anos, que trabalhou pelos acordos que foram garantidos e que não estão sendo respeitados. Quem é agredido é a sociedade brasileira, que vai ter uma assistência diferenciada.

Portanto - e já caminho para o encerramento -, o que nós queremos é tranquilidade para trabalhar. Queremos uma regulamentação e vamos continuar trabalhando firmemente para isso porque precisamos dessa regulamentação, a sociedade brasileira precisa dessa regulamentação e vamos continuar nesse caminho, não me importa quantas audiências públicas, não me preocupam as estratégias que estão sendo

tramadas e mais audiências públicas, isso é do processo democrático e, portanto, coloco-me à disposição. Toda audiência pública que houver, nós estaremos presentes. A nossa fala continua coerente como a primeira fala em 2002, e todo o processo de discussão. Então, nós não tememos. Nós estamos muito confiantes que a sociedade precisa disso agora. Queremos e vamos respeitar aquilo que foi colocado dentro desse projeto. Se não é o da Câmara, se é o do Senado, se volta, e se o Senado volta, isso não é competência minha, e penso que nem dos senhores, a competência é dos Senadores. Eles vão decidir se vão votar (...)

a competência é dos Senadores. Eles vão decidir se vão votar o projeto do Senado inicial, o projeto que veio da Câmara, os dois em conjunto, o que é melhor de cada um. Isso não depende mais dos médicos. Isso está nas mãos do Senado e nós confiamos na sabedoria e na experiência do Senado brasileiro.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Sr. Roberto Luiz D-Ávila, esta audiência pública foi aprovada por unanimidade da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania; iniciou por um requerimento de um Senador, legitimamente eleito, empossado e no exercício das suas prerrogativas constitucionais. Portanto, não se tratam de tramadas audiências públicas. Por isso, peço a V. Ex^a que retire esse termo, porque aqui é uma instituição do Estado Democrático e é nessas condições que estou presidindo esta reunião. Não aceito esses termos. O senhor é nosso convidado. É bem-vindo, mas respeite a Comissão de Constituição e Justiça.

Com a palavra o Sr. José Roberto Borges dos Santos, por 10 minutos.

O SR. JOSÉ ROBERTO BORGES DOS SANTOS - Bom dia a todos.

Exm^o Sr. Vice-Presidente da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, Senador José Pimentel, em nome do qual cumprimento os demais membros da Mesa, permita-me, Senador, já tinha anotado aqui, e fiz exatamente isso -estratégias tramadas-? Nós dialogamos. Interroguei -tramas?- Trama é uma coisa meio esdrúxula e não cabe aqui - permita-me e desculpe-me também o presidente do CFM (Conselho Federal de Medicina).

Já é passado o tempo em que os doentes eram tratados sem a habilitação de outros profissionais que não médicos, enfermeiros, farmacêuticos (pioneiros, brilhantes e maravilhosos pioneiros na área da saúde). Evoluímos, claro que sim, evoluímos sim. Surgiram tantas profissões, Srs. Senadores, Srs. Presentes, ao longo do século passado, e sem dúvida nenhuma, todas para o bem do homem, para o bem da humanidade, não era para o bem do fisioterapeuta, do psicólogo, do farmacêutico, é para o bem da humanidade. É isso que temos que ver aqui.

Estamos em constante evolução, conquistando mais e mais os conhecimentos científicos. Quem pode estar contra tudo isso? Por quê?

Decerto que o Senado brasileiro, não, não está contra. Tanto não está contra que está forçando, procurando, buscando o diálogo para procurar resolver o problema.

Hoje aqui estamos para uma discussão sobre o Projeto de Lei nº 268, de 2002, que dispõe sobre o exercício da Medicina, exercício, é bom que se diga, necessário, maravilhoso e que em hipótese alguma somos contra. Não existe um membro da área da saúde que seja contra o exercício da Medicina. Eu não consigo encontrar. Não encontrei até hoje. Nem estamos, evidentemente, contra os médicos. São nossos amigos, irmãos, nossos pais, alguns avós, tios, sobrinhos - tenho sobrinhos, sobrinhas, netos; também dos fisioterapeutas, dos psicólogos, das demais profissões de saúde; por vezes esposas e maridos também. Quantos são casados com médicos. Somos todos amigos. Eu, particularmente, Senador, trabalho em UTI, na minha cidade, Salvador, e somos amicíssimos da equipe médica; nos damos muito bem. Não há problema nenhum. Lá na ponta, onde... Eu não sei se os dirigentes sabem, mas é triste ver um médico com uma mochila nas costas, 24, 48, 72 horas, às vezes, sem dormir, trabalhando, um plantão atrás do outro. Um médico sabe do que estou falando. Não há clima de confronto ou briga por espaços do profissional. Não. Há sim uma preocupação muito grande com o futuro da saúde no Brasil.

A aprovação desse Projeto de Lei, Srs. Senadores, futuro da saúde no Brasil.

A aprovação deste projeto de lei, Srs. Senadores, inviabilizará, com toda a certeza, o bom e necessário atendimento à população, principalmente a mais carente e aquela que

está nos mais distantes locais.

Não entendemos que o médico exerce uma profissão que não está regulamentada. Não entendemos. Existe e está em pleno vigor uma lei federal da década de 50 que regulamenta a Medicina. E, de lá para cá, o CFM já editou algo próximo a duas mil resoluções e os CRMs já usaram infinitas vezes o poder de polícia para punir o exercício ilegal da profissão, buscando sempre o respaldo da Justiça. E sempre foram atendidos. Pergunto: onde está a desregulamentação?

Nunca neste País um médico deixou de exercer a sua profissão, de emitir um diagnóstico, de realizar um procedimento cirúrgico, de emitir um atestado médico ou mesmo um atestado de óbito por falta de regulamentação da sua profissão. Alguém duvida?

Podemos afirmar, portanto, que a Medicina está, sim, regulamentada e há uns 60 anos. Estamos preocupados, Srs. Senadores, com a possível aprovação do atual projeto de lei em qualquer uma das formas ou mesmo com a combinação de ambas.

E por quê?

Vamos aos fatos.

Ainda sem aprovação, já estamos sofrendo, e muito, com determinadas declarações de médicos que representam instituições da Medicina, comentários por vezes jocosos, desrespeitosos. Senão vejamos.

Entrevista concedida ao Jornal do Brasil em 1º de janeiro de 2010 pelo Sr. Roberto D-Ávila, médico e atual Presidente do CRM. Uma pérola. Diz lá o Sr. Roberto D-Ávila, médico:

Afirmo que a afirmação de que a regulamentação vai fazer com que os profissionais da saúde fiquem sob tutela dos médicos é intriga, principalmente dos fisioterapeutas que querem diagnosticar. Afirmo que os médicos têm abandonado o programa de saúde da família [falou a poucos instantes e disse 30%] e os gestores estão colocando enfermeiras [eu quero citar que são enfermeiros] e até técnicos de enfermagem para ocupar as vagas. [Queremos provas.] O que os fisioterapeutas querem? [Srs. Senadores, é a pergunta dele no Jornal do Brasil] Não querem que a pessoa vá ao médico. Querem que a pessoa vá neles, para que eles então determinem que tipo de fisioterapia fazer.

Me façam o favor. Quer dizer que é o médico que vai determinar o que o fisioterapeuta vai fazer? E o que fizemos na faculdade?

Isso não tem o menor sentido, declarou.

Afirma na entrevista que basicamente os fisioterapeutas é que estão contra o ato médico. Na crítica aos gestores do setor público, ele afirma em forma de denúncia que os médicos estão abandonando as equipes de saúde da família e que a população não sabe disso. E a população não sabe disso? Olhe que pérola!

Porque agora tanto as enfermeiras quanto os fisioterapeutas estão usando no seu jaleco a palavra doutor. Estão prescrevendo, o que é pior.

Doutor, eu não sabia, é prerrogativa única do médico? Eu não sabia. Fui buscar em dicionário e tem lá que é até uma licença que pode ser... Eu fui buscar mil definições e não é. Também não fazemos questão, não. Eu, por exemplo, não coloco no meu jaleco. Tem lá José Roberto Borges dos Santos, fisioterapeuta, com muito orgulho. É assim no meu jaleco. Não tenho vergonha. Eu tenho orgulho de mostrar a minha profissão.

Mais adianta afirma - outra pérola:

A fisioterapia evoluiu muito.

Então virou Medicina? Quer dizer que para evoluir neste País tem que ser Medicina? Fisioterapia não pode evoluir? O psicólogo não pode evoluir? O enfermeiro não pode evoluir?

Os Srs. Senadores não fazem ideia do que vamos sofrer com a aprovação desse projeto de lei. Ele não tem consenso. Não tem consenso! Não tem acordo. Não houve acordo. O que houve é que nos chamavam, conversavam e mudavam. Foi um acinte a aprovação dos 290 e poucos contra 90 e poucos votos.

A aprovação dos duzentos e noventa e poucos contra noventa e poucos votos. Eu sei o que eu passei e o que estamos passando.

Dr. Roberto D-Ávila, eu respondo se evoluiu muito. Evoluiu muito, sim, mas continua e continuará a Fisioterapia evoluindo com muito orgulho para todos nós. Vamos, sim, sem dúvida nenhuma.

Eu tenho tanta coisa para falar, mas eu tenho que respeitar, e o Regimento tem que ser rígido realmente, porque o tempo urge.

Eu quero, por favor, encerrar a minha fala, falando para os Srs. Senadores que nós temos o Fentas, que nós temos o Conselho Nacional de Saúde, que nós temos os próprios Senadores aqui que são contra e que dizem abertamente o porquê.

Conversamos, recentemente, com o Presidente do Senado, que disse para mim: -Não há consenso.- Se não há consenso, nós não vamos ainda levar para a votação.

Eu proponho que sejamos convidados, sim, para conversar.

Quero agradecer o brilhante trabalho do Senador Valadares. O senhor teve um trabalho e tanto, e eu sei disso.

E, para encerrar, Senador, agradecendo o convite, eu quero dizer aos senhores que ainda não tenho a necessidade de demandar dos colegas fonoaudiólogos - evidentemente, eu estou falando de depois da aprovação da lei -, após a determinação médica, com o carimbo e o CRM dele, devidamente assinada e com a prescrição para o fonoaudiólogo, que ensinem os profissionais da saúde a expressão: -Amém, Doutor!-. Vamos dizer sempre -Amém, Doutor?- Não já chega? Será que para evoluir na profissão nós vamos ter que, a cada evolução, procurar o Senado e procurar a Câmara? Por favor, vamos criar mais uma lei, porque evoluímos.

Quero agradecer - desculpe a invasão de poucos segundos - a todos e pedir a Deus que ilumine este Senado, para que possamos, sim, ter um consenso. Ai haverá consenso.

Muito obrigado! (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Eu vou pedir à assistência que evite a saudação, para que os trabalhos andem com mais rapidez. Ao término dos trabalhos, cada um se confraterniza e conduz da maneira que a cidadania nos ensinou a conduzir. Com a palavra a Sr^a Cleide Mazuela Canavezi, por dez minutos.

A SR^a CLEIDE MAZUELA CANAVEZI - Bom dia a todos e a todas.

Gostaria de cumprimentar o Senador José Pimentel, Vice-Presidente da Comissão de Constituição e Justiça, na pessoa de quem cumprimento todos os Parlamentares aqui presentes e as autoridades.

O Dr. José Roberto Borges fez as suas colocações brilhantes, as quais eu endosso, o Conselho Federal de Enfermagem endossa.

Eu gostaria de fazer uma reflexão também com os senhores com relação ao papel do enfermeiro na sociedade e gostaria de falar, ainda, que todo esse projeto de lei fere frontalmente, aliás, ele vai na contramão da história da saúde pública no Brasil. Quando a gente diz isso, a gente o faz com muita clareza. E eu gostaria de citar alguns feitos da Enfermagem, que, até o presente momento, levou o programa de saúde de vacinação praticamente sozinha. Nunca houve a necessidade de qualquer prescrição para que se atentasse ao Programa de Vacinação, ao Programa de Imunização.

Outro dado que é muito importante e do qual a gente não pode deixar de falar é o que, hoje, nós temos vivenciado com a possibilidade de a mulher fazer uma opção pelo seu parto natural, e isso só é possível através das casas de parto. E vocês sabem muito bem que nenhuma instituição assegura à mulher o parto normal.

... instituição assegura à mulher o parto normal. E as Casas de Parto têm feito um trabalho brilhante, e nós temos os índices para demonstrar isso.

Seguindo a mesma linha de raciocínio do Dr. José Roberto, quando vemos que o Dr. Roberto D-Ávila comenta a questão do parto, que ele só deve ser feito em instituição de saúde, ora, eu pergunto: e a Rede Cegonha que está por vir e os programas de saúde? Até a pouco tempo atrás, ainda estava se tentando resgatar a parteira tradicional, quer dizer, lá no fundão, a medicina de pobre para pobre pode ser feita por parteira tradicional, que é uma curiosa. Isso é interesse e é defendido inclusive na Rede Globo. Então nós gostaríamos de dizer que o pré-natal, sendo feito nos programas de saúde da família pelo enfermeiro em conjunto com os médicos, tem levado para essas Casas de Parto a possibilidade dessa mulher fazer a opção, e ela tem feito essa opção. Então não vemos como irresponsabilidade profissional. O enfermeiro é preparado, sim; o enfermeiro evoluiu, sim; o enfermeiro tem feito procedimentos invasivos, sim, porque

ele foi buscar seu conhecimento técnico e ele o executa.

Mas, em momento algum, nós consideramos que a presença do médico seja substituível. Muito pelo contrário; não acatamos e não aceitamos, em lugar nenhum, que o profissional de enfermagem seja um substituto de médico, porque ele não é substituto do médico. Ele faz o seu próprio diagnóstico de enfermagem, e o faz com muita propriedade, e executa alguns tratamentos simples com muita propriedade. Então nós estamos vivendo uma evolução no mundo, observamos isso transitando em vários países, o papel de outros profissionais, ficando o médico com a sua competência muito clara, muito definida. É isso que nós queremos. O que não queremos é que haja uma invasão daquilo que também nos é próprio desde a regulamentação da nossa lei. Gostaria de deixar também registrado que o programa Saúde da Família ainda hoje têm pouca cobertura, mas não por falta de recursos da enfermagem e, sim, de recursos médicos. Gostaríamos que isso tivesse sido cumprido. Temos o Serviço 192. O que seria do resgate, o que seria do Samu se não houvesse um enfermeiro nas ambulâncias? Nós temos uma cobertura muito pequena de médico nas urgências e emergências do Samu. Então gostaríamos que não estivéssemos sendo já execrados com tentativa de processos por exercício ilegal por atos que executamos há muito tempo. Eu não gostaria de me alongar mais, mas gostaria de dizer que consideramos que o diálogo realmente não aconteceu da forma que deveria acontecer. Nenhuma categoria profissional que está aqui desmerece ou não quer que haja uma regulamentação. Nós queremos que as regulamentações que já existem sejam garantidas. É isso que a gente deseja.

Essa é a minha palavra. Obrigada. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Com a palavra Valter da Silva Jorge João, por até dez minutos.

Por até dez minutos.

O SR. WALTER DA SILVA JORGE JOÃO - Senador José Pimentel, neste momento no exercício da Presidência da CCJ, quero trazer ao senhor os cumprimentos e o forte abraço dos 142 mil farmacêuticos de todo o País. Quero também em seu nome, estender os meus cumprimentos aos demais colegas de Mesa, aos Srs. Senadores aqui presentes e a todos os convidados que muito nos honram com o prestígio de suas presenças nesta audiência pública.

Sr. Presidente, eu não sei quem nesta audiência pode ser ingênuo. Penso que ser ingênuo é querer aceitar que laudo possa ser diagnóstico. Nós, farmacêuticos, não entendemos dessa maneira.

Inicialmente, Sr. Presidente, quero deixar bem claro que nós do Conselho Federal de Farmácia também somos favoráveis à regulamentação da profissão médica. O que nos causa profunda estranheza é a profissão médica ainda não ser reconhecida neste País. Portanto, quero dizer que, de qualquer maneira, somos sim favoráveis à regulamentação de qualquer profissão no Brasil. O que nós não podemos em hipótese alguma admitir é que sob algum pretexto se regulamentar a medicina, pretenda-se também retirar das diferentes profissões direitos adquiridos ao longo de décadas de atuação profissional.

Sr. Presidente, no caso de Farmácia e Bioquímica, não vamos permitir que nos seja retirado o direito de exercer a citopatologia ou citologia clínica. Esse exercício profissional, desenvolvido por todos os farmacêuticos brasileiros vêm desde 1931, com o advento do Decreto-Lei 20.377, e que reconhece como atividade a atribuição do farmacêutico bioquímico e que hoje se estende também aos biomédicos.

Portanto, Sr. Presidente, é certo que historicamente o farmacêutico bioquímico realiza, e realiza sim, em todos os níveis a citopatologia ou a citologia clínica. O exame citopatológico não pode estar no projeto como atividade privativa dos médicos. Eu diria para o Senhor, e quero que todos entendam, vou utilizar um termo técnico e não pejorativo: é uma verdadeira usurpação.

Ademais, Sr. Presidente, tal pretensão contraria frontalmente as portarias de nºs 162, de 1994, e 1.230, de 1999, ambas do Ministério da Saúde, que tratam da tabela de procedimentos do SIA/SUS e que reconhecem o farmacêutico bioquímico entre os profissionais habilitados ao exercício da citologia e da citopatologia.

Assim, Sr. Presidente, para não ficar apenas nesse aspecto, quero ressaltar aqui os reflexos que poderão advir, que poderão surgir com essa malfadada proposta.

Só para que V. Ex^a e os Srs. Senadores tenham uma idéia, os novos casos de câncer de colo uterino, só em 2009, foram de 16.800. Para se ter ainda uma idéia, a cada dia

ocorrem 22 óbitos por câncer de colo uterino no País.

Em abril de 2006, as mulheres brasileiras conseguiram, conquistaram, por meio da Lei 11.664, Presidência da República, o acesso às ações de saúde que asseguram a prevenção, a detecção e o seguimento do tratamento do câncer de colo e de mama no âmbito do SUS

(...) o tratamento e o segmento do câncer de colo e de mama no âmbito do SUS. Portanto, Sr Presidente, a aprovação do projeto em questão, no atual formato afastaria, indiscutivelmente, uma mão de obra qualificada de profissionais legalmente habilitados, inviabilizando o cumprimento da Lei nº 11.664, com sérios prejuízos para a saúde da mulher brasileira.

Sr. Presidente, se vigorar, se vingar essa pretensão do Conselho de Medicina, o prejuízo para a saúde da mulher brasileira será marcante. Só para o senhor ter uma ideia, quase 60% dos exames citopatológicos no Brasil são realizados por profissionais que não são médicos, entre os quais estão envolvidos farmacêuticos, bioquímicos e os biomédicos. Aí eu pergunto, Sr. Presidente: com todas essas campanhas editadas pelo Brasil como um todo, à semelhança do que aconteceu em 1998, quando o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, editou e lançou no Brasil a campanha de combate ao câncer de cérvico-uterino, cuja demanda foi enorme. Hoje, com o programa, à semelhança do que aconteceu em 1998, as mulheres brasileiras, com certeza, seriam fortemente prejudicadas, Sr. Presidente. E aí eu apelo para os Srs. Senadores fazerem reflexões sobre esses aspectos.

De tal forma, Presidente, que nós queremos, aqui, declarar que nesse sentido nós concordamos com o projeto de regulamentação da medicina - isso é indiscutível -, desde que no art. 4º inciso VII, que trata da emissão de laudos, sejam excetuados, Sr Presidente, das atividades privativas do médico, o seguinte: a realização dos exames citopatológicos e seus respectivos laudos, a coleta de material biológico para a realização de análises clínico laboratoriais e os procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular ou tecidual, Sr. Presidente.

Sr. Presidente, quero deixar bem claro que nós não estamos envolvidos nessa luta por questões de política, ou de campanha eleitoral, ou de caráter corporativista, Sr. Presidente. Eu pelo menos não estou aqui defendendo absolutamente nada que tenha esse alcance ou que estejamos aqui pretendendo fazer disso um embate, uma luta corporativista. O que nós estamos aqui defendendo é o direito da sociedade ter uma saúde integral, é o direito de a mulher brasileira ter como garantia as atenções que se voltem para a sua saúde, e jamais do ponto de vista corporativista. E se defender, Sr. Presidente, os interesses da sociedade for corporativista, nós, profissionais da saúde o somos sim. Obrigado, Sr. Presidente. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Como a palavra o Sr. Ivan Rogério Freitas Scilessere, pelo prazo de até 10 minutos.

O SR. IVAN ROGÉRIO FREITAS SCIESSERE - Ao saudar o Vice-Presidente da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania José Pimentel, eu saúdo os demais integrantes da Mesa e dou andamento a esse convite, e aqui represento o Sindicato Nacional dos Optometristas, o Instituto Brasileiro de Optometria, integrados também em um bloco contra essa questão da aprovação do PL do Ato Médico como está.

Bem, eu venho aqui hoje também, assim como os demais colegas profissionais da saúde, não dizer que nós somos contra a regulamentação da profissão da medicina, do médico, nós somos, sim, contrários à reserva ao retrocesso que o Ato Médico sugere. Em especial o absurdo inciso X do art. 4º, que revela a única especialidade médica que está explícita no projeto de lei, que é a oftalmologia.

Aprovar o projeto de lei como está significa que mais da metade da população seguirá sem acesso à saúde visual no Brasil.

A indicação de lentes estava reservada à oftalmologia desde 1932, por um antigo e desgastado decreto de 1932, e foi superada com a formatura das primeiras turmas de curso superior de optometria, à qual eu me incluo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), um dos organismos internacionais que reconhece a optometria, sugere inclusive a proporção de três optometristas para cada um oftalmologista, considerando que (...)

sugerem inclusive a proporção de três optometristas para cada um oftalmologista, considerando que 70% dos problemas visuais se resolvem com a simples indicação de lentes corretivas.

Pois bem, a oftalmologia brasileira não só ignora a optometria, na contramão do mundo, como também a persegue, também existe - eu posso atribuir - um chamado bullying hoje profissional que nós sentimos, nós sofremos. Inclusive não somente restrito aos profissionais optometristas; profissionais, médicos, que são solidários à nossa causa e outros profissionais da saúde também estão sofrendo esse achaque, essa perseguição, coação, sendo perseguidos literalmente.

Aproveito ainda esta audiência pública, Senador José Pimentel, para retomar algumas questões, inclusive em desacordo ao Presidente Roberto D-Ávila, presidente do CFM, sobre as questões de que foram democráticas as discussões. Não foram democráticas. O nosso pedido, a nossa argumentação ao substitutivo, da supressão desse inciso X, art. 4º, não foi sequer cogitado, não foi aceito. E não tivemos a oportunidade também de discutir, como aqui, agora, o próprio Sr. Walter sugere, o próprio colega também, o José Roberto sugere. Não fomos chamados. Estamos abertos à discussão.

Não somos contrários à regulamentação da Medicina, mas o PL, do jeito que está, é um retrocesso, e o Brasil hoje vive um clima de progresso. Não podemos ir na contramão. Aproveito ainda então esta audiência pública para falar do nosso PLS 234. Estivemos aqui 60 dias atrás e fomos duramente bombardeados, covardemente, eu diria. Tínhamos inclusive representantes da América Latina que, sob o meu ponto de vista, foi constrangedor, uma falta de respeito, uma falta de ética com esse profissional da saúde.

Alguns esclarecimentos dessa audiência pública são necessários, como, por exemplo, a própria etimologia do que sugere, em grego, optometria. Optometria significa medição da visão; Oftalmologia, estudo do olho. Portanto, uma mais voltada à saúde visual e a outra mais voltada à saúde ocular. Não se entendeu isso naquela audiência pública. Bem, o optometrista também não realiza, ao contrário da enfermagem, que a Drª Cleide colocou, não realizamos nenhuma técnica invasiva nem indicação de fármacos. Fazemos simplesmente a medição da visão, buscamos a reabilitação, o resgate através de exercícios, como, por exemplo, da fisioterapia, que tem esse apelo também complementar.

Outra questão levantada naquela audiência pública foi como o MEC reconhece o curso de optometria? Pois bem, a nossa profissão está prevista também por um decreto desde 32, só que estava tolhida de exercício porque não existiam cursos superiores, e hoje os cursos superiores, baseados no direito constitucional, nos garantem o exercício.

O STF inclusive, a mais alta corte do nosso País, Senador José Pimentel, também já reconheceu a validade do diploma para fins de exercício.

Se formos ver também, o Ministério do Trabalho reconhece, desde 2002, incluindo a optometria como uma das profissões reconhecidas. Pode não estar regulamentada, mas é reconhecida sim, inclusive pelo Ministério do Trabalho.

Agora pergunto: há pouco tempo, tivemos a regulamentação do taxista e do enólogo; era crime ser taxista até há pouco tempo? O enólogo era um bruxo, decerto? Era o alquimista? Duvido.

São pouco mais de cinquenta profissões regulamentadas.

Foi falado também naquela audiência pública sobre a venda casada. Ora, lentes de contato não são comercializadas em consultório, Presidente Roberto. A indicação de óticas para aviamento das suas receitas oftalmológicas não é um fato comum?

O conceito de Organização Mundial da Saúde é que é um completo estado de bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas ausência de doença, que é o que prega.

Consultar um oftalmologista não é sinônimo de imunidade, pois o risco de ficarmos cegos um dia é inerente a todos.

Lamento que o Senador um dia é inerente a todos.

Eu lamento que o Senador Cyro Miranda estivesse presente naquela audiência e fizesse a colocação de que a optometria não existe em lugar algum.

Muito equivocada. Ela existe nos cinco continentes, exercida em mais de 130 países, inclusive no Chile, que reconheceu a profissão agora, em novembro de 2010. Portanto a optometria também é reconhecida pela OMS, OIT, Unesco, inclusive ONU, onde a nossa Presidente inaugurou a abertura com o seu discurso há poucos dias.

Invoco a todos os Senadores e aos presentes aqui também para que façam a experiência de ir ao exterior, visitar óticas e reconhecer optometristas, que é uma profissão que existe e está no Brasil com formação há mais de dez anos. É verdade, não somos tão pretensiosos como a odontologia, de prevenção a complexos procedimentos cirúrgicos, mas de um País de desdentados, em poucas décadas, estamos passando para um País de cegos, onde mais da metade da população não tem acesso a um profissional da saúde visual.

O problema é que muitos oftalmologistas se reservam à questão da prescrição de lentes, da indicação de lentes e não fazem o diagnóstico e o procedimento cirúrgico necessários para a população. Por isso é que a maior causa de cegueira no Brasil é a catarata por falta de procedimentos e o uso de óculos por falta de acesso a receitas. Pois bem. Na Europa, a maior causa de cegueira das pessoas acima dos 50 anos nem sequer era diagnosticada antes de 2005 aqui no Brasil. São dez mil novos casos de degeneração macular relacionada à idade, e não há cura.

Então, Presidente, assim como ontem o Senador Randolfe fez uma colocação sobre a Copa, eu queria dizer que esse projeto de lei do ato médico é um acinte à legislação, porque nós, optometristas, temos direito constitucional garantido, já julgado no STF. Ao me despedir, sugiro a todos, se não leram ou não assistiram ao filme -Ensaio sobre a Cegueira-, do José Saramago, que foi Nobel da Paz, que o assistam e vejam o que é a realidade da impotência de um oftalmologista acometido pela cegueira.

A frase que deixo para todos é que tão importante quanto o direito de ir e vir é o direito de ver, porque não há maior prisão do que você em si mesmo.

Muito obrigado, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Eunício Oliveira. PMDB - CE) - Com a palavra o Sr. Humberto Verona, por até dez minutos.

O SR. HUMBERTO VERONA - Bom dia a todas e a todos.

Cumprimento o Senador José Pimentel e, em nome dele, a todos os Senadores.

Cumprimento todos os colegas presidentes e representantes dos conselhos profissionais.

Não vou repetir muitos argumentos dos colegas que me antecederam que já foram postos na mesa. O que eu gostaria de acrescentar é o que para nós parece ser o cerne da preocupação e do debate em cima desse projeto que nós chamamos Projeto do Ato Médico.

É que ele traz na sua essência o vírus que mata o que tem sido construído ao longo da história da saúde do Brasil: é a ação solidária compartilhada entre os profissionais da saúde.

Quando ele pesa a mão em cima da autoridade de um profissional e desrespeita a autoridade dos demais, com isso ele lança esse vírus que mata a ação solidária, a troca solidária que é tão necessária e a duras penas a população brasileira e os profissionais da saúde vêm construindo e conseguiram conquistar em 88, na Constituição: o Sistema Único de Saúde e esse conceito de saúde que hoje norteia a nossa ação de saúde no Brasil.

Então é preciso rever o projeto, é preciso que se sinta a Medicina com as profissões aqui nesta Casa para rever aqueles pontos do projeto, alguns citados especificamente, que atingiram essa autoridade de algumas profissões que aqui já foram citadas por alguns colegas. Mas ele, somando esse conjunto de

somando esse conjunto de invasões, pequenas invasões que vão sendo feitas na autoridade das profissões e vão construindo uma relação ruim entre os profissionais. Como já foi dito aqui anteriormente, eu trabalho no SUS há vinte anos; sou um profissional do Sistema Único de Saúde - outro colega aqui também falou da sua experiência. O cotidiano do nosso trabalho é um cotidiano em que, arduamente, temos construído entre nós, todos os profissionais, essa ação solidária, essa troca, essa busca de entender as questões que a população nos traz nos serviços, e os médicos participam disso conosco, de uma forma importante. E é muito difícil, nesse cotidiano, para todos nós, sustentarmos essa posição de abrimos mão, muitas vezes, da nossa vaidade e fazemos uma troca, efetivamente, em prol do cidadão, em prol daquele que nos procura.

Esse projeto, para nós, vem para ferir esse princípio, para trazer a discórdia entre os profissionais da saúde, para dizer que existe um profissional que é melhor do que os

outros. A própria população já sabe que não é assim, pela demanda que a população faz do conjunto, reconhecendo, hoje, que não é possível fazer saúde no País sem essa ação solidária das profissões, dos conhecimentos, dessa troca de conhecimentos formulados e construídos pelas diversas ciências e pelas diversas profissões que, hoje, interagem na saúde. Então, para nós, esse é o cerne do problema.

Não estamos aqui discutindo... Ninguém aqui defendeu que Medicina não pode ser regulamentada ou qualquer outra coisa. O problema central que nos faz vir a esta Casa, que nos faz estar permanentemente nessa luta, unidos nessa luta contra esse projeto que vem tramitando, é que ele ainda não tirou do seu conteúdo os pontos que fazem com que a solidariedade, a ação solidária, em prol do usuário, em prol do paciente, em prol daquele que é atendido seja garantida nas ações de saúde no Brasil. Ao contrário, esse projeto coloca uma profissão numa posição de desrespeito a essa relação solidária e a essa troca solidária no cotidiano dos serviços de saúde. Isso já foi dito aqui também por outros colegas que me antecederam.

A gente tem assistido, em nome dessa campanha que tem sido feito em prol desse projeto, à maneira como muitos profissionais médicos têm sido instigados a fazer esse ato de isolamento, esse ato de desautorização das outras profissões. Já foi dito aqui que, quando um usuário, um cidadão precisar de um profissional e tiver que passar pela autorização de um único profissional para que as ações possam acontecer, para que o cuidado em saúde possa acontecer, isso será o fim de tudo que nós construímos e que, arduamente, temos construído na história da saúde neste País.

Então, pedimos aos Senadores, pedimos aos colegas da Medicina que parem. Vamos rever, juntos, esse processo. Não está certo! Da forma como está - está claro aqui pela fala de todos nós -, não há consenso. É um projeto que compromete essa ação integrada, solidária, que vai fazer com que a saúde realmente seja da forma como defendemos no SUS e defendemos nos conceitos mais modernos de saúde hoje no mundo inteiro. Então, não é possível. É um projeto conservador, atrasado nesse sentido, porque ele traz de volta essa questão que nós estamos tentando superar a duras penas que é a de uma profissão acima das outras todas e com uma autoridade que desautoriza os outros profissionais e o próprio usuário.

Então, é nesse sentido que estamos chamando à continuidade do diálogo e do debate - somos pelo diálogo e pelo debate. Nenhum problema de termos outro projeto para a Medicina, mas que ele tire esses pontos que ferem essa ação solidária, essa possibilidade de troca no cotidiano do serviço, porque o reflexo, como também já foi dito, será lá no serviço, será diante do usuário, será diante das pessoas, dos cidadãos que vão receber os serviços de saúde, porque, quando essa inspiração de subordinação, de subalternização, de...

essa inspiração de subordinação, de subalternização, de desautorização às outras profissões de saúde estiver presente na realidade dos profissionais, quem vai sentir serão as pessoas, serão os cidadãos, os usuários que receberão o serviço de saúde.

Então, é um apelo que nós fazemos - o conjunto de profissões da saúde aqui presentes - à Medicina e ao Senado: que possamos sentar e rediscutir esse projeto, tirando dele esses pontos que promovem a discórdia entre as equipes multifuncionais que são, a duras penas - repito -, conquistadas pela saúde pública no Brasil; pela saúde, de modo geral, no Brasil, nos planos privados também, nos planos de saúde. Que essa lógica da preponderância, da palavra do médico, do diagnóstico médico possa avançar. Esta é a evolução de que nós precisamos, inclusive nos planos de saúde: o cuidado e não o procedimento de cada profissional; o cuidado ao cidadão; o cuidado em saúde; a possibilidade de que, nessa troca entre as profissões, possamos ter um cuidado com o cidadão, integral, um cuidado que respeite as necessidades todas do cidadão, que contemple todas as profissões da saúde presentes nos planos de saúde, presentes no SUS e onde acontece o exercício da saúde, a necessidade de saúde da população.

Então, esse é o apelo que fazemos. Agradecemos a oportunidade de, nesse espaço público e democrático, poder trazer a nossa opinião e estar discutindo, antes de que se possa conduzir qualquer tipo de aprovação a um projeto.

Vamos retomar esse diálogo e vamos tirar desse projeto esse vírus que pode matar a possibilidade de uma saúde pública de qualidade no País.

Obrigado. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Obrigado, Sr. Humberto Verona.

Vou pedir ao senhor também para retornar à primeira fila e convidar o Sr. Fiorentino de

Araújo Cardoso Filho, pelo prazo de até dez minutos.

O SR. FLORENTINO DE ARAÚJO CARDOSO FILHO - Muito bom dia a todos.

Eu queria saudar o Senador Pimentel, que tem dado muito orgulho ao meu Estado, o Ceará, com a sua atuação parlamentar, defendendo verdadeiramente os interesses coletivos; cumprimentar as demais pessoas da Mesa, a plateia e dizer-lhes que fico muito triste com algumas coisas que ouço aqui.

Penso que estamos do mesmo lado, nós todos profissionais de saúde. Nosso foco tem sido e será sempre o melhor para os nossos pacientes e, em momento algum, nós queremos cercear direito de quem quer que seja. O que nós desejamos é que tudo fique extremamente claro, que as pessoas possam fazer escolhas e que pobres e ricos tenham o mesmo direito. Nós não imaginamos profissional de saúde diferente no setor público ou no setor privado.

Eu faço uma especialidade que é cirurgia oncológica e trabalho com vários outros profissionais de saúde, e nós não temos nenhum problema de relacionamento. Nós nos respeitamos e focamos no que é melhor para os nossos pacientes. Nós não podemos dizer, por exemplo, que não se faz parto normal nas maternidades deste País. Neste momento, eu estou numa instituição federal em que o escopo da maternidade da nossa instituição é alto risco, e lá nós temos um alto percentual de partos normais, sim. O que nós não podemos é estar nos digladiando. Creio que nós devemos pensar no que é bom para a população.

Quem me conhece - aqui há alguns poucos que me conhecem -, sabe que costumo dizer isto - é extremamente verdadeiro, porque é o meu jeito de ser, sincero, olhos nos olhos -: -Eu quero o melhor para a população...

Eu quero o melhor para a população brasileira. Eu, pessoalmente, tenho muito mais do que eu imaginaria ter. Talvez Deus julgue até mais do que eu mereceria.

Então, eu conclamo todos a que nos desarmemos primeiro. Eu conclamo todos a que foquem não vocês mesmos, não seu grupo, mas foquem a população brasileira, que está desassistida em muitos lugares. E nós médicos, em muitas e talvez até na maioria das vezes, junto com outros profissionais de saúde, temos levantado bandeiras para defender a causa da população no que diz respeito à saúde. Fomos nós médicos que tentamos - e agora está bem no front - a regulamentação da Emenda nº 29, junto com outros profissionais certamente.

Eu não vejo inimigos na Fisioterapia, na Farmácia, na Odonto, em qualquer outra profissão. O que, neste momento, a classe médica brasileira busca é regulamentar a única profissão de saúde que não é regulamentada. O que nós queremos é levar a boa informação para a população. O que nós queremos é que, cada vez mais, a população brasileira seja bem educada, seja bem instruída e escolha qual é o melhor profissional para cuidar dela.

Nós não nos incomodamos, em absoluto, se as pessoas forem procurar a, b ou c.

Absolutamente! O que nós queremos é que a população brasileira, cada vez mais, saiba o que é melhor para ela quando depara com diferentes situações na área da saúde. Nós jamais, jamais, vamos brigar com a população se ela quiser escolher outro profissional para cuidar de determinado agravo da saúde. Absolutamente! O que nós fazemos, no cotidiano, é nos dedicar, de maneira ostensiva, de maneira diuturna, estudando, atualizando, reciclando e aprimorando para que possamos dar o melhor para os nossos pacientes, que são as pessoas mais importantes nesse cenário. Nada é mais importante, para um profissional de saúde, do que os seus pacientes. E o que nós queremos, verdadeiramente, é dar o melhor para os nossos pacientes.

Eu vou finalizar dizendo que, por ser um cirurgião oncológico, trabalhar com algumas áreas da saúde, reiteradamente tenho dito que respeito todos, mas tenho uma afeição enorme pelas auxiliares e técnicas de enfermagem. Sabem por quê? Porque é quem mais tempo passa com os nossos doentes. Às vezes, conhecem mais intimamente os nossos doentes do que nós mesmos.

Então, eu reitero a nossa posição de que nos desarmemos e que foquemos a população brasileira, o que é melhor para a saúde do nosso povo. E que Deus ilumine os Srs.

Senadores para que decidam o que é melhor para a população brasileira!

Muito obrigado. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Olha, com o mesmo carinho com que nós ouvimos os outros expositores, vamos tratar todos:

Ao término, não tenham dúvida, nós teremos um excelente Relator, que é o nosso

Senador Antonio Carlos Valadares, que está anotando tudo e vai ter um bom encaminhamento. E não tenham dúvida de que, para essa matéria, nós vamos ter o melhor resultado ao término de todo este debate.

Por isso, vamos ouvir todos, pois todos têm pontos a contribuir. Há uma série de itens que, até ontem, não estavam tão claros e, nas exposições, nos debates, vamos superando e queremos...

E nas exposições, nos debates vamos superando e queremos construir uma boa proposta.

Com a palavra o Sr. Cid Célio Jayme Carvalhaes. V. S^a dispõe de 10 minutos para a sua exposição.

O SR. CID CÉLIO JAYME CARVALHAES - Bom dia a todos. Eu queria cumprimentar, com todo o respeito e homenagem, o Presidente desta reunião, o Senador José Pimentel; estender os cumprimentos ao ilustre Relator, Senador Antonio Carlos Valadares, cumprimentar os integrantes da Mesa, Sr^{as} e Senhores.

É preciso que tenhamos claro algumas diretrizes que são essenciais no debate e na discussão de qualquer assunto de interesse nacional.

Em primeiro lugar, Sr. Presidente, Sr^{as} e Srs. Senadores, a Medicina propugna sempre pela composição de equipes multidisciplinares e poliprofissionais. Tanto é verdade que assim o faz desde os primórdios milenares da Medicina.

Outro aspecto importante: é preciso que se estabeleça a equidade. E quando se fala em equidade e justiça, evidentemente que não se pode entender como democrática a manifestação de que é um acinte uma Casa do povo, aprovando um projeto, caia efetivamente numa postura de tamanha agressividade. Isto, efetivamente, é antidemocrático e merece toda repressão possível que no berço da democracia, que é esta Casa, não se admite uma agressão desta natureza ao parlamento brasileiro.

Senador Antonio Carlos Valadares, vou me permitir responder algumas de seus questionamentos de trás para frente.

A sua décima questão, Senador, nos traz à reflexão o que esta Casa pode fazer para regulamentação da Medicina: tudo! Aqui é a essência da decisão democrática do povo brasileiro; aqui, representa efetivamente a sustentação federativa, e as Sr^{as} e Srs. Senadores têm a dimensão exata das necessidades do nosso povo, portanto, recebem o nosso respeito, o nosso carinho e, acima de tudo, a nossa confiança.

A sua décima primeira questão, Senador, V. Ex^a nos questiona sobre o que os planos de saúde podem fazer. Lamentavelmente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, neste momento, tem cometido algumas omissões. Eu já fiz um acordo com o Sr. Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de dizer que falo mal da agência e bem dele, porque é um homem educado e nos recebe com muita gentileza e atenção. Mas não redime a omissão que a agência tem na regulamentação do setor. E, efetivamente, talvez até por falta de consistência maior, de posições corporativas legítimas dos demais profissionais de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar não as contempla, entre outras coisas, ferindo uma propositura da Medicina, da construção de equipe multidisciplinares e poliprofissionais. E queria cumprimentar, em meu nome, a figura do Deputado Valadares Filho, que propôs, há cerca de quinze dias, na Câmara dos Deputados, uma audiência pública com o propósito de discutir direitos do consumidor sobre a situação e a fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

E quando V. Ex^a nos questiona na questão 10 se existe uma reserva de mercado, o que aconteceu aqui é a resposta. Não há comentário adicional para dizer que se briga, que se luta por reserva de mercado, a ponto de uma profissão não regulamentada, que é a dos optometristas, que tramita nesta Casa, um projeto de regulamentação específica que, entre outras coisas, não teve o devido respaldo numa audiência pública que ocorreu aqui há cerca de um mês ou um pouco mais, e que a essência democrática desta Casa, entre outras coisas, traz para o debate e é muito bem-vindo.

Mas vamos tentar encarar algumas incoerências que são colocadas.

Todo mundo vem aqui e diz que é a favor

(...) colocadas.

Todo mundo vem aqui e diz que é a favor da aprovação da regulamentação da atividade profissional e que todo mundo é igual. Não é. Isto é um grande equívoco. Se nós passarmos pela formação, a formação de um médico hoje implica cerca de oito mil horas na graduação e até cerca de 10 mil horas em determinadas especialidades.

Temos um profissional da medicina formado em até 11 anos para começar apenas e tão somente o início do começo do princípio da sua atividade profissional, e outras profissões que se jactam de grandes formações e dizem que têm apenas 2.800 horas de formação. Então, isto reside diferença. E é exatamente nessas diferenças que queremos ser tratados.

Entendemos que ninguém é melhor ou pior do que ninguém, que não se faz medicina sem médicos e que também não se faz medicina só com médicos. Esta integração ela é fundamental para a consistência da saúde pública brasileira. E entendemos como uma grande dicotomia, uma grande incoerência a pregação de que para a saúde pública a doença tem de ser tratada de uma forma, e para a saúde privada tem de ser tratada de outra forma. Isso é de uma miopia em saúde que é absolutamente insustentável na grandeza desta Casa. O que se tem, sim, é a saúde do ser humano garantida na sua plenitude independente da fonte pagadora. A fonte pagadora nada mais é do que uma mercantilização da saúde inconsistente pela segurança e a cidadania do povo brasileiro. E o que nós queremos, em termos de medicina, em termos de saúde pública ou privada, individual ou coletiva, é que se tenha a integração multidisciplinar, que começa dentro da medicina. Somos 53 especialidades e 54 áreas de atuação, o que mostra a diversidade do problema, a complexidade da ação, a complexidade das atuações e, acima de tudo, a definição de extensão de responsabilidades.

O que nós queremos é que os nossos pacientes públicos ou privados, individuais ou coletivos, dentro dos programas de saúde pública na prevenção ou no tratamento efetivamente tenham uma segurança necessária de serem atendidos por profissionais competentes. E, lamentavelmente, existem vários profissionais incompetentes em todas as áreas. E não precisam invocar os programas da rede Globo de televisão que trazem à mostra e à baila todas as incongruências que aí estão, e que o nosso povo é vítima de uma forma a mais violenta e a mais assacada possível.

Então, nós esperamos desta Casa, sim! Esperamos desta Casa que nos deem exatamente as regras básicas necessárias para que nós tenhamos a tranquilidade e a segurança de oferecer aos nossos pacientes aquilo que eles necessariamente precisam. E mais do que isso, Senador Pimentel, Senador Valadares, demais Senadores nesta Casa, Sr^{as} e Srs. Senadores, mais do que isso: está vindo para esta Casa a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. E aqui se deposita a confiança do povo brasileiro, deposita-se a confiança dos médicos e dos demais profissionais de saúde, pressuponho que se espere uma solução consistente, para que não só a retórica nos traga uma saúde eficiente e sustentável, mas que a matéria nos faça executá-la na plenitude das nossas necessidades.

Esta audiência pública, indiscutivelmente, traz à baila uma série de questões. Traz à baila, sim, contradições severas em que se pode resumir que é um conjunto de argumentos frágeis, insustentáveis e não repousa na mais tênue das provas. Os médicos querem isso ou querem aquilo, mas a maior prova que se tem é uma leitura fragmentada de uma entrevista que teria sido dada por alguém em algum dia. É uma prova que seguramente (...)

que teria sido dada por alguém em algum dia. É uma prova que seguramente trafega no terreno pegajoso e pantanoso da insustentabilidade.

E nós não podemos entender que a grandeza democrática desta Casa se valha em pântanos. Ao contrário, entendemos sim que a solidez desta Casa, que tem demonstrado decisões históricas e importantes, que tem demonstrado consistências nas suas decisões, mais uma vez traga à população brasileira aquilo que ela merece, uma saúde na exata dimensão das suas necessidades, exercida por profissionais competentes que saibam fazê-lo.

Muito obrigado. (Palmas.)

O SR. ANTONIO CARLOS VALADARES (Bloco/PSB - SE) - Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Tem a palavra o nosso Relator, Senador Antonio Carlos Valadares.

O SR. ANTONIO CARLOS VALADARES (Bloco/PSB - SE) - Sr. Presidente, conforme falei no início desta audiência pública, terei que me afastar, lamentavelmente, em virtude de compromisso assumido há mais de um mês antes da fixação desta data, quando estamos a realizar esta audiência pública.

Vou ter que me retirar porque o avião daqui a pouco sai para Sergipe.

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - V. Ex^a, como relator, tem a palavra a qualquer momento da reunião.

O SR. ANTONIO CARLOS VALADARES (Bloco/PSB - SE) - Vou me retirar - a minha assessoria vai ficar - mas vamos acompanhar o vídeo que o Senado grava todas as vezes que há uma audiência pública. Vou ouvir todos os depoimentos novamente e aqueles que por acaso depois de mim forem prestados, para tirar as minhas conclusões. Não somente os vídeos, mas também pessoas que aqui representam os diversos segmentos da saúde serão ouvidas. Que dizer, as lideranças serão ouvidas, assim como já fora muitas ouvidas. Estarei sempre aberto para o diálogo. Afinal de contas, buscamos um projeto que atenda aos interesses de todas as categorias.

O projeto, como veio da Câmara dos Deputados, é inaceitável. De pronto, já digo que não será o projeto da Câmara dos Deputados. Será um projeto onde nós buscaremos o que há de melhor entre aquele que foi aprovado no Senado e alguns dispositivos que podem ser aproveitados para o fortalecimento de todos os segmentos. Nós não iremos apresentar nenhum parecer, nenhum relatório enquanto não conseguirmos convencer a todos qual a melhor saída. A integração, a harmonia é o que nós buscamos, afinal de contas não queremos nenhum projeto que venha espalhar a cizânia entre segmentos da saúde que, divididos, os primeiros a serem prejudicados serão os cidadãos brasileiros e cidadãs brasileiras que não merecem de forma alguma que um projeto, uma proposição venha desuni-los.

Não sou médico; sou advogado, sou químico industrial, mas fui relator da primeira proposta aqui na Comissão de Justiça. Na época, realmente, não houve grandes divergências. Fui presidente da Comissão de Assuntos Sociais e a relatora do projeto na CAS foi a Senadora Lúcia Vânia, hoje presidente da Comissão de Infraestrutura. E eu disse a ela: Você passa aí um ano, dois anos, o tempo que for necessário; quando a senhora tiver uma proposta consensual, traga que eu coloco para votar. Então, quando ela achou que a proposta já estava condizente com aquele pensamento nosso, ela nos apresentou e colocamos em votação. Na época, realmente, não houve grandes divergências, mas quando a matéria passou na Câmara dos Deputados, houve certa radicalização, principalmente por parte dos médicos, ali representados nas comissões e também no plenário. Isso é que destoou do espírito de harmonia que nós buscamos aqui no Senado Federal, e esse espírito continua todo o espírito de harmonia que nós buscamos aqui no Senado Federal. E esse espírito continua atuante, continua afixado na minha memória, no meu pensamento, porque todas as profissões são importantes. Nenhuma pode sobrepujar outra e arvorar que é a melhor. Todas são boas para todos nós. Eu, como cidadão, preciso do médico, mas também preciso do enfermeiro, preciso do fisioterapeuta, preciso do psicólogo, preciso de todos como cidadão que tem o direito de ser atendido, de ser assistido em qualquer setor de saúde.

Então, o meu pensamento é este: vamos buscar o máximo possível - acho que 100% é impossível -, mas vamos buscar o máximo para que trilhemos o caminho da integração, da harmonia entre todos vocês que são importantes para os brasileiros e as brasileiras que acompanham esse processo de regulamentação da profissão de Medicina.

Obrigado, Presidente.

Obrigado a todos. (Pausa.)

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Senador Antonio Carlos Valadares, eu registro que, no Senado, nós teríamos muitos bons relatores, mas eu diria que nenhum com a tranquilidade, com a experiência e com a dedicação à matéria como V. Ex^a. Portanto, as nossas profissões da saúde, os vários setores fiquem tranquilos, porque o Senado encontrou, na pessoa do Senador Antonio Carlos Valadares, um conhecedor do tema, um Relator que tem muita paciência para ouvir as diferenças, para construir pontes, construir consensos e, ao término, obter um projeto do tamanho do Brasil, um País cuja economia tem crescido muito e que tem resgatado a cidadania, com ascensões sociais significativas. E nós precisamos continuar com essas boas políticas. Quanto melhor a qualidade de vida da nossa população, quanto mais ela se organiza nas suas instituições, mais exigente dos seus direitos ela fica. E a saúde é um dos temas a que todos nós mais nos dedicamos.

Portanto, é com esse olhar que a Comissão de Constituição e Justiça está trabalhando; é com essa visão que o nosso Relator está trabalhando. E queremos chegar a um bom termo para que possamos votar, no Senado, uma proposta que, efetivamente, espelhe

esse pensamento. Vamos trabalhar para haver consenso. Se não for possível, construir uma ampla maioria para que, no dia de amanhã, vocês cheguem aqui e digam: -O que foi feito avançou muito. Ainda há alguns pontos possíveis para continuar construindo, e vamos caminhar nesse sentido.-

Portanto, nosso Senador, eu sei da sua agenda - o senhor já havia nos pedido para começar até antes a reunião. Era para começar às 9 horas a seu pedido, embora tenha sido deliberado para as 10 horas, inicialmente, mas eu tive que passar no Banco Central para um diálogo e, por isso, cheguei às 9h30. Além disso, estava aqui o Embaixador de Cuba, o Ministro de Cuba, fazendo uma visita aos vários Partidos. O seu Partido estava representado pela Senadora Lídice da Mata, que ali representou o PSB. Por isso, nós começamos às nove horas e pouquinho. E o nosso titular, o nosso Presidente da CCJ, o Senador Eunício Oliveira, queria também passar por aqui antes de viajar para Tocantins. Portanto, faça uma boa viagem e bom trabalho! (Palmas.)

Com a palavra o Sr. Ricardo Bretas, pelo prazo de até dez minutos.

O SR. RICARDO BRETAS - Agradeço ao Senador José Pimentel a deferência e, ao cumprimentá-lo, cumprimento os componentes da Mesa e os colegas das outras profissões da área de saúde.

Difícil entender um debate em que o contraditório fica presente. Alguém vem aqui à mesa e diz que é necessário consenso, bom senso, tranquilidade, para que as pessoas que necessitam do atendimento na área de saúde sejam as pessoas que necessitam do atendimento na área de saúde sejam o alvo principal de todo esse projeto, quando o próprio projeto é contraditório, quando o próprio projeto cercela o direito de muita gente.

Acho até, meus colegas, que eles têm razão. São 305 mil médicos: 305 mil cardiologistas, 305 mil hepatologistas, 305 mil oftalmologistas, 305 mil neurologistas; enfim, são 305 mil de cada especialidade, porque o médico pode exercer qualquer uma delas. O que vai ser dos 3 milhões de outros profissionais da área de saúde? O que se nota é um jogo mais ou menos de cena para impor o que já vem acontecendo. Quantos dos meus pares aqui já não foram para a cadeia por exercício ilegal da profissão em que eu me formei, em que vocês se formaram? Quantos?

Onze mil horas de estudo, dentro da área específica, é importante para o médico.

Dentro da minha área, na formação específica minha, chegamos, com especializações, a 7,2 mil horas. Será que eu não aprendi nada na escola, ou vocês? Acho que não! Aqui foi dito que o diagnóstico pertence ao médico e, em contraditório, há a Lei nº 6.965, de 1981, Decreto nº 87.218, de 1982, que prevê o diagnóstico para o fonoaudiólogo, que é combatido, sistematicamente, pelo otorrino, porque o otorrino se acha no direito de exercer o diagnóstico do fonoaudiólogo.

Trabalhar com a essência não é trabalhar com o fato em si. A doença existe, mas, antes da doença, existe o bem-estar, que não é visível. Essa situação não é visível! Quando se trabalha a essência, promove-se a saúde e evita-se a patologia, evita-se a doença. Ou será que eu estou enganado? Possivelmente, eu devesse estar esclerosado, porque a gente retorna ao campo medieval. Ou, vamos um pouquinho além, um pouquinho antes, quando a medicina era exercida dentro de templos egípcios: existia a casa da vida e a casa da morte, e ali só podiam entrar os que eram ungidos pela graça.

Os tempos são outros. A evolução científica ocorre em todos os níveis e no mundo inteiro. O diagnóstico precoce é inerente a todas as profissões. O tratamento da patologia, se houver - esta, sim, pertence ao médico -, nós nem discutimos. Eu não vou dizer aqui que sou a favor da lei do Ato Médico, porque com o médico eu não tenho nada a ver, eu não sou médico! Eu quero a liberdade do exercício da profissão para a qual eu fui preparado - e aqui foi dito que ela nem regulamentada é, mas a lei de 1932, no seu art. 3º, diz que ela é!

O avaliador primário é aquele que consegue evitar que os hospitais, os sistemas de saúde, em todos os níveis, fiquem abarrotados de gente para ser atendida, quando um avaliador primário pode eliminar esse processo e dar ao médico o direito do exercício da profissão dele: invadir, cortar e medicar, que é o que ele faz!

Eu não me arvorar o direito do exercício de invadir, de cortar. Eu não posso nem usar droga diagnóstica para verificar fundo de olho! Enquanto que, nos ambulatórios, nos hospitais, quem faz isso - desculpem-me os enfermeiros - são pessoas despreparadas, nem o auxiliar de enfermagem! Quando se corre o risco de uma crise de glaucoma, está embutida ali...

Corre o risco de uma crise de glaucoma, está embutido ali, e essa pressão subir absurdamente porque o diagnóstico tem que ser feito por meio de um processo de paralisação de toda a musculatura acomodativa do olho? O que dizer da terapia ocupacional, por que ela vai existir? Qual o sentido de ter? Nenhum! Se o médico já está aí, preparado e a lei está dizendo que ele pode tudo e eu não posso nada, o que vamos discutir aqui? Nós vamos discutir o regresso à Idade Média em um processo tecnológico extremamente evoluído, em que você, eu e os profissionais não médicos não temos o direito ao exercício; a não ser sob a batuta de quem não aprendeu aquilo que eu aprendi; porque onze horas de ensino, dentro de uma universidade, com três especializações, não dão o direito ao conhecimento pleno; ele não é dono do saber total. Não é! E tampouco nós somos. Entretanto, o Dr. Florentino foi feliz ao dizer que quem necessita do trabalho é quem procura. Vou dar um dado estatístico para vocês e acho que ele não pode ser desmentido, dentro da minha área e eu acredito que na de vocês é a mesma coisa, porque estamos todos no mesmo barco. Aqui, o que a gente pede hoje aos Senadores, hoje, é que pelo menos eles observem isso com um pouquinho mais de cuidado, porque se não vão acabar com a saúde pública no Brasil, porque vai ser dado a um único indivíduo o direito de diagnosticar, medicar e remeter; e eu vou ser obrigado - porque a lei vai impor - a acatar a ordem, porque ela vem por meio de lei, de alguém que conhece minimamente aquilo para o qual eu me formei, para o qual vocês se formaram.

No Norte, no Nordeste do País, inclusive na terra do Dr. Florentino, existe um especialista em oftalmologia para cada 260 mil habitantes. Mas nós temos 305 mil oftalmologistas! Como falta lá?

Outro dia, em debate no Conselho de Saúde, quando nós colocamos essa situação que deveria ser aceita pelo SUS, porque o nosso trabalho é contribuir, alguém do Conselho Federal de Medicina, que não o doutor aqui presente, disse que o nosso trabalho é de segunda categoria. E assim dizem os profissionais dos Estados Unidos, da Alemanha, da Austrália, do Japão, da China, da Índia, da Colômbia, do Chile, de 183 países do mundo. Eu não quero direito ao exercício dele, até porque ele está garantido. No nosso país isso é cultural. Qualquer indivíduo que se intitule ou que vista um jaleco é chamado de doutor. E o Dr. José Roberto falou que é muito importante a identificação, pois que no meu jaleco também está escrito o meu nome, o que eu sou e a minha especialidade. Eu não me intitulo médico, eu não sou. Médico é ele, é bom que seja, é bom que ele exista.

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) (Fazendo soar a campainha.)

O SR. RICARDO BRETAS - Eu já vou concluir.

Então, parece-me que, pelas palavras do Senador Antonio Carlos Valadares isso não tem mais alteração, não é possível ter mais alteração, não sei a que consenso vamos chegar. Mas é importante que esta Casa saiba, porque ela dirige os destinos da Nação, e o que for aprovado aqui vai ser acatado como lei. Se este projeto de lei passar como está, ele vai trazer um retrocesso imenso a todo o processo de saúde. Volto a afirmar: a saúde não é prerrogativa de nenhuma profissão

(...) Volto a afirmar: a saúde não é prerrogativa de nenhuma profissão. Eu promovo saúde quando peço a minha filha para ser asseada, quando dou boa educação - mais um minuto, por favor -, quando eu coloco os meus filhos, não os seus, dentro de um projeto de vida dentro de um conceito ético e moral a que todos estamos apegados. Isso é promover saúde. A doença não me interessa. A doença pertence ao médico. Eu tenho de evitar que ela ocorra. Esse é o meu trabalho. Esse é o trabalho do profissional da área da saúde que não é médico: ajudar a evitar que a doença ocorra para auxiliar o médico quando essa doença ocorrer e ele saber aonde ele vai, porque não se pode negar o conhecimento das várias profissões. Foram para a escola fazer o quê? Brincar de cirandinha?

O SR. CID CÉLIO JAYME CARVALHAES - (Fora do microfone). Tem de concluir.

O SR. RICARDO T. BRETAS - Vou concluir agora, doutor, o senhor não precisa me lembrar.

O SR. CID CÉLIO JAYME CARVALHAES - Precisa, porque o senhor não obedece.

O SR. RICARDO T. BRETAS - O senhor me dá licença! Posso concluir?

O SR. PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Pela ordem.

Na Mesa tem presidência, tem quem conduza e tem Regimento. (Palmas). Portanto, o

senhor fique tranquilo. Estou concedendo-lhe mais um minuto para o senhor concluir.

O SR. RICARDO T. BRETAS - Muito obrigado. Eu já vou concluir.

Então, quando nós fazemos o nosso trabalho adequadamente, decentemente, nós vamos ajudar a melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem no Brasil, eu e todas as profissões da área de saúde, inclusive a médica. Ouvia Dr. Cid!

Muito obrigado. (Palmas.)

O SR PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Quero registrar que nós, aqui na Mesa, temos o estilo de ouvir, de ser tolerante para que as coisas fluam bem.

Exatamente por isso esta Casa, particularmente a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania tem se caracterizado com o estilo de apaziguar, de compor e de ajudar.

Quero registrar, nosso Senador Mozarildo, que o nosso Relator Antonio Carlos Valadares teve de sair um pouco antes em face de compromisso no Estado de Sergipe, e o objetivo nosso, quando aprovamos essa audiência pública por unanimidade, era ouvir os vários setores da saúde do Brasil e, sem seguida, subsidiar o nosso relator para que ele pudesse voltar para os Pares da CCJ com a sua posição. Então, é uma audiência pública muito mais de ouvir e não tomar decisão. É com esse objetivo que nós estamos conduzindo.

Com a palavra o Senador Mozarildo pelo tempo regimental.

O SR. MOZARILDO CAVALCANTI (PTB - RR) - Bom, eu, como disse V. Ex^a, como cheguei atrasado e não ouvi as explicações, vou procurar me inteirar, através da minha assessoria, de tudo o que foi dito aqui. Mas, venho acompanhando esse projeto desde o seu nascedouro. Acho que, realmente, esse projeto precisa ser aprovado de forma equilibrada como, aliás, é a obrigação de quem trabalha com saúde é dar a dose certa para o problema, então, eu entendo que a gente precisa, de fato, caminhar, porque só do projeto substitutivo da Câmara ele é de 2003, Senador. Então, estamos há mais de uma década trabalhando nesse projeto, que precisa realmente ser aprovado e, de uma vez por todas, trazer tranquilidade para todos os profissionais de saúde.

Não é possível, realmente, nós ficarmos em uma situação em que seja qual for o profissional - seja o médico, seja o enfermeiro, seja o psicólogo, seja qualquer um que trabalhe nessa área de saúde - fique nessa dúvida de que a lei vai prejudicar esse ou aquele setor.

Quero juntar-me àqueles que, de fato, querem produzir um projeto que seja sadio e bom para a nossa saúde pública.

O SR PRESIDENTE (José Pimentel. Bloco/PT - CE) - Quero registrar que o objetivo desta reunião, reafirmo, era exatamente ouvir as várias visões sobre esse projeto de lei, que já tem um acúmulo razoável, mas ainda falta uma série de complementos.

Nós, antes de iniciar a reunião, ainda ontem conversávamos com o Sr. Relator o Senador Antonio Carlos Valadares de que nós precisamos do tempo necessário, sem extrapolar tanto, para que ele possa produzir

Precisamos do tempo necessário, sem extrapolar tanto, para que ele possa produzir um bom relatório. E trabalhar muito nesta Comissão, para que a posição fosse unânime na Comissão. Isso não quer dizer que no Plenário do Senado teremos a mesma posição, mas o espírito dos pares, dos membros desta Comissão é assim trabalhar.

Portanto, o objetivo, quando nós definimos esta audiência pública, era exatamente ouvir as várias visões, registrar todas. Não desqualificamos nenhuma, todas elas têm a sua contribuição, têm a sua visão, e o papel nosso, aqui na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, a partir do parecer do nosso relator, é compor para que possamos chegar ao maior número possível de entendimento e possamos ter, nos próximos 100, 200 anos, uma saúde cada vez mais eficiente, qualificada, que nos permita ter uma vida de melhor qualidade e uma maior longevidade. Enquanto sei que aqueles que trabalham com a estatística da Previdência Social, quando se fala em longevidade, começam a fazer cálculo. É o papel do estatístico, a nossa função é exatamente aquela.

Por isso, nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião.

Muito obrigado.

O texto ainda não foi revisado.

APÊNDICE III

Pesquisa realizada com profissionais da saúde sobre o Projeto de Lei do Ato Médico. As perguntas foram enviadas por e-mail e a tabela mostra as respostas espontâneas

Questionário enviado via e-mail para os profissionais da saúde não médicos

Questão	Alternativas
Nome	
Idade	
Profissão	
1. Você acredita que está bem informado sobre o Projeto de lei do Ato Médico?	Sim Não
2. Como o Projeto de Lei do Ato Médico afeta a sua profissão?	(Resposta espontânea)
3. Qual é a principal alteração que você faria no projeto?	(Resposta espontânea)
4. Você participa de alguma associação de classe?	Sim Não
5. Já participou de algum evento público (reunião, audiência, seminários etc.) para debater o Projeto de Lei do Ato Médico? Caso não tenha participado, exponha os motivos.	Sim Não
6. Das alternativas abaixo, marque aquela que mais se aproxima daquilo que você pensa sobre a participação de sua classe profissional em debates públicos a respeito de projetos que afetam diretamente a sua profissão.	a) Eu sempre procuro manifestar minha opinião sobre assuntos que afetam a minha profissão. É importante que cada um se manifeste em debates públicos, para que os políticos possam decidir qual é a proposta de projeto de lei que contempla a todos; b) Eu não acredito que os políticos se importem com o que as pessoas pensam para tomar suas decisões; c) Eu não me importo que os dirigentes de associações ou conselhos dos quais faço parte se manifestem politicamente por mim e em prol de

	<p>minha profissão;</p> <p>d) Existem outros meios, como através da lei ou de meu próprio esforço, para melhorar a minha profissão. Portanto, não preciso me envolver em política.</p>
--	--

1	2	3	4 4B	5 5B	6		
S	Afeta na minha independência com o paciente, me faz sentir como se eu fosse um robô que me programam e faço o que estou programada a fazer, ou como uma auxiliar qualquer que me passam a tarefa e eu trato de executá-la conforme solicitado.	Apenas colocaria uma cláusula onde estaria decretado que o médico até tem o direito de solicitar o que deve ser feito com o paciente, porém, se nós fisioterapeutas achasse melhor uma outra conduta, nós não teríamos o dever de cumprir o solicitado, nós poderíamos então conversar com o médico para juntos fazermos o melhor para o paciente.	N		N	Ainda não tive oportunidade.	A
S	Retira a autonomia profissional e de mercado.	Não faria alteração no projeto, acho que o projeto não deveria existir.	N		S	As áreas da saúde devem desempenhar suas funções livremente. A População deve se emponderar de mais informações para que estas sejam co-reponsáveis pela sua saúde e não ficar na total dependência do profissional que só cuida de doenças.	A
S	Vai limitar o campo de atuação do fisioterapeuta.	Manutenção da autonomia profissional.	N		N	Tenho acompanhado pela internet e o Coffito.	A
S	O ato médico, tira a nossa autonomia enquanto profissionais de uma área tão importante que é a área da saúde, monopolizando para si o direito de "tratar" o indivíduo, como em uma competição. A classe médica deveria entender que é impossível uma classe profissional só estar apto e ser auto suficiente para auxiliar o indivíduo. O quadro do paciente é tão complexo em muitos casos, que é necessário uma equipe interdisciplinar para solucioná-lo, pois o vivemos impregnados de influências do meio em que vivemos.	Todas, reforçando o que foi dito acima; é só pegar como exemplo o nosso dia-a-dia. Vivemos em sociedade e precisamos um do outro o tempo todo para resolvermos os nossos problemas sejam eles quais forem, como em sua consciência um profissional acha que vai resolver o problema do mundo.	N		N		A
S	estudo muito e domino o q faço. Ato médico tira minha autonomia e eles muitas vezes nem tem idéia do q fazemos na profissão.		N		N	falta tempo para mais algum compromisso a gente se desgasta e esses poderosos fazem a lei sem sair do lugar.	B
S	Limita as atuações fisioterapêuticas, no diagnóstico cinesico-funcional, na acupuntura e no na prescrição de órteses. Além de dar a voz final ao médico em uma equipe multiprofissional.	Apenas colocaria o termo "médico". Como por exemplo: "diagnóstico médico", "equipe médica". Dessa maneira, os médicos podem se beneficiar na execução de suas funções, sem prejudicar as demais.	N		N		C
S	Tirando a autonomia do profissional fisioterapeuta, diante de situações que só cabe a ele como tratamento, conduta fisioterapêutica e autonomia em hospitais, como administrar ventilação mecânica.	Manteria cada profissional fisioterapeuta especialista, ditando seu tratamento e sua conduta.					
N	limitando-a profundamente.	na acupuntura, além da impossibilidade de se realizar diagnósticos e planos de tratamento.	N		N		A
S	O principal problema relacionado ao projeto é tornar o profissional da saúde dependente do médico, limitar a atividade dos profissionais não médicos	desvincular a nossa prestação de serviços aos pedidos médicos	N		S	Não, só discussões informais	B
S	Diminui a amplitude do atendimento que deve ser dirigido a o fisioterapeuta em diversas áreas em que já atua, mesmo por que hoje já existem dificuldades quanto a remuneração nessas áreas. Dificultando também todo o sistema de atendimento de saúde, onde a fisioterapia já atua em diversas áreas.	Não haveria a diferenciação de uma avaliação fisioterápica com a médica, e todas as responsabilidades dadas aos fisioterapeutas seriam cumpridas com seus direitos e deveres.	S	Associação Brasileira de Fisioterapia	S	Acho que a área da saúde precisa em um todo de melhoramentos propostas como essas só fazem atrasar um processo já deteriorado. De ampliação a população a um processo de saúde de maior qualidade, e uma melhora geral em todos os dispositivos da saúde pública e privada.	A
N	ira depreciar as profissões de saúde em nosso país e criar um soberania médica, afendo a dignidade profissional e o poder de escolha das pessoas.	classificaria os limites de atuação de cada profissão.	N		N		A
S	JÁ EXISTE A FALTA DE AUTONOMIA NA PROFISSAO COM O ATO SO PIORARA ESSA SITUAÇÃO	QUE OS MEDICOS RECONHECESSEM QUE CADA PROFISSAO TEM SUA CONDUTA E NÃO DEPENDE DELES PARA PLANEJAR UM TRATAMENTO APENAS SEU ENCAMINHAMENTO E RESPEITO	N		N		D
N	Acredito que muito negativamente influenciaria na minha atuação diária em função de constituirmos uma equipe multiprofissional dentro de unidade de terapia intensiva, tirando a liberdade de atuação bem como a autonomia do fisioterapeuta.		N		N		D
N	Limita a independência do profissional na indicação de um tratamento		N	Não ativamente	N		B
S	tecnicamente, em nada, pois na lei não cabe ação do médico determinar as condutas e ações fisioterapêuticas.	Daria maior respaldo profissional para os profissionais de outras áreas, restringindo apenas ao que realmente cabe ao médico. Como diagnósticos, tratamentos alternativos (sendo que a conduta cabe ao profissional multidisciplinar) entre outros.	N	Mas gostaria de participar.	N		D

S	Minha profissão é afetada das seguintes maneiras: - Perda da Autonomia para escolher o melhor tratamento para o meu paciente - Descaso em relação a minha profissão - Indiferença nos tratamentos traçados		N		N		C
S	Porque iremos perder a autonomia sobre varios campos de nossa profissão, tais como a acupuntura, a conduta realizada em atendimentos, a atuação na UTI entre outras.		N		N		A
S	Afeta em todas as especialidades, tirando a autonomia que o fisioterapeuta demorou tanto tempo para conquistar.	Acredito que o modelo atual deveria sofrer algumas alterações, mas sem tirar a responsabilidade dos profissionais como Fisio, fono, TO, enfermeiro, etc, todos temos competência para desenvolver nossas técnicas, não precisamos do aval do Médico para executá-las .	N		N		A
S	O ato médico pode prejudicar minha atuação no uso de técnicas e procedimentos como acupuntura e equipamentos como o estriado, por exemplo. Condutas que já são previstas no código de ética mas podem ser tiradas ou restringidas.	Principalmente que fosse esclarecido a autonomia que cada profissional tem na sua área de atuação, porque da forma em que esta o ato médico limita a atuação dos outros profissionais da saúde a orientação do médico o que não tem nenhum sentido já que a medicina foi fragmentada justamente porque um único profissional não é capaz de orientar o paciente em suas várias necessidades de uma forma satisfatória.	N		N	Não participei por falta de tempo de comparecer aos eventos.	A
S	ira acabar com a minha liberdade de realizar o tratamento adequado segundo minha técnica	deixar os demais profissionais da área da saúde continuarem a poder ter sua liberdade	S	Creffito	N		D
N			S	RENETO - Rede Nacioal de Ensino em Terapia Ocupacional ATOESP - Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo	N		A
N	Afeta, principalmente na questão da autonomia.		N		N		B
S	Minha interpretação do texto: com o ato médico, não poderei, como fisioterapeuta, atender uma pessoa sem a 'recomendação' ou 'receita' médica. Exemplo: uma pessoa que me procure para um atendimento de alívio de dor (como uma massagem ou alongamento num torcicolo), a pessoa tem que ter a 'receita médica'. Como acupunturista, o texto interfere na minha especialização, já que não posso colocar nada invasivo em pacientes (agulhas).	Alterações nas partes que atingem todos os profissionais da saúde que não são médicos.	N		N		B
N	Este projeto, fará com que a população não obtenha um acesso a um tratamento pleno pelos diversos profissionais de saúde.	Não possuo embasamento para tal.	N		N	Não tenho tempo para hábil para tal.	B
N	O projeto afeta diretamente, pois não terei livre arbítrio para praticar os diagnósticos fisioterapeúticos e conduzir o tratamento da forma que eu julgar ser certo.	Ao invés de colocar um projeto sobre o ato médico, seria de melhor ganho para a população se fosse colocado em pauta um projeto sobre a avaliação dos profissionais da área de saúde	S	CreffitoSP	N	Moro no interior e esse tipo de manifesto não chega até nós, somente via e-mail.	A
S	Sou funcion. pública e convivo já com a falta de qualidade e compromisso com a saúde.	Os médicos não têm condições nem o direito de querer direcionar qual será a melhor conduta de tratam. de fisioterapia.	N		N		D
N	O fisioterapeuta não terá mais autonomia para elaborar uma conduta adequada ao paciente, justamente porque o médico será o responsável em prescrever a conduta do mesmo, perdendo assim a capacidade de avaliação e elaboração de acordo.	Daria autonomia aos fisioterapeutas elaborarem a conduta mais apropriada diante de um diagnóstico do médico.	S	Associação Brasileira de Fisioterapia	N	Falta de oportunidade e conhecimento sobre esses eventos.	D
S	PARA OS CLIENTES INGRESSAREM NA CLINICA PRECISAM DA AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁ VEL DA EMPRESA, OU SEJA NAO TEMOS MUITA AUTONOMIA	MAIS AUTONOMIA PARA OS FISIOS	N		N	NAO TENHO TEMPO DISPONIVEL	C
S	Cria restrições À livre demanda, causando assim perda da autonomia profissional por depender de encaminhamentos médicos.	Alteraria a parte que restringe prescrição de condutas e encaminhamentos somente ao médico.	S	Creffito	N	O evento ao qual fui convidado ocorreu em São Paulo, e por isso não foi possível a presença.	A
S	Tirando a liberdade de atuação na profissão		N		N	Devido atendimentos de reabilitação	D
S	O projeto de lei afeta diretamente minha profissão, pois, ficaremos muito limitados se a caso ela for aprovada. Perderemos muito de nossa autonomia de trabalho conquistada.	Eu discutiria com todas as classes afetadas pelo projeto, pois, a resolução deste problema deve se dar pelo comum acordo das diversas partes e tentaria não invadir campos profissionais não cabíveis a minha profissão.	S	Creffito	N		A
N	Interferiria na autonomia de condutas de tratamento dos meus pacientes	Cancelamento do projeto	N		N		C

S	Ele tira a autonomia de um profissional formado, capacitado e capaz de avaliar, tratar e conduzir sua terapia, de fazê-lo. Existem diferenças entre discussão interdisciplinar e mera imposição médica. A classe médica não possui capacidade suficiente para propor diretrizes aos fisioterapeutas por que na realidade pouco entendem a complexidade da profissão e os olhares e respectivos focos de atuação por um motivo crucial, as mentalidades são diferentes, para o fisioterapeuta o paciente não é apenas um número, que vive ou não, ele é um ser humano, que precisa viver Bem... ou seja, ter qualidade de vida. Não basta salvar a vida, é preciso que esta seja digna! e isso é que traz mentalidades tão diferentes.	Bem, não concordo com a possibilidade de retirar dos profissionais a autonomia de atuarem conforme o que foram formados para fazer.	S	CrefitoSP	N		A
S	O projeto de lei limitaria as nossas áreas de atuação, tornaria os profissionais da saúde e os pacientes totalmente dependentes de uma autorização médica para procurar ou receber tratamentos. Além disso, limitaria as condutas terapêuticas, pois segundo o projeto de lei deveríamos seguir a conduta que o médico orientou. Entretanto, cabe a cada profissional, em sua área de conhecimento, traçar os objetivos e condutas terapêuticas para cada paciente.	Deixaria tudo como está, pois cada profissional conseguiu conquistar sua área de atuação.	N		S	Sou totalmente contra o projeto de lei. Infelizmente cada classe profissional da área da saúde isoladamente não tem a união que a classe médica têm, mas tenho certeza que a união de todos os "profissionais não médicos" conseguirá derrubar este projeto de lei. Outro fator negativo é que muitos políticos são médicos ou são "favorecidos" pela indústria farmacêutica, que infelizmente é a que lucra com a saúde neste país. Ao invés de perderem tempo tentando definir qual área pertence a qual profissional, deveriam estar discutindo e buscando melhorias para a saúde pública. Essa briga não deveria existir, deveria ter uma união de todos os profissionais da saúde e utilizar toda essa garra e força para melhorar as condições e investir na prevenção e cuidado com a saúde de todos.	A
S	O Ato médico é importante, porém a redação em algumas resoluções afetariam princípios da moralidade comum, ou seja, afetaria principalmente a autonomia, bem como a justiça, tiraria a possibilidade do paciente ter um atendimento mais justo ou acesso À saúde.	A reabilitação não é e nunca será privativo do médico. Eles usam também como forma de tratamento, mas isso não justifica ser exclusividade do médico. Osa profissionais da reabilitação têm a autonomia e o poder de decisão em relação ao seu paciente, ele é capaz de dar o diagnóstico dentro de seu contexto profissional, além de solicitar exames que são complementares para seu diagnóstico.	N		N		A
N	Imagino que tiraria autonomia de diagnóstico e planejamento de tratamento adequado.	Manteria a autonomia das classes.	S	Crefito	N		B
S	O Ato médico irá afetar diretamente na minha profissão, pois eu como fisioterapeuta, sou capaz de escolher os melhores e mais eficazes recursos que irei utilizar para tratar do meu paciente com qualquer disfunção FUNCIONAL, o diagnóstico médico é claro, como o próprio nome diz do médico. Ex: ele me manda um paciente com tendinite, esse diagnóstico é dele, eu irei fazer a minha avaliação e baseado na funcionalidade irei selecionar os melhores recursos, agora, é absurdo ele me mandar um paciente com tendinite e ainda me mandar, 10 sessão de ultra-som, exercícios, etc. Isso não é da competência dele, já chegaram vários pacientes com a cartinha do médico, onde o médico, descrevia o que eu teria que fazer, agora o pior, se eu tivesse feito o que ele prescrevia, coitado do paciente, não teria melhorado nunca, é dessa forma que os médicos querem oferecer uma melhor assistência À população.	Eu faria a alteração onde diz, que somente o médico é capaz de fazer indicações terapêuticas. Nesse caso, somente o médico é capaz de dar o diagnóstico de uma doença, mas indicar o que a fisio, a TO, ou a psicóloga vai fazer para melhorar o quadro desse paciente é absurdo. Todos nós profissionais estudamos e nos especializamos pra receber receitas de bolo de médicos, pra isso não precisaríamos de graduação, apenas de técnicos.	S	Somente no Crefito	N	Não, nunca tive a oportunidade de estar presente em algum desses eventos, mas se eu tiver, certamente irei.	A
N	não damos autoridade.	Dar autoridade aos fisioterapeutas para avaliarem e prescrever o tratamento.	N		N		B
S	Da pior maneira possível: me coibindo de realizar o que estudei por 4 anos, mais 2 de pós graduação mais 8 de experiência profissional e muitos cursos realizados.	Os médicos não podem centralizar todas as práticas de saúde em sua mãos, temos autonomia para trabalharmos livremente, sem prescrição deles em cima da minha profissão. médico prescreve é medicamento e exame.	N		N		A

S	O projeto de lei altera e destrói minha autonomia profissional desrespeitando todo o processo educacional que passei com o propósito de melhor atender meus pacientes através de conhecimentos que me são únicos dentro da área da saúde e, portanto, não podem na minha opinião ser delegados a qualquer outro profissional. Fui preparada para a tomada de decisão clínica na minha área pertinente e ela me cabe pois sou mais capacitada para tal.	Para mim o maior erro do projeto consiste na decisão por parte dos médicos quanto a necessidade, número de atendimentos e ainda mais quanto a quais condutas devem ser realizadas por outros profissionais da saúde. Isso não deve existir sendo um desrespeito com nossos esforços em nossas formações e ainda mais com os pacientes que serão avaliados por um profissional que não apresenta a competência e conhecimento necessário para decidir sua melhor abordagem. Isso deve ser alterado. Talvez falte humildade por parte dos médicos para trabalhar em equipe.	N		N		A
S	Limitando as atividades que desenvolvo hoje de maneira autônoma.	Acredito que respeitar o espaço de cada profissional da área da saúde seja a mudança principal do projeto de lei do ato médico.	S	Crefito	N		C
S	poder trabalhar apenas se um médico indicar a minha profissão	voto contra o projeto	S	Crefito	N		A
S	esse negocio do ato medico ta desde quando me formei, na verdade afetará se for aprovado o projeto, se bem que agente mora no Brasil né, lugar onde pode tudo, mas enfim espero que nao seja aprovado.	simplesmente votaria pra cancelar não mudaria nada, não tem como muda.	N		N		A
N	O Ato Médico retiraria por completo a autonomia que ainda não temos.	Desvincular a Fisioterapia da AMB e melhorar as CHs, resumir os códigos de procedimentos. Por exemplo: tendinite independente da região CH 30, pós-operatório independente da região CH 50, para procedimentos Fisioterapicos.	N	Porque, a classe é muito desunida e tem pessoas que só sabem passar a perna em seus colegas.	N	Melhorar a fiscalização sobre procedimentos dos profissionais da área. Outra coisa que nos ajudaria muito é a rapidez na autorização das guias de encaminhamento para Fisioterapia.Melhorar a fiscalização sobre procedimentos dos profissionais da área.	A
N	Como o Projeto de lei do Ato Médico afeta a sua profissão? Tornaria nossas ações e procedimentos profissionais (que são autônomos para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) reféns do controle da classe médica, uma verdadeira estupidez.	Estabeleceria limites de autonomia dos serviços e produtos oferecidos e desenvolvidos pelos fisioterapeutas.	N		N		A
N	Eu acredito que afeta TODAS as profissões da área da saúde retirando a autonomia dos profissionais e o direito dos pacientes em se dirigir ao profissional que ele necessita sem ser obrigado a ir médico pra "prescrever" outro profissional.		S	AFB	N	Rotina profissional não permitiu.	A
N	Este projeto desapropria os terapeutas de seus próprios recursos terapêuticos, por exemplo, quando um médico tem que carimbar e assinar uma receita de órtese ou cadeira de rodas do qual ele não sabe solicitar e nem mesmo confeccionar.	O terapeuta ocupacional deve ter a autonomia de solicitar seus recursos de trabalho como órtese, adaptações de cadeiras de rodas e outros.	S	Crefito	N		A
S	Retira a autonomia do Fisioterapeuta que é um profissional habilitado para exercer suas competências que é descrita e regulamentada pelo Crefito	Manteria a autonomia das profissões independentes da área da saúde e estimularia o trabalho multiprofissional	N		N		D
N	Não estou bem informada sobre o ato médico. Até onde sei, a ato médico fará com que os outros profissionais da saúde se tornem mais dependentes da ação do médico quanto a terapia aplicada e ao gerenciamento da clínica (já que seria necessário a presença do médico como responsável). Conversando com um professor da faculdade, este me apresentou o ponto de vista dele: em que não fará a menor diferença para os bons profissionais, pois estes conseguem argumentar e expor o seu ponto de	Espero que o projeto não torne mais burocrático e difícil o acesso a tratamento, seja para fisioterapia, terapeuta ocupacional, dentistas entre outros. Piorando ainda mais nas redes públicas. Mesmo porque, se hoje sem esta necessidade muitos pacientes são mau atendidos querendo ir ao médico, imagine aumentando a quantidade de pacientes sem necessidade de consulta, serão tratados pior?	N		N		D
N			S	Crefito	N		B
N	Parece que torna os Fisioterapeutas mais dependentes dos médicos e com menor autonomia profissional.	Se as informações que tenho forem corretas, eu discordo com o projeto, pois acredito que cada profissional deve ter autonomia. Mas não conheço o projeto bem o suficiente para dar uma opinião bem fundamentada.	S	CREFITO, ABRAFISM e APGDS.	N	Não tenho costume de participar em política.	C
S	Afeta no sentido de uma promoção negativa da profissão. Tenta colocar os outros profissionais em um padrão de assistência, Uma profissão como a medicina não precisa de um projeto deste nível. A relação entre os profissionais deve ser no sentido de uma equipe multidisciplinar.	Colocaria exatamente: A? atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente, isso faz parte do decreto lei da minha profissão.	N		N	muitas vezes foi pelo trabalho, outras pela família.	A
N	Sendo aprovado, perderemos muito campo de trabalho e a liberdade da profissão	Não conheço o projeto ao ponto de indicar alterações	S	Crefito	N		B
N	Não sei do que se trata	Não sei do que se trata	N	Não sei do que se trata	N	Não sei do que se trata	B
S	Acredito que se for aprovado, vai complicar bem a chegada do paciente, já que os médicos não indicam RPG, ou o tipo de atendimento que eu faço, e as pessoas						

S	ja existe uma certa prepotencia de alguns medicos em acharem que sao donos dos pacientes e portanto so eles sabem o que deve ser feito com os mesmos. sempre que algo nao da certo nao e a medicacao que ele prescreve e que nao promove sucesso e sim a terapia mal conduzida por exemplo da fisioterapia. se o ato medico for legalizado ai sim que eles nao respeitarao nossa profissao	nao acredito que esse projeto precisa existir. o que de fato ele tb beneficia o medico sem se tornar uma hierarquia sobre as outras profissoes. eles que deveria tb se interar e saber quais sao as competencias das outras profissoes, e respeita-las	N		N		A
N	nao vou poder fazer diagnostico e nem tratar pacientes sem que estes tenham passado no medico, nao vou poder fazer o tratamento de acordo com oque acho o certo , vou ter que conduzir o tratamento como o medico prescrever	nao sei opinar , mas acho que somos capazes de traçar tratamentos, pois ficamos com o paciente o tempo todo.	S	Crefito Coffito	N	acho que os nossos conselhos nao estao tao empenhados em resolver este problema, mas na minha cidade sempre dou minhas opinioes.	A
N	Impedindo que o Fisioterapeuta tenha autonomia para formular o diagnóstico e respectiva prescrição terapêutica. Proibição da intubação traqueal e coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como as mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal; Proibição da indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário. Proibição da determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico	Vetaria o projeto inteiro pois irá prejudicar não só o Fisioterapeuta como todos profissionais da área da SAÚDE	N		N		A
S	O Fisioterapeuta esta capacitado para desempenhar a sua profissão, o médico não está capacitado para exercer a função do Fisioterapeuta.	O medico não deve conduzir totalmente a conduta do Fisioterapeuta, ele podera orientar sobre cuidados e restrições do paciente.	S	não	N		A
S	Atrapalhando minha autonomia e me limitando como profissional.	Simplemente não colocaria o médico como responsável por prescrever tratamentos que ele desconhece.	S	Crefito	S	Sou totalmente contra, uma classe não pode interferir tanto na atuação de outras, cada um deve gerenciar sua especialidade.	A
N	Dificultando o trabalho dos Terapeutas Ocupacionais, pois somos adaptados e preparados para tratar dos paciente que procura um TO, por termos que ser obrigados atende somente com encaminhamento medico, e muitos Medicos não entende ou fazem de desorientados sobre como o terapeuta pode tratar do individuo, com isso dificulta nos profissionais de trabalhar e ter um emprego.	que não prec isa de ordem medica para nos podermos atender, pois existe convenio, que exige encaminhamento medico para ter validade nos atendimentos, e são somente poucas sessoes de terapia.	N	Pois aqui no meu municipio não existe nenhum associaçao que eu conheça enem temos suporte pela nossa area.	N		A
S	Diretamente. Pois tira a autonomia que o fisioterapeuta tem diante um paciente e suas condutas.	Que todo e qualquer individuo procure o profissinal que resolva seu problema, sem que precise ir a um consultório médico antes.	N		N		A
S	Se Aprovado, Perderíamos a nossa Liberdade Profissional tendo que seguir a risca somente o que o Médico Prescrever.	Anularia o Projeto (Não Aprovaria).	N		N		B
N	Como não sei exatamente do que se trata consequentemente não sei o que afetaria		S		N		B
N	Apesar de me preocupar com a proposta, não me considero, como disse, conhecedora do projeto de lei na íntegra, mas acredito que irá implicar num retrocesso do processo de saúde-doença, principalmente por limitar a autonomia do profissional em definir sua conduta, sendo este considerado apto, após estudar por anos.		N		N	Nunca soube de nenhuma reunião perto da minha residência.	B
S	ATRAPALHANDO PRINCIPALMENTE NA LIBERAÇÃO DOS CONVENIOS PARA REEMBOLSO E AENDIMENTO ENQUANTO ACUPUNTURISTA	LIBERAÇÃO DAS ATIVIDADES JÁ EXERCIDAS PELOS PROFISSIONAIS	N		N	NUNCA FUI INFORMADA A TEMPO	C
S	Afeta diretamente, pois não trabalho vinculada a médico, com isso perderia minha indúpendencia e consequentemente o fechamento do meu estabelecimento.	Acredito na importância da fiscalização das profissões. Acho que todas as profissões, inclusive a classe médica, deveriam ter uma prova semelhante ao da OAB para o profissional se mostrar habilitado para exercer sua profissão com independência.	N		N	Não participei pois este últimos dois anos foram seguidos de gravidez e pós parto, mas neste momento, se tivesse outra oportunidade participaria.	A
S	São tantas injúrias que não dá vontade nem de descrevê-las.	Não cabe a mim realizar alterações. Quem deveria realizar, não o faz. E mesmo que nã, profissionais da saúde, tentemos, não seremos ouvidos.	N		N		B
N	Acaba com nossa autonomia.		N		N		B
N	Afeta diretamente, pois acredito que os médicos não tem os conhecimentos específicos inerentes a prática de terapia ocupacional para poderem delegarem o tratamento necessário a cada caso.	Eu não aprovaria de forma alguma esse projeto.	N		N		A
N	Em tudo. Ele que vai ter falar o que deve fazer ou não, quantos atendimentos irei fazer, mas isso não é correto		N		N		A

N	Atingindo a tomada de decisão sobre as condutas a serem realizadas e nos obriga a ter um médico em clínicas de fisioterapeutas que são capacitados para tomar suas decisões no que concerne ao paciente, haja vista ter sido amplamente preparado para isso em sua graduação.		S	Crefito	S	Cada um faz o seu trabalho. O fisioterapeuta é um profissional liberal que não precisa de um superior para exercer sua profissão. Pode-se sim trabalhar em equipe multidisciplinar em que todos respeitam os seus espaços.	A
S	Falando em fisioterapia, esse projeto extingue a capacidade do fisioterapeuta em realizar diagnóstico, prescrição e alta dos pacientes que procuram ou estão em tratamento e ainda, condicionam a própria necessidade ou vontade do paciente a uma avaliação médica que na grande maioria dos casos é superficial e equivocada em se tratando de diagnóstico fisioterapêutico. O médico está para medicina como o fisioterapeuta para a fisioterapia, o fonoaudiólogo para fonoaudiologia... cada um na sua área. Os médicos podem indicar mas não tem conhecimento adequado para controlar todas as fases de um processo de reabilitação física. Só DEUS pode controlar tudo, o resto precisa ser fracionado para que se mantenha qualidade, a menos que exista um médico que também tenha feito faculdade de fono, fisio, nutrição... aí sim ele terá conhecimento suficiente para intervir em todos os setores.	Eu simplesmente engavetaria esse projeto, e me preocuparia em garantir qualidade de ensino superior para todas as áreas da saúde, assim garantimos a capacidade de discernimento de cada setor e podemos ter a confiança mútua em todos os profissionais que atuam diretamente com os pacientes. O que vejo é uma faculdade em cada esquina, com professores pouco qualificados e profissionais mal formados.	N	Tenho apenas inscrição regular no CREFITO, até porque as próprias associações da classe se preocupam muito com política e pouco com a garantia do ensino e dos atendimentos realizados. Em 11 anos nunca tive uma visita no sentido de avaliar mesmo as condições de atendimento que ofereço aos meus pacientes. É um trabalho de formiguinha, mas se faz necessário.	N		A
S	Na pretensa regulamentação do exercício da Medicina haveria uma centralização dos processos de saúde pública em torno dos profissionais médicos. Cabendo aos médicos o direito de realizar o diagnóstico das doenças (nosológico) e a prescrição terapêutica (tipo de tratamento), não haveria a possibilidade do fisioterapeuta fazer o diagnóstico e as respectivas prescrições terapêuticas para quadros disfuncionais, cabendo somente aos fisiatras tal atribuição.	A inserção dos Incisos VII, VIII e IX do Parágrafo 5º do Artigo 4º do substitutivo ao PL nº 7.703/2006 oriundo da Câmara dos Deputados e a supressão dos incisos I, V, VI, VIII, IX, XI, XIV do Artigo 4º; e dos incisos I e II do parágrafo 4º do Artigo 4º do PL nº 268 do Senado.	N		S	Virada da Saúde. Sou contra o fato da exclusividade da classe médica de exercer atos privativos de 3 milhões de profissionais da saúde (biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, profissionais da educação física, psicólogos, técnicos em radiologia e terapeutas ocupacionais).	A
S	Perda de liberdade para avaliação aos pacientes que necessitam de fisioterapia. Imagina se um paciente vai primeiro ao médico e este "manda" o fisio colocar somente gelo, vocês acham que o paciente vai ao fisio ou não? O médico não conhece todas as áreas envolvidas numa reabilitação de um paciente.	Excluir totalmente o Ato Médico, em razão disso ser cooperativismo, não há intenção de se melhorar nada, somente os ganhos desses caras que se dizem médicos.	N		N		B
N	Não deixar com que o fisio tenha livre arbítrio de fazer as condutas e solicitar exames		S	Crefito	N		B
N	Na autonomia do profissional em prescrever tratamentos de acordo com a avaliação realizada pelo profissional. Desta forma só poderei realizar atividades prescritas pelo médico e não aquelas em que identifiquei como aspectos importantes para o tratamento.	Não sei descrever pois não tenho total conhecimento sobre este projeto.	N		N		C
S	Em vários Aspectos, como a liberdade de escolha de terapia, o poder de decisão para a escolha de uma terapia correta para um determinado paciente, com esse projeto nós Fisioterapeutas viraríamos TÉCNICOS em fisioterapia, pois quem decidiria pela opção de tratamento seria o médico e não o fisioterapeuta, já que nós estudamos 4 anos e temos fundamentos práticos e teóricos para eleger uma terapia adequada.	Não deixaria esse projeto existir, pois além de tirar a liberdade de nós profissionais, pois todos os médicos não tem capacidade de realizar uma terapia fisioterapêutica para um paciente.	N		N		B
N	Perderemos nossa autonomia, vamos ter que seguir o que ele prescrever, então para que gastar nosso dinheiro e tempo fazendo faculdade, especializações, cursos, mestrados....	Cada qual profissional ter sua autonomia de atuar e dar valores de suas sessões	S	não	N		D
N	Acredito que iria prejudicar muito, seria como se o medico fosse arbitrar o que cada profissional da saúde pode ou não fazer.	Não sei exatamente como e o projeto para poder mudar alguma coisa	S	Crefito 3	N		B
N			N		N		C
N	Totalmente, pois em muitas situações de atuação prática ele tira a liberdade de análise, parecer e atuação profissional do Fisioterapeuta, transformando o Fisioterapeuta em um mero executor (fantoche) do médico.	Preservaria a autonomia profissional do Fisioterapeuta, sem nenhum tipo de vínculo ou ligação com ordens ou pareceres médicos.	S	apenas do Crefito/3	S	Uma vez durante o período da faculdade, mas foi apenas uma palestra informativa e não formativa	B
S	O projeto de lei do Ato Médico impede que todos os profissionais da área da saúde exerçam suas respectivas funções, pois, caso aprovado só poderemos tratar os pacientes seguindo a conduta médica e não através do tratamento proposto por nós fisioterapeutas.	Cada profissional deve ser responsável pelo diagnóstico e tratamento de seu paciente, independente se você é médico ou não, pois, fizemos faculdade e estudamos para isso. Não tendo que realizar o ato proposto por outro profissional que não tem base científica para tal função.	N		N		A

N	Em nada. Com o ato médico ou sem o ato médico, continua tudo muito ruim para minha profissão.	Nenhuma, desde que todas as condutas prescritas pelos médicos fossem muito bem feitas e bons resultados fossem cobrados de todos os profissionais.	N		N		B
S	tirando minha autonomia, e subordinando a Fisioterapia a outra Profissão. "Medicina"	" estas resoluções não se aplica a odontologia" ficaria assim(estas resoluções não se aplica a nenhuma profissão de saúde regulamentada em todo território nacional)	S	Assobrafir	S	sou contrário, pois seria um retrocesso as profissões de saúde e a sociedade brasileira é que pagaria o preço, este projeto parece com monopólio comparado com o mercado corporativo. outro ponto é que se consumiria muito recurso para financiar a industria do medicamento e do exame, que é basicamente a consulta do médico.	A
N	Em tudo...não tenho autonomia para executar meus trabalhos diante dos planos de saúde.	Maior autonomia dos profissionais da área da saúde.	N		N		B
N	Impede totalmente nossa autonomia para decidir sobre a conduta. O médico não estudou para saber qual é a melhor conduta fisioterapêutica.	Permitiria que o fisioterapeuta tivesse sua autonomia.	N		N		A
N	Na autonomia de minha profissão	Respeito aos profissionais da saúde	N		N	Falta de oportunidade e descrença na capacidade e interesse dos fisioterapeutas em alterar sua condição social, política e econômica. Não depende dos políticos, mas do crescimento, união e maturidade dos fisioterapeutas	A
S	Incapacitando de realizar o tratamento correto ao meu paciente.	Simple, médico cuida da parte médica e nós da patologia, sem descrever o que devemos fazer com o paciente, afinal estudamos e muito para isso.	N		N		D
S	NAS AUTONOMIAS DAS MINHAS CONDUTAS						
S	Ele irá afetar diretamente na valorização e no reconhecimento do fisioterapeuta enquanto profissional da saúde. Tanto se buscou durante anos até que a Fisioterapia começasse a ser reconhecida principalmente para a prevenção em todos os seus ambitos e isso poderá ser perdido. A saúde neste país já sofre com a falta e o cuidado de alguns médicos e sendo o projeto aprovado a qualidade do atendimento medico só cairia.	Colocaria discussões mais técnicas sobre as rotinas da fisioterapia.	N		N	Não participei infelizmente por problemas na agenda.	B
N	Segundo parte do entendimento, limita nossas atribuições e capacidades.	especificaria que fica vedado os direitos regulamentados da profissão de fisioterapia, sendo o ato médico algo que não interfira nas atribuições de cada profissão.	N		N		D
S	Afeta sim pelo fato de tirar a nossa autonomia, estudamos, muito e merecemos trabalhar por igualdade.	Não ao ATO MÉDICO, alteração? autonomia a todos os profissionais claro que cada um na sua area.	S		S	Sou contra o ato médico.	D
S	Bom pode- se dizer que a descrença dos medicos com nossa profissão gera uma desconfiança com nosso publico e isso fas com que a classe profissional seja mau vista no mercado de trabalho e causando esta desvalorização de nossa profissão na área da saúde.	Acabaria com este projeto desnecessário e egoísta por parte dos médicos.	N		S	Bom nos julgam sem conhecer, nos culpam sem saber, mais quem faz o diagnostico para inicio de tratamento fisioterápico é o fisioterapeuta pois posso dar como exemplo. Diagnostico clinico de um médico solicitando fisioterapia a um paciente com dor em ombro direito (SOLICITO 10 SESSÃOES DE FISIOTERAPIA, DIAGNOSTICO DOR NO OMBRO DIREITO, SUGESTÃO DE TRATAMENTO ELETROTHERAPIA, ALONGAMENTO E FORTALECIMENTO.). Àtimo agora o fisioterapeuta tem que realizar uma avaliação detalhada para se saber o motivo da dor neste ombro, se é muscular, articular, inflamatório e assim por diante. Como tratar uma lesão de ombro sem saber o verdadeiro motivo desta dor.	A
S	Afeta diretamente no exercício profissional do Fisioterapeuta. Retira nosso poder de diagnosticar e tratar alterações físico funcionais.	Retirar do profissional médico a exclusividade da responsabilidade de diagnosticar e tratar alterações físico funcionais. Assim, minimizaria os erro médicos que encontramos nos últimos anos.	S	Crefito	N		B

N	Minha profissão ficaria muito dependente do médico.		S	ATOESP	S	Eu acho que os médicos tem o direito de regulamentar a profissão deles, sim. Mas não invadindo e "furtando" práticas de outras profissões.	A
S	o Ato Médico prejudica a autonomia dos profissionais da área da saúde	É importante a legislação que descreva as atividades dos médicos, mas respeitando a autonomia das profissões	S	Crefito	N	Moro longe da capital, onde ocorrem a maior parte dos eventos.	A
N	De forma direta, impondo a subordinação e arbitrariedade, desrespeitando o espaço de minha profissão na saúde.	Não o alteraria, simplesmente não deve ser aprovado em nenhuma circunstância.	N		N		B
S	Acredito que que implantado o projeto irá tirar a Autonomia dos profissionais da área da saúde exceto os médicos. Sou Fisioterapeuta e como exemplo dou nossa classe que não estará mais habilitada a fazer diagnósticos fisioterapêuticos e assim designar o tratamento específico para certas patologias. Pois isso será feito pelo médico, profissional que necessitará de muito mais conhecimento geral sobre todas as áreas.	Manter a autonomia de cada profissional da saúde quanto à sua conduta.	S	Crefito	S	Acredito que o projeto é inapropriado. Pois a classe médica não possui toda a formação específica que os cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, TO, Nutrição, Odontologia e os demais cursos da saúde possuem. Se tivessem não haveria o porque de haver cursos nas áreas, são teríamos a Medicina.	A
N	sei que eles querem restringir nossa capacidade de avaliação, que as vezes é melhor que a deles, pois colocamos a mão no paciente no ato da avaliação. Além disso, sou acupunturista e sei também que eles querem tornar a acupuntura uma especialidade médica.	Acho que não deveria haver um ato para restringir uma prática. Eles devem lutar para que o ensino da medicina melhore sua qualidade e assim voltemos a ter médicos em quem confiar. Não acho atual os médicos pensarem que os outros profissionais da saúde não tem capacidade de atuar.	S	Crefito-3	N	Apenas recebi emails com o projeto. O que acho que deveria ser alterado, já respondi acima.	C
S	Me restringindo a exercer parte do que é meu direito adquirido.	Não alteraria. Não colocaria em votação.	S	ABERGO	S	O projeto é totalmente autoritário e centralizador, pois exige o direito de qualquer outro profissional da área da saúde estabelecer contato com seus clientes/pacientes, sem antes passar pelo crivo do médico.	B
S	Afeta diretamente na autonomia garantida nas diretrizes da minha profissão.	Apenas no ponto onde há a interferência dos médicos na atuação dos demais profissionais da área de saúde, onde nos obriga a ter prescrições médicas para exercermos nossas profissões. Profissões essas, que batalhamos 4 ou 5 anos para termos autonomia para atuar.	S	Crefito somente	S	Já organizei quando estava na faculdade uma paralisação contra a maneira com que esse projeto está descrito.	A
N	Pelo fato que limita o profissional capacitado a ser meramente um aplicador de uma terapia pré-determinada pelo médico responsável no setor. Isso seria um ultraje a pessoa que passou 4 anos estudando para que possa atender da melhor maneira o paciente.	A limitação da intervenção médica em cada área, cada profissional sabe adequar o tratamento à realidade do paciente. O que deveria ser implantado seria uma rede uniforme de informação sobre o paciente para todas as áreas da saúde ao qual seria pertinente, fazendo com que o indivíduo seja tratado dignamente.	N		N		A
N	cerceando os meus direitos diante do ato fisioterapêutico. Além disso cria barreiras apenas com interesses claros de reserva de mercado	não interfere por parte da classe médica nos diagnósticos fisioterapêuticos ou de outra profissão.	N		N		B
S	Perderemos a autonomia pela qual batalhamos nestes anos todos. Todo respeito conquistado pela seriedade do nosso trabalho, baseado em pesquisas e muito trabalho será perdido. Afetará nossa dignidade profissional. É humilhante.	Alterar a prescrição terapêutica médica que deveria anteceder o tratamento de um profissional devidamente capacitado para isto". O médico não deve prescrever um tratamento fisioterápico sem ter sido devidamente preparado para isto.	S	Associação dos Fisioterapeutas do Brasil AFB	S	Particpei do evento no Parque do Ibirapuera. Acredito que muitos outros devem ser feitos. Foi muito importante e nos deu força para continuar lutando. Pudemos dividir nossas aflições com demais colegas da área da saúde. Não é possível que tantas classes sejam desrespeitadas para que a vaidade dos médicos seja atendida. O Ato médico é o Caos da Saúde Brasileira.	A
S	Retirando a nossa autonomia	Se a mim coubesse o poder ... Simplesmente esse projeto, esta lei não existiria	N		S	Já participei e não concordo, não acredito que o médico é único e suficiente.	A
S	Afastando nossos pacientes da Fisioterapia.	Que todo Fisioterapeuta tem capacidade de avaliar e diagnosticar doenças.	S	Associação Brasileira de Reabilitação de Coluna e Associação Brasileira de Quiropraxia	N		B
S	Afeta diminuindo a autonomia no exercício da profissão e causa dependência de outros profissionais para a atuação que deve ser livre.						
S	Retira a autonomia, tanto do paciente como do fisioterapeuta de realizarem, respectivamente, sua busca própria pelo tratamento.	Alteraria a necessidade que ele cria de dependência do diagnóstico e indicação médica para a realização do tratamento.	S	Crefito-3	N		C
N	Nos tornaremos subordinados de pessoas que não tem nenhum conhecimento específico, de nossa área de atuação profissional.	Autonomia diagnóstica e terapêutica a algumas classes profissionais.	N		N	Os locais de debate são muito longe e a divulgação é falha.	A

S	Afeta muito, pois não dependemos dos medicos para trabalhar temos o reconhecimento na categoria e o Ato Medico só irá atrapalhar e regredir tudo aquilo que juntos já conseguimos na nossa profissão.	Que o fisioterapeuta posso ter a liberdade de trabalhar independente dos medicos.	N		N		A
S	Criminaliza a minha liberdade de conduta com o paciente.	A questão de que todas as condutas devem ser prescritas pelo médico.	N		S	Particpei de passeata há 5 anos. Na verdade sou contra a formação do médico, eles não conhecem as modalidades terapeuticas e não sabem as suas indicações e contra-indicações. Nós fisioterapeutas conhecemos os medicamentos e condutas cirurgicas, no momento que eles souberem, poderemos tratar melhor o paciente em uma equipe multidisciplinar.	B
S	Não afeta, pois já somos na pratica totalmente dependentes de prescrição médica, essa medida só vai oficializar uma situação já existente.	Nenhuma	N		S	idem a 1-)	A
S	Intervindo na autonomia.	Manter ao profissional fisioterapeuta o	N		N	Tenho uma rotina diária muito intensa e nos dois momentos que soube evento para discutir o ato público não tive oportunidade, participei apenas do abaixo assinado.	B
N	tirando minha independência profissional e me tornando um escravo funcional da classe médica sem autonomia de atuar livremente na minha profissão.	Sinceramente se fosse para escolher apenas uma seria acabar com o projeto.	S	PMA (Pilates Method Alliance)	N		B
N	ATINGE A AUTONOMIA E DIMINUE A IMPORTÂNCIA DELA PERANTE A ÁREA DASAÚDE	RESPEITARIA AS VÁRIAS MODALIDADES DA SAÚDE, SEM INTERFERIR NA SUA AUTONOMIA.	N	SOMENTE NO CREFITO	S	SAU AFAVOR DO PROJETO DESDE QUE SEU OBJETIVO SEJA RESGUARDAR OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS, E ME PONHO EM TOTAL CONTRAPOSIÇÃO QND ELE FERI A MINHA AUTONOMIA PROFISSIONAL E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE.	A
S	sim Afeta não só a minha profissão como de todas as áreas da saúde, em razão da pretensa soberania da Classe Médica, que em minha experiência pessoal e profissional infelizmente é prepotente.	O ponto importante sob meu conhecimento, seria necessário rever os conceitos de Soberania..	S	Atualmente, estou afastada mas desde meu inicio academico, sempre participei ativamente da formação das entidades, tendo ocupado funções no Sinfito desde sua criação até meados de 1989, de lá para cá, só participo atraves de Boletim Informativo.	N		A
N	Impede a autonomia q td profissÁ o deve ter	desconheço para opinar	N		N	na minha cidade nunca soube de algum evento	B
S	O profissional fisioterapeuta não terá mais autonomia para elaborar uma conduta adequada ao paciente, justamente porque o médico será o responsável em prescrever a conduta do mesmo.	Cancelaria o projeto	N		N		B
S	Me impossibilitando de trabalhar e fazer especializações dentro da área da saúde.	Eu jogaria esse projeto oportunista fora.	N		N		B
N	Afeta muito, devido ao meu trabalho como um todo desde as minhas avaliações perante o paciente como com as minhas condutas, isso é uma	Não sei.	N		N		B
S	Torna o profissional de saúde dependente de aprovação de determinados procedimentos que não são privativos do profissional médico.	Respeito pela formação de cada profissional.	N		N		A
N	Não Me Importo	Não Sei...	N		N		B
N	ME PRIVA DE TOMAR DECISÁ.ES SOBRE MEUS PACIENTES	ESCLARECER MELHOR A ATUAÇÃO DE CADA PROFISSIONAL	S	Crefito	N		A
S	A profissão de certo modo já enfrenta esse ato, porque recebemos "cartinhas" de conduta que muitas vezes são questionadas pelos pacientes quando não é executada.	Na verdade são alterações: Quem disse que fisio não tem capacidade pra fazer diagnóstico? Fisio não pode indicar órteses? Fisio não pode fazer acupuntura? dentre outras!	N		N	Fisioterapeutas dependem dos médicos, se ficarem contra eles perderam os pctes	B
N	Completamente. Meus conhecimentos adquiridos durante anos serão invalidados e assim perderemos a confiança dos nossos pacientes. Além disso teremos que buscar outra carreira, pois acredito que quem cursa um nível superior não se subordina a tornar-se um técnico.		N		N		B
S	Querendo conduzir as condutas que podem ser tomadas pelo fisioterapeuta, assim limitando a liberdade de escolha de conduta que acredita ser melhor para tal paciente.		S	Crefito	N		A
N			N		N		D

N	Restringe ainda mais o mercado de trabalho e acarreta prejuízos para a população em geral.	Considero que todas as profissões ligadas à saúde deveriam rever seus campos de atuação e delimitá-los de forma sensata, visando o bem estar da população, bem como, o exercício legal da profissão. Há muitos profissionais atuando com pouco conhecimento e habilidade para determinados procedimentos. Frequentemente, educadores físicos, enfermeiros e TOs realizam procedimentos que seriam melhor aplicados por um fisioterapeuta, porém não há legislação para isso, e o que existe está incompleto ou é ignorado por falta de fiscalização.	S	AFICAMP (Associação dos Fisioterapeutas de Campinas).	N		A
S	AFETA MUITO, POIS JÁ ATENDI PACIENTES EM QUE O MÉDICO RECOMENDOU UM TIPO DE TRATAMENTO ABSURDO, UM P.O. UTILIZANDO CALOR COM EDEMA ++++/+4, E A FAMÍLIA ACREDITARIA MAIS EM QUEM? CONSEGUIR MOSTRAR A VERDADE, MAS FOI MUITO DIFÍCIL.	NA VERDADE EU SOU CONTRA O ATO MÉDICO. PORTANTO, NÃO ALTERARIA, E SIM CANCELARIA. CADA UM COM A SUA FUNÇÃO. ELES PRESCREVEM E A GENTE TRATA COMO ESTUDAMOS 4 ANOS.	N		N	NÃO TIVE OPORTUNIDADE. GOSTARIA MUITO.	A
S	Creio que o profissional perderá sua autonomia de atendimento.	Valorização de todos os profissionais, cada um responsável por sua área, trabalhando em regime de equipe e não subordinação.	N		N		C
S	Em nada, tendo ou não tendo ato médico não ira afetar nem a minha nem a de ninguém.	Nenhuma apenas melhoraria a fisioterapia	N		N		B
N	Exclui o fisioterapeuta de diversas atividades, as quais atualmente tal profissional executa	Manteria a autonomia do fisioterapeuta e demais profissões	S	Sinfito e Crefito	N		B
N	Não tenho profunda informação sobre o assunto.	Não posso opinar antes de esclarecimentos básicos sobre o Ato.	N		N		B
N	muito. Não poderei trabalhar com acupuntura. Estudo há anos, e sigo a medicina tradicional chinesa na sua essência, e acho uma afronta!!!!!! profissionais que nem sabem o que é essência, o que é sensibilidade, o que é a filosofia chinesa, se acharem no direito de quererem trabalhar com um método milenar!!!!!! que não foi feito para alguns e sim para todos!!!!!!	que somente a acupuntura deva ser executada por profissionais de nível superior. e que não seja mais utilizada por profissionais de nível técnico.	N		N		B
S	O ato médico obstrui e dificulta o acesso à saúde, com esse projeto de lei eles vão conseguir tornar mais lento e trabalhoso esse acesso. Imagine você, tendo que passar por um médico pra conseguir uma indicação pra tratar um problema de coluna, você acha que seria mais viável pra ele indicar uma cirurgia ou um RPG, além disso se ele chegar a indicar-nos quem garante que não será somente o fulano de tal que tem um acordo com ele ou trabalha na clínica dele. Imagine você tendo que pedir uma guia pra fazer drenagem linfática!!!! por aí vai....	Anexada parte de nossa carta aos senadores da república: Para evitar que o Poder Legislativo seja usado para aprovar um regimento corporativista que apenas irá engessar o desenvolvimento das profissões da saúde e atender aos interesses da indústria da doença, solicitamos que Vossa Excelência vote no PL nº 268, oriundo dessa Casa, com inserção dos Incisos VII, VIII e IX do Parágrafo 5º do Artigo 4º do substitutivo ao PL nº 7.703/2006 da Câmara: § 5º Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico: VII à?" a realização dos exames citopatológicos e seus respectivos laudos; VIII à?" a coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais; IX à?" os procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando a recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual. Também solicitamos que sejam suprimidos os regimentos do PL nº 268, que autorizam aos médicos exercer, com exclusividade, atos privativos que são também de outros profissionais: A) os incisos I, V, VI, VIII, IX, XI, XIV do Artigo 4º; C) os incisos I e II do parágrafo 4º do Artigo 4º; Veja abaixo as justificativas para cada uma dessas solicitações. A	N		S	No início de tudo fizemos passeata com os colegas da universidade. fomos até o CRM da cidade, fizemos abaixo assinados, participei fazendo campanha contra os deputados tarja preta do crefito, participei de votações enteri em contato por e-mail com candidatos a senadores do estado de São Paulo.	A
N	Tirando a autonomia do fisioterapeuta em dar ao paciente o melhor tratamento, uma vez que os médicos não têm conhecimento de todos os recursos fisioterapêuticos existentes.	Não vejo motivo para a existência deste projeto. Eu simplesmente cancelaria o mesmo.	S	Assobrafir	N		B
N	Limitando condutas que achamos ideais para nossos pacientes. Muitas vezes o médico determina a conduta a ser realizada pelo fisioterapeuta, que pode não ser o mais adequado para aquele caso. Quem estuda técnicas e meios de reabilitação é o fisioterapeuta, e não o médico.	Manter a autonomia do fisioterapeuta para conduzir a reabilitação o seu paciente.	S	Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo - SINFITO	N		B
S	Limitando o potencial de ação e decisão técnica do fisioterapeuta	Cancelamento do mesmo	N		N		B
S	Ato Médico enumera as atividades privativas dos médicos, como, por exemplo, a formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica; intubação traqueal; e determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico.?	Excluiria o item formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica quando esta não for medicamentosa.	N		N		A

S	O projeto que tirar a autonomia do fisioterapeuta. Diz que toda forma de diagnóstico e tratamento deve ser feita e recebida por médico. Então se criará um modelo padrão de atendimento para certas patologias e será apenas destacada de algo já pronto. E onde fica a individualidade. Reclamam que não há humanização no atendimento devido a falta de tempo e filas enormes. Como ficará se acrescentar mais essa atribuição aos médicos? E a faculdade de medicina passará de 6 anos para 11 anos? Isso só para acrescentar o tempo que um fisioterapeuta leva para se formar, imagine todas as outras profissões que pretendem interferir com tal ato.	Que os médicos vejam as atribuições da sua profissão, e não fique nessa "guerra por mercado", não só com a fisioterapia mas também com as outras profissões.	N		N		B
N	Extinguindo totalmente o trabalho de uma equipe multiprofissional, tirando das nossas mãos a autonomia de decisão e condução de um plano fisioterapêutico; dando plenos poderes aos médicos na área da saúde. Eles já se sentem "Deus", se o Ato Médico for aprovado não vai haver quem os segure.	Sem opinião.	N		N		B
S	Restringe a informação para a equipe multiprofissional segregando congressos e palestras. Dificulta a assistência e a discussão entre os profissionais (todos) a beira leito. Dificulta o relacionamento interdisciplinar e a autonomia das decisões de intervenção da fisioterapia.	Em comum acordo com outros órgãos reguladores das atribuições profissionais permitiria a autonomia (do que é de atribuição da área de cada um) sem ser prescritiva ou proibitiva.	S	ASSOBRAFIR- Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória e Terapia Intensiva.	N		B
N	Exercendo certo controle sobre avaliação de casos que necessitam ou não do serviço de terapia ocupacional.	Não conheço profundamente para propor mudanças.	N		N		D
N	Esse projeto diminuiria bastante minha autonomia como profissional graduada e pós-graduada, sendo a fisioterapia um área que os médicos não dominam.	Alteraria qualquer restrição feita aos profissionais da saúde quanto às suas atividades laborais, aprendidas na graduação, que os médicos querem supervisionar, prescrever ou substituir.	N		S	Particpei da virada da saúde, em 2010, no parque do Ibirapuera. Sou contra o Ato médico, pois a ciência na área da saúde teve desenvolvimento e progresso e acredito que seria um retrocesso centralizar o conhecimento na figura do médico.	D
S	teremos limitacoes na avaliacao e atendimentos dos pacientes.	respeitaria a area de atuacao das outras profissoes da saude	N		N	nao tivemos eventos assim na cidade em que eu moro	A
S	Me tiraria a autonomia de exercer minha profissão liberalmente sem o consentimento de um médico, ou seja, me descapacitaria do diagnóstico fisioterapêutico. Além disso me privaria de exercer a Acupuntura, já que os médicos querem exclusividade na área.	Médicos não devem ter exclusividade sobre inserções de agulhas de Acupuntura, nem em inserções de agulhas para procedimentos estéticos dos quais não se utilizam medicamentos. Só devem ter exclusividade nos casos onde se utilizam medicamentos, salvo em casos Odontológicos. E não devem nos privar da autonomia de realizarmos uma avaliação e de termos a capacidade de prescrevermos a terapia mesmo sem o consentimento de um médico, afinal estudamos o bastante para sabermos quando e o quanto é necessário o paciente realizar um tratamento.	N	Ainda não	S	O projeto não visa o benefício da população como o mesmo descreve, mas sim o benefício financeiro de uma única classe. O objetivo é que quanto mais os pacientes ficarem dependentes desta classe, melhor será para a mesma. O que eu concordo é que todas as classes devam ser responsabilizadas e fiscalizadas por seus atos, através de seus devidos Conselhos.	A
N	Diretamente, pois médicos que muitas vezes não conhecem o trabalho da Terapia ocupacional não indicam pacientes para o tratamento o que acaba privando o paciente de um atendimento mais específico.	Não sei!	N		N		A
S	Afeta muito pois estou me especializando na área de fisioterapia cardiopulmonar, com o ato médico o fisioterapeuta desta área não poderá realizar aspiração no hospital, nem mexer no ventilador do paciente, não tem como atender um paciente na UTI sem fazer a aspiração e sem manusear o ventilador, muitas vezes é preciso mexer no ventilador do paciente para melhorar a ventilação do mesmo. Nós fisioterapeutas estudamos para isso, com este projeto o que o fisioterapeuta que trabalha em hospital vai poder fazer?		N		N	sou contra pois o ato médico esta invadindo do fisioterapeuta, esta restringindo a profissão do fisioterapeuta, não deixando os fisios realizar o que aprendemos.	A
N	Muito, pois acaba com a liberdade de quem realmente quer fazer um trabalho de cura.	Gostaria que os pacientes não precisassem ir ao médico antes de outras especialidades, pois o médico apenas pede alguns exames, o que poderíamos fazer indo a uma clínica especializada, e depois passam algum medicamento, que na maioria das vezes não resolve nada, para apenas depois de todos estes gastos encaminharem para a especialidade da saúde competente para resolver o caso. Atualmente temos muitos gastos desnecessários: Consulta médica, exames, medicamentos, fisioterapia (ou outra área da saúde).	N		N		B

N	O projeto de lei tem apenas a função de reserva de mercado, desvalorizando os profissionais que são treinados em suas funções. E acabando com o conceito de trabalho multidisciplinar.	Não sou a favor do projeto de Lei, de nenhuma maneira. Acredito que tenha que ser totalmente modificado para definir corretamente a função de cada área. O médico não tem conhecimento para interferir em outras profissões com a grade curricular que possuem.	N		N		A
S	Na medida em que submete minha atuação profissional À dos médicos.	Sem opinião.	S		N		B
N	Tira o domínio da decisão de conduta	impedir que o tratamento seja decidido apenas pelos médicos	N		N		B
N	Afeta muito, pois iremos perder a liberdade para tratar nossos pacientes. Viraremos simplesmente técnicos em fisioterapia, ou seja, apenas iremos executar o que nos for pedido.	Alteraria onde fala que o médico falará o que os profissionais da area da saude tem que fazer.	N		N	Nao fiquei sabendo de nenhum evento público sobre o ato médico em minha cidade (Piracicaba-SP)	B
S	Como autônoma, diminuí a vinda direta do paciente À fisioterapia. Muitas vezes o fisioterapeuta está mais disponível ao pronto atendimento.	Na verdade o projeto torna a classe rés subalterna. À? necessária a manutenção da autonomia profissional. Mando mais pacientes aos médicos que eles a mim, pq acredito que para o bem do paciednte é necessária a atenção conjunta e não dissociada.	N		N	Principalmente distÂncia dos locais desses eventos.	A
N	Retira minha autonomia.	Anularia o projeto.	N		N		B
S	altera para melhor, pois axiste muita mentira sobre o ato médico, nÁ o é como falam por ae. eu li o projeto e acho super viavel, pois ele normatiza a profissão médica que é a única ainda sem atos privativos sofrendo constantes ataques das outras profissões, cada um no seu galho ato médico para mim vem para o bem	jÁ foi suficientemente alterado	S	Crefito	N		D
S	Restringindo minha autonomia como clínico e privando a população de mais uma linha de tratamento e diagnóstico.	Direito de diagnósoticos nosológico para os profissionais que já atuam nesta seara. Utilização de procedimentos invasivos para qualquer área da saúde, desde que, seja muito bem monitorado pelos seu respectivos conselhos e que em situações arbitrárias, os profissionais sofram as devidas sanções.	S	ASSOBRAFIR / AFB / Associação Riopretense de Fisioterapeutas.	N		A
S	Tira a minha autonomia na atuação como fisioterapeuta. Interfere na rotina de condutas e avaliações feitas por mim como profissional.	Reforçaria a interdisciplinariiedade entre os profissionais de saúde, contra a soberania da profissão de médico.	S	Crefito, Abrafism.	N	Não houve manifestação profissional próximo a mim. Mas faço questão de me manter informada e uso meios de comunicação para expor a minha opinião sobre a situação, como facebook e blog.	B
N	No meu entendimento o ato médico irá reprimir a liberdade dos todos os profissionais não-médicos de executarem sua profissão.	Anularia o projeto.	S	Crefito	N		B
S	Se sou a favor da lei do Ato Médico? Bem, isso depende, pois... Por um lado, o ato médico afeta não só os profissionais, como também, os pacientes. Pois estes tem de procurar um médico antes de procurar um fisioterapeuta, tendo de gastar mais para poder resolver o seu problema de saúde. Já o profissional perde a sua autonomia, se tornando dependente de um encaminhamento médico, de um profissinal que mal conhece sobre a sua própria área. Por outro lado, se TODOS os médicos tivessem mais uns 4 ou 5 anos de estudo aprendendo assim, pelo menos o básico a respeito de cada área a qual, como coloca a lei do Ato Médico, ficaria responsável pelos encaminhamentos, aí sim eu seria a favor daquele. Pois, quem se beneficiaria seria o paciente e não somente os médicos e seus bolsos ainda mais cheios. Neste caso, mesmo que a lei ainda prejudicasse os outros profissionais como eu, sou À favor do Ato Médico.	Colocaria no projeto de lei, que TODOS os médicos deveriam estudar, acrescentando-lhes mais 5 ou 6 anos de estudo, À respeito de, ao menos, o básico de cada profissão a qual ficariam responsáveis pelos encaminhamentos.	N		N		A
S	RETIRA TODOS DIREITOS QUE CONSEGUIMOS ATE HOJE	LIBERDADE PROFISSIONAL	N		N		A
S	Extremamente. Tirando a liberdade das pessoas escolherem e quando quiser, irem ao profissional da saúde que desejam.	Cancelaria o mesmo.	S	Crefito	N	Por não ser no horário que possuo livre.Sem estar trabalhando.	A
S	Castrador, limitador e abusivo.	Cada classe profissional tem autonomia na sua função e responde por isso.	N		N	Pouca oportunidade de participar	B
S	Ele inibe qualquer autoridade que eu tenha sobre a fisioterapia, sendo que para fazer as seções necessita de uma indicação médica, o médico já quer predizer quantas seções o paciente deve realizar, sendo que cada paciente evolui diferentemente do outro.	não ser necessária a indicação do médico para a fisioterapia, o fisioterapeuta deve saber se o paciente deve ou não fazer fisioterapia, e ele deve determinar quantas seções e como a terapia deve seguir, sem interferência do médico.	N		N	Não tive tempo de ir mas procuro saber dos resultados.	B
S	Tirando autonomia dos profissionais das demais áreas da saúde	Reformularia a parte que fala que somente os outros profissionais da area da saude só podem fazer o que eles prescreverei	N		N		B
S	Ficariamos subordinados a outra classe, dificultando o exercício pleno do profissional.	Que tivessem o bom senso de retirarem todas as decisões corporativistas.	S	Conselho municipal de saúde.	S	Distribuição de folhetos fornecidos pelo Conselho Regional.	A

N	DIMINUINDO A AUTONOMIA PROFISSIONAL		S	ASSOBRAFIR	N		B
S	Afeta na autonomia profissional, impossibilitando os profissionais de executarem suas atribuições e competências, com prejuízo a população atendida, pois os médicos não possuem conhecimento de todas as especialidades.	A prática profissional de cada categoria deve ser regida e regulamentada por seu respectivo conselho e não determinada por domínio de mercado do conselho de medicina que é evidentemente corporativista.	S	Sindicato de Físio e Terapia Ocupacional e dos Servidores Públicos Estaduais.	S	Contra, exposto no item 3	C
S	Ele impede de atuar utilizando as avaliações, os meios e recursos que aprendemos, nos fazendo agir de acordo com a orientação indicada do médico.	Cada profissional tem que trabalhar de acordo com sua área de atuação. Os casos dos pacientes devem ser discutido junto a equipe multiprofissional.	N	Ainda não estou trabalhando na área, pois o salário base da classe é muito pequeno.	S	Só participei da caminhada no Ibirapuera, mas tinha muita gente e eu não escutei direito.	C
N	Pelo que sei perco a autonomia sobre minha função como fisioterapeuta e viro uma simples técnica fazendo só o que o médico mandar.	Sinceramente, não sei.	N		N		C
S	O projeto piorará ainda mais a autonomia da minha profissão, que há muito já é comprometida. Como a fisioterapia vem da época da poliomielite, com o curso de técnico de reabilitação, ainda temos resquícios dessa época, muitos nos percebem como auxiliares médicos, apesar dos avanços e da valorização da fisioterapia. Convênios de saúde nos tratam como profissionais de segundo plano. Esse ano completo 30 anos de formada e sempre pelos convênios fomos tratados assim, não nos autorizam nenhum procedimento sem o tal pedido médico. E para podermos trabalhar via convênios precisamos desesperar que nossos clientes tenham reembolso precisamos do pedido médico. Nossos reembolsos são valores meramente simbólicos, o que faz que esses nossos clientes desistam dos atendimentos, enquanto os mesmos convênios para consultas médicas reembolsam valores muito superiores aos nossos. Nossas terapias sempre tem carga horária superior a uma consulta médica, mas isso nunca é levado em conta. Portanto há 30 anos acho que já sou submetida ao ato médico. talvez a fisioterapia seja a que menos irá sofrer com a aprovação, pois já está acostumada a isso. vai piorar nossa situação no tocante do cliente particular, que nos procura por saber o que podemos fazer por ele. Com o ato médico teremos que ter até para isso a gentileza do médico nos enviar tal cliente. Vai ser fim de linha pra muitos de nós. O fisioterapeuta, apesar da população saber o seu valor, ainda é um profissional que não consegue ganhar o que merece	Colocaria que a saúde se faz com equipe multidisciplinar, que todos os profissionais de saúde graduados para exercerem sua função teriam direito a remuneração digna e respeito.	N	Hoje não, mas já participei e me desiludi muito.	N	Na minha cidade não soube de discussão sobre o Ato Médico, ir para São Paulo implica custos, não dá mais para gastar com a situação atual de remuneração que vivemos.	B
N	Pelo que tenho ouvido de comentários, o mesmo vai tirar ainda mais a autonomia que já não temos, sobre os pacientes, principalmente os que atendemos por convênios.	Deixaria, que cada profissional respondesse pela sua área.	N		N		D
S	Fere a autonomia profissional do fisioterapeuta	Preservaria a autonomia profissional de cada um da área da saúde, o médico já tem muito o que se preocupar e se responsabilizar.	N		N	Não acredito que mudaria alguma coisa, há muito interesse político envolvido em tudo isso.	B
N	Esse projeto irá proporcionar mais autonomia nas ações dos Terapeutas Ocupacionais	Acho que não faria nenhuma alteração	N		N	Meus horários disponíveis não batiam com os eventos.	A
N	Tirando minha autonomia e vinculando o meu tratamento à conduta médica.		S	Crefito	N		B
S	Na questão de autonomia da minha conduta profissional.	Os médicos teoricamente deveriam ser preparados para darem diagnóstico de doenças e as ações terapêuticas, infelizmente não é isso que se vê na prática. O CFM deveria antes de criar um Ato Médico, fiscalizar e avaliar esse tipo de procedimento. Além disso, outros profissionais como o próprio Fisioterapeuta estudam para serem capazes de durante um atendimento identificarem alterações não diagnosticadas pelo próprio médico e mudarem a conduta evitando assim complicações.	S	Crefito3	N		A
N	Pode prejudicar a minha análise do paciente para chegar a um diagnóstico.		N		N		A
N			N		N		B
N	principalmente na elaboração do tratamento		N		N		D
S	Não nos dando liberdade de exercer adequadamente nossas funções, sendo que estudamos e nos especializamos. Não temos necessidade de permissão para aplicar nossos métodos, principalmente por pessoas que não estão aptas para prescrever tratamentos sem ter conhecimentos da área.	Nenhuma alteração, simplesmente acho essa lei absurda, e por mim não será votada a favor jamais. Cada um estuda uma área específica, então cada qual com seus conhecimentos e seu trabalho.	N		N	Ainda não. Mas gostaria mesmo de expor minha opinião a respeito desse absurdo. Menosprezo aos demais, como se nossa profissão não valesse nada e fosse necessário que médicos venham nos dizer o que fazer.	A

S	o projeto submete todos os profissionais de saúde aos médicos	eu manteria a independência de diagnóstico e prescrição de tratamento para cada profissão.	S	Crefito	N	é difícil conciliar a agenda para comparecer aos eventos, mas tenho regularmente me manifestado em abaixo assinados ao congresso e repassando à sociedade em geral o que está sendo proposto. o ato médico propõe que o conhecimento do profissional de medicina é superior ao dos outros profissionais da área de saúde, o que é uma inverdade. os profissionais médicos tem formação de médicos (!!), e portanto não tem como diagnosticar e prescrever tratamento adequado nas outras áreas, já que eles não estudam especificamente para isso. além dessa questão gravíssima, o ato médico pressupõe que são os médicos que devem dominar o atendimento ao paciente, o que vai contra um modelo de atenção completa à saúde, no qual o paciente e a família devem ser orientados e atendidos de acordo com conhecimento múltiplo de diversos profissionais. além desses argumentos, o ato médico estabelece uma reserva de mercado, na qual toda assistência à saúde deve passar por um médico, o que é por si só um absurdo, além de encarecer a atenção à saúde. se existe um problema de formação inadequada das outras áreas de saúde (como se não houvesse nas faculdades de medicina), a interferência adequada seria cabida	A
N	pode restringir as ações do profissional liberal fisioterapeuta		S	CREFITO, SBTM, AFB	N		B
S	Restringindo-a.	Como o Crefito porpãis.	S	Crefito Abrasco Ass.Paulista Saúde Pública	S	O Projeto fere o direito do cidadão em ter saúde pública e coletiva de acordo com preceitos do SUS e de boa qualidade. O projeto discrimina e afronta outras categorias. O projeto é um artifício corporativista da classe médica para ampliar suas fatias de mercado se apropriando de procedimentos que pertencem a outras áreas do conhecimento e tecnologia, como a FT. Um exemplo: a atuação de acupuntura só por médicos, fato que não mostra a enorme importância da entrada da Acupuntura no Brasil por um fisioterapeuta. Na medida em que ela foi aceita pela AMB e teve aceite público (e demanda) então resolveram que se eles podiam fazer por conta da introdução epidêmica. Se aceitarmos, daqui a pouco nem eletroterapia poderemos usar mais. Temos que nos posicionarmos duramente contra mais este ato de intromissão. Já não bastam os planos médicos que praticamente ceifaram tantos profissionais de saúde?	A
N	No sucesso do tratamento do paciente, pois não posso tarçar condutas de acordo com sua evolução diária	Na minha opinião esse projeto é abusivo!	S	Sociedade Brasileira de Anatomia	N	Não temos representantes no corpo governamental que defenda nossos interesses. Discussão sem esperança de apoio.	B
S	Tirar a minha capacidade de tomar decisões referentes ao tratamento que ofereço aos meus pacientes.	Tiraria esse poder autoritário que os médicos acham que tem. Na minha prática clínica recebo cada barbaridade que médicos falam ou fazem.	N		N	Falta de tempo. O pouco tempo que tenho livre utilizo para meu aprimoramento. Mas caso fosse necessário e imprescindível eu iria.	A
S	AFETA TIRANDO A AUTONOMIA TANTO BATALHADA NESSES 42 ANOS DE EXISTÊNCIA DA FISIOTERAPIA	DELIMITAR MELHOR AS AÇÕES DOS MÉDICOS.	N		S		A

S	nós terapeutas dependeríamos da autorização do médico, em receita para colocar em prática todas as técnicas de tratamento que cabem hoje a nossa profissão, até mesmo acupuntura que já era considerada um método de tratamento usado por fisioterapeutas especializados, e outros... Isso implica na seguinte questão para que eu estudei e tirei um diploma que me garante capacidade técnica para atuar?, para que esse diploma e essa faculdade nos obrigou a realizar estagios, inclusive os estagios extra curriculares? eu acredito que todos na area da saude temos que trabalhar em equipe respeitando o que cabe a sua determinada profissão. Afinal os médicos não aprendem tecnicas de tratamento usadas pelos fisioterapeutas em sua grade de formação academica como nós aprendemos, por isso acredito que muitos não saberiam indicar tecnicas de tratamento da fisioterapia tão bem como nós. Se eu que sou especialista em acupuntura quiser atuar em meu consultório por exemplo não poderia sem um médico presente.	eu sou contra o ato médico digo não ao projeto. vejo esse projeto como uma forma de impor um certo tipo de cartel ou controle de todas as outras profissões da área de saúde que não seja a deles, todos profissionais enfrentam diariamente problemas devido a esse projeto	S	sim de várias comunidades no orkut, de algumas escolas técnicas que lutam contra esse projeto, da escola de acupuntura a qual me formei, me informo via internet já mandei carta para os senadores e não voto em pessoas que estão a favor do ato médico. infelizmente o crefito não tem lutado tanto por nós, em várias ocasiões nessa escola de acupuntura quando fomos procurar o presidente do conselho ele demonstrou não se importar por esse luta, ou em expor nossas opiniões, o que é uma verrrrrrrrrrgonha!!!!	S	eu já me explique a cima, quero ter o direito de atuar e ser respeitada como profissional capaz.	A
S	Em todas as esferas, não somente a minha profissão, mas todas as outras que dependem de diagnósticos e orientações específicas. Cerceia a liberdade que foi conquistada em todas as profissões.	Eu tiraria o projeto da pauta de votação.	S	Sindicato do funcionários e associação dos servidores	S		A
S	Tenho formação para fazer diagnóstico e tratamento dos meus pacientes, com essa aprovação do Projeto, os fisioterapeutas irão depender de indicação médica para poder trabalhar, e o tratamento deve ser decidido pelo fisioterapeuta.	Altero na parte que fala sobre paciente ter o encaminhamento médico com indicativo do tipo de tratamento fisioterapêutico.	N		N		B
N	como se fossemos empregados dos medicos	cada profissional no seu ramos sem interferencia de um no outro e sim um trabalho mutuo, interdisciplinar.trabalhando todos juntos	N		N		B
S	Restringindo a liberdade de tratamento, dificultando o processo de reabilitação, ou dando margem À erros médicos, conseqüentemente processos jurídicos sobre eles.	Alteraria o artigo que diz sobre a prescrição de conduta fisioterapeutica, pois, para isso, teria que estar incluso mais 5 ou 4 anos de formação para o curso de medicina. E o curso de fisioterapia seria apenas técnico em fisioterapia.	S	Afesp	S	Enviei email para todos os deputados e senadores contra o ato médico. Relatando sobre a incapacidade médica perante a prescrição de conduta fisioterapêutica, e sobre os vários erros já evidenciados, sobre a simples prescrição que costuma ser sugerida por eles, como utilização de aparelhos que são proibidos em pacientes com Câncer, etc.	A
S	Totalmente, passaremos a ser apenas executores das prescrições, sem direito a formular tratamento dentro da nossa formação academica, passaremos a ser tecnicos.	Cada profissional ter a autonomia de ação, dentro da sua atuação, não depender do medico a prescrição, e sim o diagnostico	N	Nossas entidades de classe não representam dignamente os profissionais	N	Moro longe da capital, onde são feitas as reuniões etc,e perderia dia de serviço para me deslocar até o local, sem contar na parte financeira. Acho que nosso conselho poderia aproximar as reuniões, fazendo em diversas localidades do estado.	A
N	Pois a minha profissão só vai realizar atendimentos com o encaminhamento médico e ele ainda ira dizer o que fazer como tratamento, sendo assim não era necessaria eu ter feito uma faculdade. Sou acupunturista também, não poderia exercer pois, querem que apenas os médicos realizem.	Que os médicos não interfiram nas outras profissões indicando, o que outros profissionais ja formados devem fazer.	S	Crefito	N		A
S	Reduz a autonomia do profissional, ficando restrito em suas atividades.	Recuperar a autonomia dos profissionais de saúde.	S	Conselho Regional	N		D
S	Retirando minha autonomia profissional. Sou responsável e tenho formação acadêmica, não preciso de ninguém me dizendo o que devo ou não fazer.	NS	N		N	Nunca recebi convite ou informativo sobre debates do tema. Mesmo que recebesse, acredito que há mobilização da classe com debates, porém creio que na votação política o projeto não seria barrado, pois envolve muito fatores economicos (exames de convenios, classe médica elitizada, beneficios políticos, etc)	B
N			N		N		B
N	Posso perder a liberdade de atuação da minha profissão.	Todo profissional deve ter autonomia para exercer sua profissão, a individualidade deve ser respeitada.	S	AFB	N	Descrença em relação a qualquer coisa que envolva política brasileira.	B
S	Afeta no que diz respeito aos convênios médicos, pois estarei sujeita a ter de trabalhar mediante a prescrição do médico apenas.	Na minha opinião este projeto nem deveria existir.	N		N		D

N	impossibilitando que o fisioterapeuta possa atender sem antes ter que passar por um médico	que o fisioterapeuta pudesse ter seus critérios no atendimento, e não ter que seguir "cartinha" do Dr.	N		N		B
N	limitando a liberdade e autonomia da mesma.	que as profissões que estão regulamentadas não ficassem sujeitas as que ainda não o fizeram. Que a medicina se mantivesse na sua área de atuação, diagnóstico, procedimentos medicamentosos e procedimentos cirurgicos.	N		N		B
N	O fisioterapeuta ainda engatinha como profissional. Somos considerados empregados dos médicos, se essa lei for aprovada teremos que nos sujeitar oficialmente as ordens de profissionais que não têm domínio de todo o conhecimento da fisioterapia e terapia ocupacional que são extensos. Qual a utilidade então de estudar tanto, aprender tantas técnicas? "Encaminho o paciente para fazer eletroterapia e alongamento" - isso é degradante.	A equipe deve ter um trabalho de caráter horizontal, todos têm um papel importante. Se for para algum profissional assumir a liderança que o faça por ser um líder e não por ser médico.	N		N	Sou contra. Dizem que os médicos controlariam a conduta dos outros profissionais devido a muita iatrogenia. Mas, quantos médicos também não a cometem, estudantes de medicina continuam sendo reprovados. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional ainda estão lutando pelo seu espaço no mercado de trabalho e para oferecer um bom serviço as pessoas. Se essa lei for aprovada será mais um obstáculo para nós.	D
S	O projeto afeta minha profissão cerceando os procedimentos que cabem ao fisioterapeuta aplicar e invadindo nossa prática profissional ao tomar como privativo a avaliação e diagnóstico visto que nós(fisioterapeutas) também realizamos, porém, sob a ética da fisioterapia e cinésioologia.	"A? privativo do médico a avaliação e diagnóstico MÁ?DICO" e também alteraria a parte a respeito de procedimentos invasivos visto que existem fisioterapeutas que trabalham com incontinência urinária e estão plenamente capacitados para a realização de procedimentos invasivos.	S	Associação Brasileira dos Fisioterapeutas	N		B
S	Diretamente, pois dependeremos exclusivamente dos médicos para realizar consultas e terapias.	Daria mais autonomia aos fisioterapeutas para solicitar exames. Antes disso todos profissionais deveriam passar por uma reciclagem (tipo exame da OAB para advogados)	N		N		B
N			N		N		A
S	Atrapalha diminuindo a autonomia em relação aos pacientes		N		N		A
S	Limita minha autonomia profissional e a possibilidade de chefear um serviço multiprofissional	Excluiria o item que coloca como ato privativo do médico chefear uma equipe que possua um médico dentre os diversos profissionais Manteria como ato privativo dos médicos o diagnóstico e procedimentos invasivos, não interferindo na autonomia dos atos das outras profissões da área da saúde	S	Afesp	N		A
S	Eu me formei para decidir como abordar e ser responsável pelos meus pacientes e não para receber ordens de um profissional com formação diferente	eu não exerço mais a minha profissão se esse ato se cumprir	S	SBED	N		A
N	Impedindo o livre exercício do profissional fisioterapeuta.	Cada um com suas capacidades.	S	Crefito3	N		B
S	Tirando minha autonomia. Tudo que aprendi durante 4 anos e depois em minhas experiências na prática, não poderei fazer, porque terei que seguir o que os médicos mandam. (Onde eles estudam 1 semestre do que eu estudei 4 anos, e ainda fazem muitas coisas erradas). Não poderei também atender acupuntura, que tenho pós-graduação, porque eles acham que os médicos podem aplicar, mas esquecem que anos atrás eles NÃO ACREDITAVAM na acupuntura, só porque agora da resultado e dinheiro, eles milagrosamente querem só para eles.. Engracado!	Trabalho em equipe!!! Cada um na sua área, ajudando o paciente! E respeitando um ao outro. Além de tirar os que os médicos querem abominar nos cultos religiosos... Porque eles querem ser DEUSES?	N		N	Não soube onde teria! O único debate que participei, foi em meu curso de pós-graduação. E outra, eu sei que médicos pagam os políticos para aceitarem essa lei. Eu sei que médicos não avisaram sobre a votação em Brasília sobre essa lei. Então fica difícil!	B
S	Tirando a autonomia e meus direitos profissionais protegidos pelo código de ética da minha profissão	Os médicos têm o direito de exercer e praticar condutas médicas e não de outras profissões, como tb as demais profissões não têm direito de exercer condutas médicas, resumindo "casa macaco no seu galho".	N		N	Moro no interior e fica caro a locomoção até os grandes centros que ocorrem os eventos.	A
S	Temo haver perda de autonomia dos profissionais não médicos, o que significaria dependência absoluta dos encaminhamentos médicos para que as ações terapêuticas dos demais pudessem ocorrer. O fisioterapeuta conquistou seu lugar como profissão da saúde de primeiro contato, o que esse Projeto poderia contestar. Mesmo assim, creio ser importante que a classe médica defina seus atos privativos, a exemplo dos demais, o que representaria mais segurança para o médico e para a sociedade. O que é inconcebível é a aprovação de uma lei que entre em choque com outras previamente regulamentadas.	Gostaria de ver com mais clareza quais terapêuticas seriam privativas dos médicos. Tanto a cirúrgica como a farmacológica poderiam chocar-se com os atos de cirurgiões dentistas, por exemplo. Talvez deva haver mais clareza quanto ao objeto em absolutamente todos os artigos e parágrafos. Sendo o objeto a doença, me pareceria mais claro.	S	AFB	N		B

S	Por ter direito adquirido na acupuntura não me afeta diretamente mas não concordo com as restrições.	Ao invés de deixar terapias invasivas como a acupuntura exclusivamente para médicos eu regulamentaria a técnica e fiscalizaria as instituições de ensino.	N		N	Não pude comparecer devido ao trabalho	A
N	Sou fisioterapeuta e a lei do ato médico faz com que eu e todos os fisioterapeutas percam a autonomia . Isso é muito grave até mesmo porque os médicos sabem pouco sobre a nossa profissão		S	Crefito	N		D
S	Na medida em que torna privativo para o médico o ato de prescrever e realizar diagnóstico. Desta forma, o Fisioterapeuta não poderia mais realizar um diagnóstico funcional do seu paciente, muito menos prescrever sua terapia, dependendo de um médico para isso.	Retiraria partes conflitantes de atos privativos existentes em outras profissões, deixando apenas ou explicando melhor os atos privativos exclusivos do médico.	N		S	Acredito que o ato médico deva existir, pois a Medicina em centenas de anos de existência, ainda não tem um documento que define quais são seus atos privativos. Contudo, na medida em que o registro de seus atos privativos vem de encontro aos atos privativos de outras profissões, já registradas, torna um impasse este processo e a relação multiprofissional que tanto é prezada e deve existir para os cuidados da saúde da população. Portanto, acredito que este deva ser revisto, retirando-se as partes conflitantes e/ou definindo melhor, por exemplo, que tipo de diagnóstico ou prescrição o médico pode fazer, e só assim, aprovado.	A
N	tira minha autonomia como profissional	indicação de ortese e prótese	N		N		A
S	Me impede de oferecer aos meus pacientes mais uma técnica que o ajudaria no processo de reabilitação.	Fazer com que as escolas que oferecem os cursos de acupuntura tenham maior rigor para aceitar seus alunos e futuros profissionais, ou seja, exigir que o interessado seja da área de saúde e que esteja em ordem com seu conselho da classe, pois eu já soube de pessoas que fizeram um curso de acupuntura e que não tinham nenhum tipo de envolvimento ou de estudo em qualquer área de saúde, fizeram o curso para tentarem uma forma a mais de renda, o que é um absurdo, pois profissionais sérios, sabem quando devem ou não utilizar a acupuntura para tratamento.	S	SATOSP	N		A
S	O ato médico tira a autonomia de outros profissionais da saúde.	Mudaria tudo.	N		N		D
N			N	apenas NUMERO DE INSCRIÇÃO NO CREFITO e pago SINDICATO DOS FISIOTERAPEUTAS	N		D
S	Afeta impedindo que o profissional fisioterapeuta que é capaz de realizar avaliação musculoesquelético e tratamento de acordo com a necessidade do paciente, fique de mãos atadas e siga as indicações médicas, já que o projeto de lei do Ato Médico coloca como privativo ao médico realizar avaliação e indicar tratamento terapêutico.	Que cada profissional da saúde seja habilitado a realizar avaliações e tratamentos segundo sua capacitação, e assim que todas as profissões da saúde atuem em conjunto para o melhor tratamento ao paciente.	N		N		D
N	Acho que talvez possa tirar a autonomia do fisioterapeuta criando uma dependência da classe médica.	Não conheço este projeto direito para responder esta questão	N		N		B
S	De certa forma, limita nossa autonomia em determinados procedimentos (ex: diagnóstico, avaliação).	Na questão diagnóstica.	N		N		A
S	tirando a autonomia da profissão, e vinculando todo procedimento fisioterápico(no meu caso) ao médico, o que tornaria o fisioterapeuta, em nível técnico		N		N		B
S	Desde a faculdade sou alvo da falta de respeito por parte da classe médica pela minha escolha profissional. Parece um tanto dramático mas infelizmente é essa a realidade. Essa pressão e desrespeito por parte dos demais profissionais da saúde é reflexo de um grupo corporativista apenas preocupado em uma reserva de mercado, e não com a saúde da população.	Eles deveriam se preocupar com o tanto de erros médicos que cometem. Deviam buscar melhores salários, quem sabe atenderiam melhor a população. Se acham que perderam mercado para outros profissionais, demonstram uma grotesca ignorância, por exemplo a fisioterapia é uma ciência médica que exige estudo e conhecimentos específicos de um profissional formado e especializado para tal. Assim como outras especializações como a acupuntura e procedimentos estéticos. NÃO DA PRA SABER TUDO, NÃO É?!??	N		N	Ocupo meu tempo com o trabalho...	D

N	na lei de oferta e procura, pois querem tirar o direito do paciente de escolha aos profissionais...	nenhuma, apenas retiraria o projeto do senado, pois se esta dando certo até agora, e porque de alterar tudo...	N		S	já participei de manifestações na época de faculdade, e sou totalmente contra as leis impostas pelo "ato médico", pois estão querendo reduzir o mercado somente para eles, cadê o direito de livre arbtrio do paciente??	A
N	Acho que tira a liberdade do profissional quanto a sua conduta terapêutica	Restringiria a abrangência do ato médico, respeitando os limites de cada profissional	N		N		B
S	A lei que regulamenta a atividade profissional do médico, é necessária, como todas as outras. Depende do conteúdo, da abrangência da lei, quanto fere a atribuição profissional do outro. Como está é limitante para os outros profissionais da saúde.	os procedimentos médicos não podem ser conflitantes com outras profissões	N		S	já foi exposto anteriormente	B
S	acaba com nossa profissao	alteração sobre a autonomia profissional	S		N		D
S	No poder de decisao da terapeutica aser usada e ate mesmo na execucao, no caso dos acupunturistas	Cada profissional deve ter pleno dominio de decisao e execucao de seu trabalho, para o qual foi intitulado e especializado. Qualquer intevencao nisso, e desrespeito ao profissional e ao paciente	S	Crefito	N		A
S	Invadindo minha autonomia profissional e a validade acadêmica de minha faculdade	O profissional médico somente pode responder por atos médicos.	S	Conselho de Fisioterapia	N		D
S	Subjugando-a e diminuindo-a, assim como outras profissões da área da saúde, tão complexas, autônomas e necessárias como são.	Não permitiria o Ato Médico. Ele não existiria.	S	Crefito, Sinfito	N		A
N	Com esses projeto em funcionamento, não teríamos mais autonomia para identificar qual tratamento seria melhor para o paciente.	Não sei	S	Crefito	N		A
S	Ficamos atados ao medico para muitas atuaçõesque dominamos e não podemos exercer.	Liberaria o uso do laser para fisios, aplicação de botox, uma vez que quem mais entende de musculos somos nós, aplicação de carboxterapia, pois a area de dermatofuncional é muito restrita. Nessa area o ato medico é um inferno.	S	todos os movimentos em nossa area estou sempre atenta e participo.	S	Como já disse acima, atuo na area de dermatofuncional, sei de minha capacidade, porem não posso trab. sem ter assinatura de um medico em minha clinica, isso me aborrece!!!	A
S	Á? um absurdo, sou profissional autônoma, muito bem formada na minha área e não posso aceitar que um profissional de outra área procure ter uma ascendência sobre os meus atos. Não vou interferir na área de um médico, como tampouco na de um electricista e não acho lógico um deles interferir na minha.	Acho muito proveitosa uma EQUIPE MULTI-DISCIPLINAR, mas não quero opinar sobre alterações no projeto.	N	Já participei e até ajudei a fundar o SINFITO, no Rio de Janeiro, mas não participo mais de associações.	N	Não, estou fora do Brasil grande parte do tempo e não participei de nada.	D
N	Se os médicos tomarem a frente de todas as decisões onde o fisio e os outros profissionais atuarão? Cada um tem seu espaço, é necessário respeitar que cada profissional possa realizar sua parte e juntos conseguir o melhor resultado para o paciente. Se continuar apenas um tipo de profissional direcionando quem e quando pode atuar, o paciente perde muito e financeiramente apenas o médico ganhará mais. A situação financeira de outros conselhos ja não é a mais adequada, com o ato médico aprovado piora ainda mais!	Não estou atualizada no projeto para apontar uma alteração.	N		N		C
N	sao muitas informacoes jogadas, nunca tive acesso ao real projeto de lei do Ato médico, entao nao posso dizer com 100% de clareza como o projeto vai afetar, sei que o que os médicos estao querendo (isto pelo o que estao dizendo por ai) que vai tirar muita autonomia das outras areas da saude que sao TAO quao importantes para um todo sistema de saude funcinar. Hospitais nao funcionam sem enfermeiras, sem fisio, sem fonos, sem médicos.... todos tem a sua parcela de importancia.. apesar que financeiramente isto não é valorizado. eu como fisio sou quem decido a conduta a ser seguida, conduta fisioterapica, e segundo o Ato, isto nao seria mais possivel, o que interfere diretamente no meus ambito de estudos, afinal EU estudei 4 anos p saber qual a melhor maneira de efetuar uma reabilitação, nao sei sobre medicamentos e operação.. ato do médico, portanto se eu nao posso nem dizer ao meu cliente para tomar um analgésico antes da sessão (quando e se necessário), nao quero nenhum médico me dizendo quais exercicios devo prescrever p o meu cliente.	infelizmente nao conheço ele na integra, portanto nao posso afirmar nada.	N		N	nunca vi nenhum "propaganda" de divulgação de um seminário/palestra desta tematica. caso contrario, iria para me informar melhor.	B
N	Tirando nossa autoridade sobre prescrição e seguimento de condutas, e a nossa autoridade em dar alta ou nao a um paciente tratado por nós.	Não acho que esse projeto deva ser vigorado.	S	Associação de Fisioterapeutas do Brasil	N	Nunca fui convidada ou fiquei sabendo por algum veiculo de informação sobre algum someinário ou palestra sobre isso.	A
N			N		N		A

S	tira a autonomia do fisioterapeuta de avaliar e prescrever a melhor conduta fisioterapêutica para o paciente, tendo em vista que sobre os nossos recursos nós temos maior conhecimento e temos total capacidade em conduzir um processo de reabilitação	não daria ao médico o poder de prescrever os recursos fisioterapêuticos	N		N		A
N	Tira a autonomia dos profissionais da área da saúde quanto à sua prática clínica e em pesquisa.	A parte em que os profissionais de saúde ficariam totalmente subordinados ao médico. Inclusive para a gestão de clínicas, prescrição de tratamentos, etc.	N		S	Na minha visão, o médico não é detentor de todo o conhecimento na área da saúde. Portanto, como pode prescrever tratamentos fisioterapêuticos, se não tem a formação em fisioterapia? E assim como as outras profissões envolvidas. Mas o principal é que este ato fere uma das principais tendências de abordagem ao paciente, seja no SUS ou setor privado, que é o trabalho multiprofissional. Onde os profissionais cooperam para o bem-estar do paciente, cada um em sua competência.	B
N	AFETA DIRETAMENTE NO MEU DIREITO DE CONDUZIR O TRATAMENTO DO MEU PACIENTE DAMANEIRA QUE EU ACHAR CORRETA.		N		N		B
S	AFETA A AUTONOMIA DE ELABORAR E EXECUTAR DEVIDAMENTE PROTOCOLOS FISIOTERAPEUTICOS.	"invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos" e, "aspiração nasofaringeana ou orotraqueal". O fisioterapeuta especializado em Dermato-Funcional realiza procedimentos químicos e abrasivos que atingem a epiderme. Pacientes em ventilação mecânica e em desmame necessitam de manobras fisioterapêuticas respiratórias que podem necessitar da aspiração naso ou orotraqueal.	N		N		A
N	Acredito que a avaliação de outros profissionais podem ser bem elaboradas e detalhada quanto a de um médico. Se o ato médico for consolidado a opinião multiprofissional não terá mais credibilidade e todos os pacientes deverão passar em um médico clínico geral para obter o encaminhamento para o especialista.	Não dar esta autonomia só ao médico e sim a outros profissionais (com especialização) também.	N		N		B
S	De maneira negativa impedindo que o paciente escolha o seu tipo de tratamento e impedindo que conheça técnicas diferenciadas de tratamento reconhecidas pela ciência. Além disso o médico não é profissional fisioterapeuta e desconhece as aplicações das técnicas fisioterapêuticas portanto não cabe a ele decidir sobre o paciente.	Desconsideraria todo o projeto	N		N		B
S	O ato médico tira inferioriza o fisioterapeuta e limita as condutas terapêuticas pois tira toda a autonomia do profissional diante de seu paciente.	A autoridade do médico em relação a tratamento e diagnóstico sobrepondo anos de estudo e prática dos demais profissionais.	S	Creffito	N		A
N	nas condutas terapêuticas que devo tomar, procedimentos invasivos serão proibidos segundo informações então não podemos mais fazer acupuntura e, principalmente devemos fazer somente o que os médicos indicam, e se não concordarmos com os procedimentos deles? se o diagnóstico não for preciso como vem ocorrendo constantemente, trato o paciente de forma errada? então porque estudei como identificar uma patologia se não posso aplicar? qual a razão disso? me sinto apto a realizar estas funções e não posso. O sistema de saúde do nosso país deixa a desejar, tem muitas pessoas que nem se quer consegue passar com um médico, então ele vem no meu consultório e não posso tratar porque ele não passou no médico. Ai ele fica sem saída e fica até quando sentindo dores e, se ele vem para fazer fisioterapia preventiva como fica essa situação?	ainda não sei, preciso ver a ideia real do projeto. será que isso é importante para o povo, ou para os médicos que cada vez mais tem que dividir o espaço com outros profissionais? será que são eles quem tomam decisões? parece que eles sempre querem ficar no topo da hierarquia, acho que ao invés disso devemos trabalhar em conjunto para facilitar o tratamento do paciente, sempre escutamos falar em tratamento multidisciplinar ou melhor interdisciplinar, mas parece que isso vai dificultar mais essa interação entre os profissionais. Se todos fossem mais éticos e fiscalizados qto à isso resolveria o problema que eles dizem, "de organizar essa bagunça, cada um no seu lugar".	N		N		A
N	Ele impede ou dificulta o acesso da população aos profissionais de saúde não médicos.	determinaria somente as prerrogativas médicas, do ponto de vista técnico científico.	N		N		C
S	Acredito que não estudamos 4 a 5 anos a toa, o médico não saberia recuperar um paciente no pós-operatório muito menos usar as técnicas que utilizo de mobilização articular.	Tentaria acabar com o projeto, pois a classe médica ve o seu lado e não o lado de uma população onde o sistema de saúde já está totalmente precário.	N		S		A
N	Diminuindo ou tirando total autonomia da minha profissão	não tenho esse embasamento para opinar em relação a uma alteração do projeto..	N		N		B

S	Por meio da aprovação do projeto a minha profissão, independente, se limitaria a uma submissão À ordens de uma profissional que não possui "competência" para prescrever diagnóstico funcional e portanto tratamento para tal.	Quanto ao encaminhamento indicando o tipo de tratamento a ser realizado por nós, fisioterapeutas.	S	Crefito 3	N		
S	Acredito que o projeto afeta, tanto na minha avaliação quanto o melhor tratamento para o meu paciente	Os médicos não podem querer prescrever o que outro profissional fará.	S	APAE	N		A
N	Até o ponto onde sei é que qualquer intervenção junto ao paciente de um outro profissional, necessitaria de uma autorização Médico.	Não tenho conhecimento do projeto na integra somente de alguns trechos, por esse motivo não tenho condições de propor mudanças	S	Multisa (Cooperativa Multiprofissional)	S	Virada da Saude, mas como já dito não conheço o projeto e não tenho condições de propor mudanças. Justificativa: O meu tempo é muito corrido pois fico no periodo da manhã na faculdade desenvolvendo projeto de mestrado e durante a tarde realizo atendimento em home cara para me manter, e isso se estende de domingo a domingo.	A
S	Tirando nossa autonomia como profissional capacitado	Não faria o projeto!!	N		N		D
N	Ficamos sem autonomia em nossa atividade. Tendo que seguir somente a prescrição médica, atuando como um simples técnico.	Daria autonomia aos profissionais da saúde com ensino superior.	N		N		B
N	A lei do Ato médico retira a autonomia do indivíduo de procurar recursos não médicos (como fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia) sem a autorização prévia de um profissional médico. E intervém na autonomia de capa profissional não médico em direcionar seu tratamento, tendo em vista que possui capacitação tecnica para tal.	Acredito que cada profissional deve ter autonomia de escolher os métodos curativos ou preventivos com seus pacientes.Com a lei do Ato médico perderemos a autonomia de escolher os metodos de tratamento e os individuos/pacientes tem o direito de escolher seus tratamentos.	S	Crefito3	N		A
N	Tira a autonomia da minha profissão.	Para que as profissões da área da saúde não sejam submetidas ao médico, para que elas possam atuar independentemente, sem que tenham que ser encaminhadas por um médico.	N		N		B
S	Tira a autonomia da minha profissão.	Para que as profissões da área da saúde não sejam submetidas ao médico, para que elas possam atuar independentemente, sem que tenham que ser encaminhadas por um médico.	S	AFICAMP - Associação de Fisioterapeutas de Campinas	S	Cada profissão da área da saúde tem seus conhecimentos próprios de tratamento que não fazem parte do conhecimento dos médicos, portanto, são independentes e não devem ser subordinadas a ponto de um paciente só poder ser tratado se for encaminhado por um médico.	A
S	Afeta no sentido de impedir a atuação do profissional formado, impossibilitando o fisioterapeuta capacitado de avaliar, reavaliar, prescrever (tratamento físico, órteses, próteses), dar diagnóstico cinesiológico-funcional, prognóstico, intervenção e alta, dentro de sua especialidade assistencial.	na verdade não tem alterações a serem feitas no projeto, ele simplesmente não deveria nem ter iniciado, isso é um absurdo e uma falta de respeito com os profissionais da equipe multidisciplinar e com a população que só se beneficia com o trabalho em conjunto, com trabalho em equipe	N		S	Sou extremamente contra. Os médicos precisam aprender a trabalhar em equipe, precisam ter em mente que todos somos fundamentais para a prevenção e recuperação da população. A saúde da população necessita de toda a equipe, pois todos tem a contribuir. Estudei sete anos e continuo estudando e tenho competência suficiente para trabalhar junto a equipe médica e não somente subordinada a ela.	A
N	Limita a autonomia do profissional para realizar os atendimentos.	Não tenho informações suficientes para responder.	N		N	Nunca tive informação de evento público deste caráter.	B
S	Afeta em termos que o medico nao sabe fazer uma avaliação funcional...apenas o diagnostico...então afeta muito nossa area	Não teria nenhum projeto medico e sim projeto para todos em conjunto melhorar a situação da saude no Brasil	S	SONAFE	N		B
N			N		N		B

APÊNDICE IV

Transcrição completa do grupo focal realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo sobre o Projeto de Lei do Ato Médico

Grupo focal – Hospital das Clínicas
Dezembro de 2011

V1: É então por isso que eu estou falando, mas daí tem uma galera que e não faz faculdade, lá não é profissional, ele esqueceu o que ele fez o que ele ralou se é que ele ralou ou não ou vou direto lá.

V2: Mas os médicos eles vêm (...)

V1: Mas daí é porque eles são espertos, porque se ela fosse esperta ela também fazia isso, talvez ela esta sendo esperta demais.

F: Na verdade têm vários deputados e senadores que são médicos, e acho que tem uma fisioterapeuta do Ceará e TO nenhuma e ai

V3: Médicos estão em todas as estâncias, governos.

Facilitador: Eu sou Jornalista, então o meu mestrado é em comunicação, e como eu trabalho no Conselho, no Crefito, quando eu fui fazer mestrado eu fui querer fazer algo que pudesse casar com o que eu trabalho já dentro do conselho até para não me causar muito transtorno, para ter que sair para outras áreas e aí que eu fui enveredando por esta pesquisa do ato médico, comecei fazendo pesquisa de debates em torno na área de saúde, ai ficou muito amplo tive que fazer um recorte e pegar um assunto só, como nessa época o ato medico estava polêmico e causando muito burburinhos eu vou pegar esta questão para saber como é que ela funciona e como ela está sendo debatida, essa é a ideia agora eu não sei se a gente espera o medico chegar, ou vocês querem ir falando já porque(...)

V1: Eu não sei se algum virá tão rápido, porque hoje foi um dia meio agitado.

F: Acho que até legal a gente começar a falar sem a presença porque de repente inibe ou uma coisa assim se vocês tiverem que falar uma coisa que não queira que ele escute seila né.

V2: Acho que deveria ser separado né Porque são opiniões diferentes,

V4: Eu acho assim, uma situação que tem vários vieses para serem vistos, abrindo cada coisa diferente. Tem a questão de relacionamento com grupos específicos de médicos, tem relacionamento no geral quando você recebe um paciente de fora, ou de um medico que você não conhece, então o relacionamento com esse medico é um relacionamento diferente e tem as questões oficiais, tipo o congresso que é um outro departamento, então muitas vezes mesmo no grupo de médicos que a coisa acontece tranqüila que o dia a dia é tranqüilo, com respeito e a coisa flui muito bem, quando chega num congresso tem uma coisa maior tomando conta e a gente não pode participar, então eu acho que tem sempre varias formas de ver essa mesma situação, tem o jeitinho que acaba sendo mudado no dia a dia então quando a gente pega nos grupos específicos a gente trabalha, por exemplo a gente aqui na TO tem um contato grande com o grupo de mão, então assim é uma coisa que no dia a dia parece que o ato medico acaba não existindo, porque(confusão duas pessoas falando ao mesmo tempo)

V1: É um trabalho de equipe mesmo, e esse trabalho se morrer, coitado do paciente entendeu pelo menos a gente trabalha com mão e não dá para você tratar alguém se você não tiver um contato, você chegar ao médico e falar assim olha eu acho que não opera agora, eu acho que consigo ficar mais na reabilitação ou eu não consigo mais ou ele falar para vocês, já que você consegue pouco mais com este paciente, mas ele não manda eu dobrar ou

esticar ele fala você não consegue ganhar mais como eu vou ganhar eu que decido, a maior parte dos encaminhamentos é avaliação de conduta, nós tratamos nossa conduta baseado no dia a dia do paciente, o tipo de cirurgia que tem que ser feita, agora dependendo de outras especialidades daí vem até o tipo da órtese que você tem que fazer favor confeccionar uma órtese interno moldável da vontade de falar jura, porque existe outro material.. só existe interno moldável entendeu.

Facilitador: Vocês têm caso de vir descrições que vocês não concordam, ou você fala não, não é isso, ai como é que funciona.

V4: A gente aqui no nosso dia a dia, a gente tem a liberdade de ir discutir com o médico é lógico que tem toda a ética permeando esse contato, não chega lá falando que você fez errado, você não sabe atender desde que aja uma abertura para discutir o diagnostico que foi pedido o porquê está sendo pedido e tem essa liberdade de discussão do caso com o profissional, à receptividade para isso varia de pessoa para pessoa, claro que tem médicos que discute e acha muito importante essa discussão e se propõe a discutir pronto para isso, como tem aquele que não aceita, eu falei, e o que eu falei tá falado, então eu acho que passa por muitas coisas, passa pelo quem é essa pessoa, como é que ela é eticamente formada tanto profissional quanto pessoalmente o respeito dele, como um ser humano, como um total com qualquer pessoa então passa por tudo isso, até chegar no profissional então tem muita coisa que passa pelo meio dessa questão do ato médico, por outro lado, a medida que ele manda ou fala do diagnóstico é esse você fará esse procedimento é porque ele sabe que ele pode confiar em que ele esta mandando, hoje em dia a gente tem um problema de formação universitária gravíssimo certo e que a gente mesmo como profissionais da mesma área as vezes você fala se eu mandar só o diagnóstico a pessoa dará conta do que pedindo. Mas ai por uma falha de formação, então a gente têm várias coisas, então até olhando o lado deles um pouco é que esse ato médico seria também para se proteger de onde é que vai parar o meu paciente, então eu acho que passa por várias coisas então a gente garante o nosso trabalho aqui.

V1: Eu acho que é assim a rede pública na fisio talvez isso não aconteça tanto porque a formação deles é um pouco mais física e cardiorrespiratória, na nossa formação de TO têm saúde mental que são atuações diferentes porque o que eu faço aqui na área física, eu nunca vou fazer na área mental, na área mental eu vou trabalhar o cotidiano o fazer, só que quando na rede eles contratam um TO às vezes eles contratam como já aconteceu com uma amiga minha, que é totalmente especializada na saúde mental e a população que ela atende é só AVC e ortopédico, como que esse TO tem condições de atender um paciente ortopédico se ele não é especializado, igual aconteceu com o medico então por isso quando você manda seu paciente para rede, no caso de terapia ocupacional, qual TO vai atender esse coitado, o da saúde mental vai atender um ortopédico ou um ortopédico vai atender da saúde mental ou uma estimulação cognitiva por que você precisa ser “etim. terapêutico”, além disso, formação você tem que se especializar você tem que saber o que está fazendo em todas essas áreas, eu acho essa a maior dificuldade quando a gente encaminha um paciente para rede, porque a rede também tinha que ser especializar, não sei, eu vejo no caso da Terapia Ocupacional, não sei se elas encontram esse mesmo problema também, porque assim a gente vê muito assim “ a tá bom” .

V2: Então a Fisio é muito a parte física, então assim é diferente um paciente respiratório, eu trabalho com “amputados” o Alexandre também trabalha com o “amputados” trabalhar com pacientes neurológicos é totalmente diferente, já trabalhei com parte de cirurgia de quadril é bem diferente dos amputados, trabalhar com diferentes pacientes é difícil também dependendo da área da fisio também.

V1: É que eu digo assim, no geral vamos supor um exercício no geral, é que nem as meninas fazem, exercícios todo mundo faz, mais assim imagina ela, fazendo um exercício de saúde mental, que não sabe nem o que é dobrar e esticar entendeu o que eu to querendo dizer, querendo ou não eu penso assim na fisioterapia ela tem uma noção de corpo o que na TO você não tem nem essa noção, entendeu, tipo ela pode até errar mas ela vai errar muito menos do que um TO que ele vai errar 100%.

(várias pessoas falando ao mesmo tempo)

V2: A gente até trabalha vai com o neuro vou trabalhar com a parte física também, só que assim é muito diferente a evolução do paciente na mão de um fisioterapeuta com experiência neurológica do que um paciente com experiência ortopédica, vai evoluir muito mais rápido o neurológico do que ortopédico que a gente não vai saber nem bem o que fazer as técnicas.

V1: Porque você tem cursos, eles te ensinam como você estimular isso, coisa que a gente está em outra visão e você aprendeu outras coisas ou seja, você chega lá e sente perda, meu o que eu vou fazer agora com o cara,

V4: Eu acho que assim, a questão é uma estruturação melhor das profissões, da gente ter uma estruturação melhor e ser aceito no mercado de trabalho de uma maneira como era mais ou menos o do medico. Ninguém vai fazer consulta de visão no ortopedista, então eles também não sabem e também não conseguem entender.

V1: Na rede eu também encontro esse tipo de problema, tem um clinico no posto geral, o clinico faz a pediatria, faz a ginecologia, isso que tem que parar de acontecer acho que quando isso acontecer, quando o governo minha visão pessoal mesmo quando o governo parar de roubar, e investir aonde te que investir não só na saúde porque não tem problema acho que isso você pode até colocar na sua revista. Eles ganharem 400 mil reais mais porque a gente tem que ganhar menos de mil reais em trinta horas aqui. Com os 30 mil reais deles eles pagam as contas deles, mas e a gente que estudou eu pago conta com mil reais que é menos e o nosso registro está menos que trezentos, então as coisas estão muito erradas, isso não é legal e ai o que acontece com os profissionais, eles vão tentar trabalhar em outro lugar e o que sobra para gente quem não tem outra opção e ai o que sobra para o seu paciente, gente que não sabe fazer. Porque para se submeter à isso, é muito difícil quem fica aqui fica porque gosta, fica porque acredita em alguma coisa então para você ver o problema esta no sistema o problema está lá em cima mesmo porque aqui em baixo quem esta na guerra sobrevivem, vai da um jeito conversa entre outros mesmo com seus mil reais então é isso que eles tem que começar a ver, não tem problema eu acho que qualquer um precisa de dinheiro para sobreviver mas não é justo o que eles fazem para outras coisas e começa a gerar outros conflitos eu particularmente eu acho, você vai para rede as pessoas que nem são especializadas na rede ganham muito mais que a gente que esta aqui em um grande centro o maior da américa latina e que você tem que dar conta, eu acho que assim o buraco é muito mais em baixo que um ato medico.

(várias pessoas falando ao mesmo tempo)

Mas eles ganham mais que a gente, lá o médico da família cobra muito mais que o salario deles por causa da grandiosidade, então o erro que é cometido aqui é muito mais visível os erros cometidos em outros lugares já não são, porque querendo ou não isso tem a grandiosidade.

F: Eu queria a opinião de cada um, sobre o que vocês pensam sobre politica mesmo, vocês acham que tem solução, são desacreditados se tem qual seria a solução.

V1: Eu acredito que em qualquer lugar exista as coisas corretas e não corretas é muita injustiça falar que todo mundo que estar lá é incorreto e corrupto é o meu pensamento esse eu ainda acredito nas pessoas.

V2: Em algum lugar sempre tem as pessoas que fazer as coisas certas e as pessoas que fazem as coisas erradas infelizmente a quantidade (...)

V5: As pessoas corretas elas são influenciadas pelas não corretas(...)

(várias pessoas falando ao mesmo tempo)

V1: Eu acho que elas são tiradas do lugar e ponto. Você não vai ficar mais lá

V5: Não consegue trabalhar lá.

V3: Os colegas falam muito de sistema, sistema, rede, dá impressão que tudo conspira em prol quero crê de uma minoria que seja muito mais influente que acaba manipulando objetivos exclusivos enfim eu fico agora com um monte de frases da Luka, da Ligia, dá uma impressão de uma conspiração que beira 007, eu roubo bastante, desestimulo a educação e sucateio a saúde publica e provoco a formação de profissionais bastante deficientes que vão vitimar minha população e o médico canalha que se baseia nisso tudo que eu produzir e digo: Olha os profissionais não médicos produzem erros gravíssimos, logo eu quero privatizar o ser único detentor de procedimentos clínicos que definitivamente não conhece como exclusividade deles.

(várias pessoas falando ao mesmo tempo 14:35)

V3: Essa história me deixa de sistema me deixa tão desesperado, que eu tenho vontade chutar essa mesa e quebrar tudo, a gente se vê meio que aceriado mesmo eu vejo no corporativo como parte disso, ela falou de (...) e de (...) da percussão de um eventual erro, enfermeiro ou auxiliar que segmentou avalanche de um neném recentemente, falou uma semana a vaselina na veia, claro que são erros bárbaros, mas não da para gente desconsiderar que esse profissional além de mal formado, além de não valorizado, além de explorado que em razão disso tem que se desdobrar em jornadas triplas.

V1: E por isso que é um mau humor do funcionário publico, imagina você acordar todos os dias 8:00 da manhã

(várias pessoas falando ao mesmo tempo 15:30)

É claro que isso, que essa parte do humor do funcionário público, todos nos aqui escolhermos está aqui sabendo o salario que a gente ia ganhar, é injusto é, só que chega uma hora que para grande maioria usa isso como um motivo: eu sou mau humorado eu não gosto de estar aqui porque meu salario é baixo, mas todos escolhermos foi uma escolha nos escolhermos por estar aqui eu não estar aqui e como a Ludi disse anteriormente todos nós estamos aqui por algum objetivo então é um objetivo que a gente acredita com o que a gente aprendeu com o que a gente pode ensinar sobre uma instituição de ensino de pesquisa, mas infelizmente o salario que nos é oferecido é inferior de varias categorias que não precisa de estudo não que eu acha que tenha que ganhar menos mais minha empregada ganha mais do que eu, ela trabalha de manhã e

trabalha à tarde, ela é diarista ela ganha mais do que eu no final do mês do que se eu trabalhasse de manhã e a tarde, eu trabalho de manhã, tarde e a noite e as vezes de final de semana a gente vem fazer alguma coisa, então por isso eu ganho mais do que ela, mas pelas horas trabalhadas ela ganha mais do que eu, não que eu esteja desvalorizando o trabalho dela, acho que ela tem que ganhar como ela disse dos políticos tudo bem eles ganharem um valor desorbitam-te, mas desde que (...)

F: Uma hierarquia dos cursos superiores.

V1: Isso, O tiririca é um fato, tudo bem foi este povo que votou, o povo que gosta de ficar no INSS é a nossa realidade do povo que gosta das bolsas que o governo ofereceu e eles não querem trabalhar fato, tanto que o INSS esta falindo e é isso que vai acontecer e o povo sabe só que não divulga né, e agora fizeram esse raio desse ridículo que vai tirar nossa aposentadoria para gente pagar mais e roubarem mais porque a gente sabe que na hora que a gente for aposentar aquele dinheiro não vai aparecer porque esta quebrado enfim o que acontece com essa nossa população que não tem o interesse de melhorar, todos eles querem aposentar e a gente também esta lidando com o outro problema do sistema que é esse eu quero ser vagabundo, porque muitos vão começar a ser camelo, começarem a pedir dinheiro no farol e em aposentado do que trabalhar e ai o que acontece, ai vem um Tiririca da vida não estou falando que ele não tem o que falar, meu mais é o pensamento dele entrou lá ficou, mas porque esse camarada que não sabe escrever que o povo burlou uma prova para ele e ele ficou lá e ainda tem que ganhar seus 20 mil e a gente tem que ganhar menos de mil e ganha 5 mil eu to feliz e dando os 300 mil para eles, sei lá eu quanto é isso que eu to falando.

V2: A classe da área da saúde, a classe da educação e da segurança não é valorizada, os principais.

V1: Então eu não acho que isso tem fim, não acho se você me falar você vê solução no final do túnel? Não, porque não se tem interesse, que nem quando surgiu no facebook “Ah quero tratamento SUS para o Lula” que nada filha, porque ele vai vim para o sus ele vai furar fila e ele vai ter o melhor, enquanto você vai continuar na filinha mesmo ele não tendo sus por que? Porque ele é o Lula e você quem é?! Ninguém, entendeu, porque ele vai ter o mesmo tratamento de um sírio libanês é só enxergar, então os profissionais que trabalham aqui são profissionais maravilhosos todas as áreas.

V4: Voltando para o ato médico, todos esses questionamentos quando a gente fala em salario eu acho que é uma coisa séria, sabe que existe mas quando a gente fala na questão do ato medico e eu acho que uma coisa que acontece com o funcionalismo publico porem isso a gente tem que pensar que o ato medico também esta para um funcionário que trabalha com paciente particular e pode ganhar bem ou não bem, mas é para todo mundo.

F: Se vocês sabiam que existia esse projeto, chegou até vocês e como chegou? Foi através do boca a boca, vocês leram em algum lugar?

V2: Foi por e-mail, mas nunca assim uma informação oficial da gente pegar e vamos ler o que é o ato medico, vamos ver como é que ele surgiu e porque ele surgiu, será que ele foi baseado nisso tudo que o ale tava falando, ai basear de tudo isso que estamos falando por aqui então o profissional vai acabar com o meu paciente então eu vou ser o detentor de tudo será que foi só isso, eu não sei.

V3: O interesse (**várias pessoas falando ao mesmo tempo**)

V2: A gente até imagina, uma elucubração a respeito disso, mas a gente não sabe a gente nunca teve esse acompanhamento.

F: Existem algumas aberrações que são ridículas mesmo e eu vou expor para vocês: “ é a atividade privativa do médico, uma das coisas que coloca é a injeção na pele, invadindo a derme que hoje o enfermeiro, (**várias pessoas interrompendo**) aspiração, a parte de ventilação.

V3: A acupuntura a parte de medicina ocidental ignorou e colocou num canto de charloteísmo de curuntenismo, depois que muitas evidências bastante explícitas não é no mínimo nojento que esses canalhas queiram agora desqualificar todos os acunputurismo e colocar como exclusividade médica essa atividade não é no mínimo petulante o cara não só mencionar que tipo de ordem como se eles soubessem (**várias pessoas interrompendo**) .

V2: A gente está falando aqui do centro das pessoas que estudam que se preparam e a gente é obrigado a estudar e ter essa cobrança então a gente esta em um lugar que é muito diferenciado, então pensando no ato medico da gente aqui tem muita gente que fala” eu trabalho aqui no HC, porque eu consigo trabalhar de uma maneira legal “de uma maneira como eu acredito e lá fora não “tive que ir para lá, para outro lugar, por causa do salário mas trabalhar aqui é ruim, não é como trabalhar dentro do HC onde tem essa discursão essas coisas todas, então a gente aqui tem uma situação muito privilegiada a parte do que o todo do profissional, por outro lado, não é difícil a gente ter exemplos de colegas nossos profissionais que é aquela historia “ ah, não consegui fazer medicina e vou fazer essas áreas que seguem próximas a medicina que pensa que é medico” se tudo puxar (...) vai pensar “ah fulana, era assim” queria até pegar um receituário e dar receita toma esse remédio aqui que tira a dor.

V1: Também, na nossa profissão entendi.

V2: Então a gente conhece isso, e não esta distante da gente muitas vezes, então isso também pegar e pensar: “peraí você é da reabilitação, você não esta aqui para dar tratamento ou para dar diagnostico” quando eu vejo que tem alguma coisa errada que eu suspeito que seja um diagnostico que eu acho, eu mando para o medico, vamos ver vamos discutir e não vou fechar o diagnostico do paciente e não vou falar para o paciente “eu acho que você tem tal coisa” porque eticamente eu não posso fazer isso, mas e sei que tem gente que faz eu já vi gente fazendo, então existe isso também, então quem é você profissionalmente para tomar essa atitude que não é tua, então e vou pegar tudo para mim e não falo mais nada está querendo da uma de bom, da gente é uma minoria, mas quem é a grande maioria de fisio, de terapeutas ocupacionais que estão por ai trabalhando no Brasil inteiro que botam um jalequinho branco e sai por ai falando. Tem e a gente sabe que tem, isso passa por uma questão ética que falta na pessoa, então você consegue falar por mim, por você a gente consegue falar pelo grupo porque a gente se conhece trabalhando, mas e lá fora, e no resto do SUS da vida e lá no Maranhão.

V3: Quando a gente falou em formação, como se eles não errassem também, a gente não ta mencionando um decimo alias a gente nem mencionou a questão do erro medico.

F: Por exemplo, essa questão para os fisios que trabalham com isso, a questão de colocam como atividade privativa a encubação traqueal que é

desnecessário, aqui a coordenação de estratégia ventilatória inicial para ventilação mecânica.

V4: Eu acho que (interrompendo)

F: Eles estão pegando o que é privativo deles, na prática isso pode ser privativo deles como isso funciona.

V2: Depende das coisas, encubação é invasiva seria uma coisa para médico mesmo que é muito arriscado agora a aspiração de secreção é coisa que é simples (todo mundo interrompendo)

F: Eu escutei inclusive lá nas discussões em Brasília alguns médicos falando que tem coisas que estão aqui como atividade privativa deles que eles não fazem e não querem.

(todo mundo falando)

V1: Mas quando você vê eles ensinando até pegar um cateter, você vê um falando para o outro “você tem que saber fazer, para saber mandar e não vai ser você que vai fazer” eu acho que eles tem que saber fazer mesmo mas essa coisa de que você tem que saber fazer para poder mandar talvez não seja dessas formas e é assim mesmo se lida com a sua empregada doméstica você não sabe limpar você vai exigir como do outro, então está tudo bom, mas eu acho que assim ele tem que saber entubar, aspirar mas eu acho assim quem é que faz isso? Eu e o fisioterapeuta os dois fazem isso, tabém o encubar não como ela tava falando uma coisa mais arriscada, mas ela tem condições tem porque eu já vi um médico sozinho e uma fisio lá nos queimados, se não fosse a fisio junto lá o médico não dava conta ainda mais em queimados e o médico que chamou ela então por isso que estou falando aqui a gente é um outro relacionamento mas eu acho que existem alguns procedimentos aqui que realmente a gente precisa deles, afinal eles são médicos e estudaram áreas diferentes, mas eles também precisam da gente a gente podia combinar os valores das profissões que aí você não anda fazendo “você entubou o cara e aí” se você não tiver um outro profissional que vai dar continuidade no seu procedimento não adianta muito você fazer.

V2: Existem alguns tipos de cirurgia como por exemplo a capscolotomia uma tenolise uma neololise, eles fazem a cirurgia se o paciente não faz uma reabilitação, ele perdeu toda essa cirurgia a reabilitação é imediata e depende diretamente da gente para a cirurgia dá certo.

V1: Isso se você for pensar mais além do ato médico que aí a gente precisa reabilitar esse paciente se ele ficar ruim, só o paciente perdeu com isso, para pra pensar de quem perdeu foi o governo que gastou mais uma cirurgia, mais um leito mais um monte de tratamento então assim, o gasto na verdade não é só o paciente que não ficou bom, porque ele já estava ruim mesmo, mas assim ele ficar ruim e ficar pior ainda porque teve outra cirurgia tem um outro processo de reabilitação, mas isso daí se você for bem fria ruim por ruim só que olha todo um gasto que teve para ficar ruim de novo entendeu, porque você tirou a vaga de um cara que as vezes precisava para poder operar esse camarada é bem complicado, eu acho, e aí se você não tem isso que ela tá falando não adianta você operar.

V2: Tem coisas também que eu vi que ele é responsável por dar alta, por exemplo alta da fisio essas coisas eu também não concordo porque é a gente que está atendendo a gente que sabe se está bom se não está, a gente que sabe a prescrição de órtese, prótese. Uma indicação.

V1: Eles não sabem, indicação é uma coisa,

V2: Eles sugerirem uma confecção de órtese, eles falarem façam uma órtese e a gente definir qual órtese que é feita ou eles fazerem uma sugestão é uma coisa, é o correto, agora eles falarem “você tem que fazer um estabilizador de punho” não vai nem saber falar nesta língua, nessa linguagem mas você fazer um estabilizador de punho com desvio, não vão saber corrigindo.

F: Então assim, vocês acham que por mais que isso aqui passe, o medico não vai conseguir colocar isso da forma de como esta aqui.

V2: De jeito nenhum

F: Não vai funcionar

V2: Só ter os onipotentes e os onipresentes

V4: Podemos imaginar se passo em um oftalmo ele vai fazer seu óculos é uma prótese ou uma órtese, ele vai fazer uma órtese, um dentista vai fazer os dentes, a dentadura e tudo mais, não vai.

V3: Que exemplo feíssimo, e o que causa estranheza é exatamente isso se é de conhecimento publico o que definitivamente não detém conhecimento do processo inteiro, mal diagnostica ou inicia o tratamento com uma cirurgia porque a petulância de querer monopolizar ou facultar as demais fases do tratamento as indicações preocupa-me quando a gente pensa por exemplo fora daqui que isso se estabelecendo por um peso de lei qual medico da cidade vai controlar rigorosamente tudo, ninguém toma uma injeção se não for prescrita por ele, ninguém faz rigorosamente nada de maneira benvil ele vai esta entre aspas não pode nem colocar a questão qualitativa mas subjungando os outros todos profissionais não médicos mas tão ou mais responsáveis pelo sucesso do tratamento a aptos que vão ser despachados e deliberados por ele, eu encaminhei para TO não deu certo ou eu encaminhei para coisa não deu certo só deu certo porque eu encaminhei para o profissional que eu julguei quando isso já segue um ciclo natural sem esse encaminhamento e o que me preocupa pessoalmente e que além dessa questão econômica que me parece que isso também é o grande vilão que esta atrelado a isso é o segmento mesmo é enfim ele não sabendo fazer o óculos, ele não sabendo fazer a prótese dentaria ou qualquer outra mobilização.

V2: Ele não vai poder indicar propriamente para o que é.

V3: Para quem

V2: Para que necessidade, você tem tantos graus de miopia é a mesma coisa o paciente tem o diagnostico, agora o resto que decide não é ele como chegar a isso e pode sugerir para gente a órtese, por exemplo, sugerir uma órtese para tal patologia que tem isso isso se a gente não souber se o medico só escrever fratura lá em cima sem escreve do que é , órtese para punho a gente não consegue fazer porque a gente não sabe que fratura que é a não ser que a gente olhe o local da cirurgia mas assim a gente precisa saber um diagnostico para poder tratar o paciente porque é a gente que traça essa conduta desse paciente.

V3: A formação de todo esse profissional, no ramo medico das áreas de reabilitação a gente tem uma carga muito grande de avaliações físicas de patologia que nos fundamenta, por exemplo, você identificar o que esta estragado que precisa ser melhorado e menos para você melhorar em suma é isso então assim as vezes é chocante você receber a prescrição de um medico te ensinando exatamente até a dosimetria do aparelho ou sugerindo serie de exercícios fortaleça glúteo dessa forma, não nessa posição chega a ser ultrajante quando ele acerta, triste é quando ele sugere absurdos dentro de lei

como é que vai ser isso eu mato o cara, seguindo o que diz a prescrição médica e eu pioro a função dele para que eu não caio na ilegalidade ou eu faço o que é eticamente correto com o que eu aprendi e o que é bom para ele e incorro um risco de responder um processo como já ouvi de um profissional medico especialista em reabilitação que é o fisiatra que eu tive o desprazer de ouvir o especialista perguntar-me a quem ele processaria porque supostamente eu teria mudado uma conduta medica como se tratava de um recurso físico que visava a analgesia.

V2: Da impressão que a gente faz faculdade para nada que é só seguir a receita do jeitinho que esta lá.

V3: Quando as receitas são corretas, eu não me sentiria tão ultrajado por isso você vê verdadeiros absurdos do nada um achismo onde há questão do ego da vaidade que já foi falado aqui impera sobre o beneficio do paciente, onde o interesse financeiro pessoal ai aquele corporativíssimo de novo me irrita esta sempre hierarquicamente maior ao que eles juraram um dia pré Hipócrates, Hipócrates só me pensa naquele trocadilho magno que é totalmente uma hipocrisia que eles se posicionam em prol dos pacientes daqueles atrativos nobre como o que a gente vê na pratica felizmente não em larga escala que aqui, porque aqui de fato é um oásis no quesito possibilidade de contato pessoal, possibilidades de conversar de igual para igual.

V1: Outra coisa, só pensando em tudo que o ale está falando das coisas erradas deles assim, que residente não está nem ai com a hora do caqui entendeu é assim que acontece.

V3: é a aluno

V1: Ai você tem que ver nos casos nossos que são procedimentos micro cirúrgico que o cara não tem função nenhuma e você esta tentando uma cirurgia para ver se ele tem uma função, então assim: você tirou um musculo que funciona em um lugar para colocar no outro que não tem função e não tem “enerveação”, ou seja, você tem que rezar muito bem rezado para dar certo e fazer uma reabilitação certa ai você tem que vim em um posicionamento corretíssimo desde que sai da cirurgia, vamos supor: você tem que estender toda, você fez uma transferência para subir o punho, porque o punho da mão do cara era caído, você tirou um musculo que justamente puxava ele para baixo para ir para cima, ai o camarada tem que vir assim em sessão total para cortar esse musculo e começar a funcionar e vivemos assim no centro cirúrgico, ai você pega e fica enlouquecida você vai lá e fala: “Meu olha como esse paciente saiu do centro cirúrgico” não da para ser assim, olha esse posicionamento vem incorreto e agora vou ter que encurtar mais ele vai ter que ficar mais tempo na órtese, isso acontece aqui direto, não é um é varias vezes, sabe o que vai gerar isso? Vou ter que fotografar tudo, vou ter que escrever tudo porque ele vai mandar eu fazer uma coisa que esta la realmente no protocolo do pós operatório daquele tipo de procedimento, mas ele mandou errado ou me mandou sem gesso ou até ele saiu certo do centro cirúrgico, outro problema que a gente tem ele mandou para o curativo e o departamento de curativo nem sabe para o que é, e vai lá e deixa o paciente só com uma faixa, ou seja, a hora que você desceu o punho do cara você rasgou a cirurgia, você lesou ele de novo você entendeu o que eu estou querendo dizer, o buraco é mais em baixo e eu como terapeuta eu também vou ser processada porque no fundo ele operou, alguma coisa que deu errado e eu vou começar andar com uma maquina fotografica tipo detetive, vou fotografar vou escrever porque

ai vou ter com provar que na verdade quem fez errado foi ele lá em cima, ele foi lá operou ensinou alguém e foi embora, então reflete tudo isso.

V2: Sabe uma coisa que acontece, encaminhamento por exemplo que fala fratura do quarto dedo, ai quando a gente abre o curativo a gente vê uma cicatriz no meta com um fio no meta, nossa quarto dedo com fio no meta **(várias pessoas interrompendo)**.

V1: Uma vez eu peguei amputação do quinto dedo, você imagina um Lula que apareça para você, quando eu tirei só tinha o quinto dedo você me entendeu a amputação foi dos outros, isso dai eles não gostam de escrever, escrevem tudo errado então você imagina outro problema, como é que esse camarada vai me escrever tim tim por tim tim agora você tem que tem que (...) até tantos graus e estender, se ele tem preguiça de me escrever o dia que ele esta me encaminhando.

V2: Ele põe fratura órtese

V1: Você me entendeu então eu acho que no fundo, isso vai ser lei e quem vai se ferrar serão os reabilitadores porque os médicos vão continuar a fazer as mesmas coisas.

F: Esta caminhando para ser aprovado, infelizmente não tem muito que fazer.

V2: Uma questão que eu tava pensando, a questão do encaminhamento, vem escrito algumas vezes aqui o que eles querem que a gente trabalhe com os pacientes na fisioterapia também deve ser assim, varias técnicas vem surgindo de tempo muito rápido, e cada ano uma técnica nova, que pode auxiliar a melhorar, mas os médicos nem sabem que existe.

V1(interrompendo): Algum outro ainda se interessa que com esses médicos é gostoso, você tá me entendendo que tem muito cirurgião de mão da antiga, alguns da nova que eles sabem o que ele faz e o que você faz como a gente sabe o que ele faz e o que a gente faz então isso que é legal ele fazer uma órtese se a gente precisa dessa órtese dinâmica porque eu operei assim, e você se entende com um papo com ele também, mas eu acho que essa nova geração não quer muito sabe evoluir e ir para frente e saber o que o outro faz justamente que ele tem que perceber o que eu faço é o complemento da cirurgia dele porque assim quando ele opera, ele faz quase tudo só que para isso ficar 100% você só precisa de 10% da reabilitação certa para dar tudo certo, e quando não da certo isso fica pior do que tá porque daí você entra em um processo de fibrose, o paciente entra numa outra deformidade se entendeu então assim, eu to diminuindo a gente para entender a cabeça deles se eles operaram e são bons então tabom, mas eles só fizeram 99% então esse 1% que eu tenho para fazer pode deixar o paciente 200% pior que ele tava antes você esta me entendendo. Eu acho particularmente, que é 50 a 50% eu pessoalmente eu dei essas proporções de 99 a 1% já que a gente não presta para nada mas esse 1% que a gente não fazer ele vai ficar 200% pior é nessa proporção o meu exagero.

F: Só por questão de curiosidade, o que faz um fisiatra que até outro dia eu não sabia que existia.

V2: É o medico da reabilitação.

V1: Ele queria ser fisio, mas ele é médico, é um invertido ele não conseguiu fazer medicina e resolveu fazer fisio e to e enfermagem, na verdade ele estava na medicina e falou vou fazer fisioterapia, mas um fisioterapeuta na verdade não serve para nada é melhor mandar neles ai surgiu, na teoria ele vai

comandar a equipe de reabilitação mais na prática não é o que a gente vê muito.

V4: Na verdade é um fisioterapeuta da vanguarda, ele já sabia que ia acontecer tudo isso vou para cá.

V3: Porque é uma área promissora.

F: Começou o ato médico eu que vou mandar agora.

V2: Mais eu acho que assim, esses daí o ego é pior do que qualquer outro, porque realmente ninguém sabe o que é, porque se você for parar para pensar na função que ele tem, ele avalia os pacientes que para gente é muito importante, porque a gente sabe avaliar um músculo, mas se ele fosse fazer certinho sem ficar incomodado com a equipe de reabilitação para gente a resposta deles são muito importante para gente flui com os nossos pacientes

V3: Aqui eu tive prazer de trabalhar por um período junto com a fisioterapia no trauma aqui modular que é fundamental, é o que vocês veem também fazendo o segmento na mensuração das cadeiras na adequação, extraordinário porque eles têm um clínico a visão da reabilitação, mas noutras áreas menos especializadas eu diria fica uma confusão muito grande, eu não tenho dúvidas que nós reabilitadores de uma maneira geral sobreviveríamos muito bem sem essa especialidade se houvesse o contato com o profissional, seja o ortopédico, um neurologista.

V4: Tem um no grupo de mão, por exemplo, que era por causa desse idiotismo, então assim você passou fez a cirurgia, aí você vai marcar para passar com o médico para começar a reabilitar perdeu a cirurgia não dá tempo.

(várias pessoas interrompendo).

Muitas vezes acabava atrapalhando ao invés de ajudar, não é assim para dar o start nas coisas, muito pelo contrário ele queria atrapalhar então pulava, mas, por exemplo, no (...) modular eles tinham uma (...) muito importante, então eles esqueciam que eles iam trabalhar com a fisioterapia e com a TO.

V2: Eles sabem dosar medicamentos que é específico que muitos clínicos não saberiam, não precisa pensar em exercícios, exercícios físico e to pensam e que bom que têm eles para pensar para isso porque tem uma outra área para atuar aqui, então quando eles tem essa outra área para atuar eles flui é muito legal.

V3: Respeita-se indiretamente o profissional.

V4(interrompe): Agora quando não tem aí começa a se trombar começa vim os encaminhamentos que são despautérios, não sei porque fazer isso e você sabe que vai mais atrapalhar do que ajudar o paciente de maneira nenhuma e as vezes não tem essa abertura para fazer a discussão.

V1: Aí você vai fazer uma coisa contra a lei, fazer o que ele não está prescrevendo e aí como vai ficar, vai cometer um crime.

V3: Na verdade não tem para onde correr.

V1: Eu sei para onde, vamos fazer uma greve geral ou vamos desistir.

V3: Você faz o que é melhor para ele, e corre no descumprimento da lei do ato médico, ou você cumpre tudo que ele faz e enfim eu acho que fica nessa.

(várias pessoas interrompendo).

V4: A gente tem ainda uma outra coisa que nos atrapalha a nossa vida, é o paciente, porque a palavra do médico é a palavra de Deus é Deus no céu e médico na terra então ainda que você fale esse exercício não é para dobrar é melhor esticar, se o médico falou que é para dobrar ele vai dobrar e o que conta que ela está fazendo errado e ele volta e fala o médico falou que você

esta fazendo errado e ele vem nessa cobrança, então além de tudo a gente tem contra gente o paciente.

V1: Não sei se acontece com vocês, mas a gente aqui usa órtese, orienta o uso e a higiene e fala assim para ele: “Qualquer problema a senhora tem total liberdade de vir aqui, quantas vezes precisar não precisa passar no medico que até você passar no medico, para reclamar com ele já machucou, já não funcionou tabom pode ligar todos os dias se a senhora quiser, é só ligar e agendar eu troco o velcro vejo onde esta machucando” seis meses depois, vem esse próprio paciente que você falou com uma carta: “favor ajustar órtese que esta machucando” seis meses, ou seja, eles fazem questão de ir lá mesmo.

V2: É porque o medico é onipresente, onipotente na cabeça de muitas pessoas, inclusive esses pacientes não só na deles, é geral.

F: Teve um fisioterapeuta que fez uma pesquisa, ele ia na rua e perguntava assim: “ Se você tem uma dor, quem você procura?” é unanime que procure um medico.

(várias pessoas interrompendo).

V1: Mais se eu to com uma dor, eu tenho que procurar um medico mesmo, é ele que eu tenho que procurar a regra é esta, não sou eu TO eu sou xereta e sei que isso é uma tendinite porque eu sou xereta e intrometida só que quem tem que diagnosticar sou eu xereta então é o certo, agora depois que ele te diagnosticou-te da um remédio para analgesia se ele quiser melhorar isso sem remédio ele vai falar: “ Olha é legal você fazer uma reabilitação onde eles tem recursos e meios terapêuticos para melhorar ainda mais sua situação, eles vão diagnosticar e tratar os sintomas e a causa do que esta acontecendo, mas por outro lado também no consultório uma outra coisa que a gente vê é paciente que busca médicos e não encontra nenhum bom, ou ninguém que sabe ai ele tem um amigo que tratou com você e ele viu que ficou bom e ele vem para você o que a gente faz: a gente avalia a gente indica algum medico que a gente acredita então gostaria que o senhor fosse lá que ai ele vai fechar o diagnostico para gente pode tratar, na verdade a gente já sabe o que ele tem, porque a gente é intrometida, porque a gente tem que estudar tudo que o medico faz e depois para gente tratar como era um caso que eles deviam fazer e ai a gente faz esse caminho e a gente vê o inverso, a gente encaminha para o medico, e volta porque isso é o ético isso é o correto e vice versa.

F: Então essa é a corrente, porque existe uma corrente tanto de fisioterapeutas quanto de terapeutas ocupacionais que acham que o fisio e o to têm que diagnosticar.

TODOS: NÃO

V2: Você pode diagnosticar, mas não falar para o paciente, você vai conversar com o medico e falar: “eu acredito que seja isso”.

V1: Mas essa corrente de fisio e TO, sabe o que são? São os mal amados como são os médicos mal amados que querem mandar na gente.

(várias pessoas interrompendo).

V4: Quem não passou no vestibular para medicina ai tentou esse aqui que é menos concorrente e ai passou e nunca mais, continuou se achando.

V1: Peraí né, ai eles estão querendo ser o ato medico da reabilitação o ato da reabilitação.

V2: O médico que diagnostica e que da medicamentos a gente reabilita. Mas quem faz nossa conduta é a gente.

V1: Mais uma vez, eu com as minhas amigas da saúde mental, o povo da saúde mental dentro da terapia ocupacional é fogo, eles são onipotente onipresente dentro da terapia ocupacional nós somos adicionistas, lá dentro da terapia ocupacional a saúde mental é que pesca o resto, fica praticamente na merda. Uma vez eu disse para uma amiga “Então tabom má, um dia que você estiver com uma dor aqui morrendo, eu vou supor que é uma hérnia vou catar uma faca ou um bisturi eu vou te abrir e eu vou cutucar onde é que é tipo um rabinho de porco vou arrancar vou te fechar e você vai sobreviver” porque afinal sou o terapeuta ocupacional ai ela não é assim que eu to falando, ai eu é porque você esta falando que medico não presta e cada um presta tanto é que a gente existe se não nossa classe já tinha sido extinta, então a gente tem que saber o que cada um faz e o que cada um tem que fazer não da para não ser assim eu tenho amigos desse jeito.

F: O ideal é ter trabalho em equipe mesmo.

V1: A gente precisa do trabalho em equipe para pode saber todas as vertentes daquele caso para gente poder atender o paciente.

V1: É terrível também quando a gente recebe um encaminhamento, fratura de tanto e tanto tempo a gente não sabe como esta conformidação não consegue conversar com o medico para saber consolidou ele esta legal, a gente precisa desses dados e quem cede para gente são os médicos aqui principalmente porque eles confiam em nosso trabalho, eles sabem que a gente vai fazer o que é certo e pode ser que a gente erre também dai eles vão falar para gente: “Olha esta errado aqui” assim como a gente conversa com eles olha não é assim.

V4: Eu acho que assim em minha opinião bem pessoal mesmo toda essa confusão e essa questão que a gente hoje esta enfrentando tem uma única origem que é a falta de ética, de responsabilidade de respeito e de comprometimento das pessoas que falam e isso começa na faculdade e é assim, se eu estou sabendo que a minha formação esta meio deficiente, se eu estou sabendo que eu não entendo dessa área e chegar um paciente da psiquiatria para eu atender, eu sei que eu não sei atender não vou pegar para atender porque o cara é milionário e vai me pagar seila quanto por hora da consulta.

V1: Eu vou indicar para uma amiga minha...

V4: Eu vou indicar para alguém, essa eu perdi agora hoje em dia as pessoas estão com muita falta de respeito para com outro, nas não consegue se enxergar na historia não tem comprometimento e responsabilidade e nem ética. “então vamos lá tudo bem, como for o jeito que vai fica” e ai vai ficando, cada um tenta resolver a situação e acertar o seu lado. Então assim esta dando problema então vamos fazer o seguinte quem esta em cima corta tudo que nem faz com a criança, agora ninguém vale mais nada se ele der a autorização ninguém faz e acabou, calem a boca e fiquem quietos, mas eu acho que assim de uma certa maneira todo mundo trabalhou para gente está onde a gente tá.

(várias pessoas interrompendo).

V4: Então assim, se começa tudo se não estudei para isso não tenho o que diagnosticar minha especialidade não é essa eu não tenho que da pitaco nem meter dedo nisso, vai começar a ter um pouco mais de respeito porque chegou até aqui e eu não sei, eu tenho um colega melhor e eu vou indicar para ele, as coisas não estariam do jeito que estão, mas foi indo e aumentou muito o numero de pessoas formadas, apareceram muitas faculdades cada vez mais

faculdades novas que faz de qualquer jeito que muitas vezes o cara não sabe nem o português, a anatomia e tudo mais, eu conheço gente que da aula em faculdade particular e que fala: "Olha, eu não consigo da uma aula como eu gostaria da, porque a direção da faculdade manda da uma apostila de três paginas tirar as questões da prova daquela apostila", era uma moça que ela era bioquímica ela dava aula na UNIP.

V4: Ela falava: eu não posso dar aula, eu dou o técnico e a direção me obriga e não pode repetir o aluno. Então assim gente que profissional é este, que entrou sem saber falar o português, porque a prova de português pouco importa, que para fazer prova não precisava estudar que não sei o que fazia tudo em grupo ai no final pegou o diplomão dele ai bota ai tem dinheiro para pagar a faculdade inteira, vários deles tem dinheiro para monta consultório e esta ai trabalhando fazendo loucura barbaridades tem gente boa nessas faculdades, claro que tem, porque a pessoa foi lá estudou se comprometeu e sabe que só aquilo que estava dando não bastava que ela tinha que procurar mais, mas não é todo mundo que é assim.

V1: Sabe o que eu acho, em uma faculdade particular, por exemplo, tem faculdade que cobra R\$ 150,00 o curso para o aluno por mês, o professor é voluntario? Porque o professor deve ser voluntario, por que se não for ele é muito mau, não é possível, como um aluno que paga R\$ 120,00 por mês em uma faculdade vai conseguir uma formação tudo envolve querendo ou não do lado negativo ou do lado positivo envolve dinheiro também e a gente falou da nossa remuneração a má remuneração esta intimamente interligada nisso em qualquer área.

V4: Então eu acho que essas questões sempre a justificativa é a má remuneração agora eu acho que assim, pobre ou rico a ética tem que estar presente em toda situação, então a gente sempre coloca a questão econômica eu acho muito tranquilo também.

V1: Eu acho assim que qualquer faculdade de esquina eles tem os mesmos cursos administração, pedagogia, e agora esta começando a fisioterapia é o fato que é o da saúde é que esses três têm porque arranjam muito fácil emprego e também alguns nem te conhecem porque muito te chamam de fisio e na saúde mental de psicólogo, então enfim na hora que você faz o vestibular para essa faculdade que vestibular que é? É mentira porque o cara que entrou lá ele fala menos, fala seje, não escreve direito. Não estou falando que falo tudo certo, porque eu não falo mesmo mais menos eu não falo, seje eu não falo, pra mim fazer, é uma coisa assim que estupra o cérebro, ai você esta pegando esse profissional, esse pedagogo que vai ensinar o seu filho falando menos, o administrador lá ou o advogado do direito lá é outro que tem em qualquer lugar ele vai ser de porta de cadeia porque ele consegue tudo no tribunal.

F: Mas o advogado ainda tem a OAB.

V1: Mesmo assim, em fisio aquele que vai trabalhar no derme que vai por que já aconteceu que eu tenho uma prima fisio e que só não foi trabalhar no derme que queima o paciente e mata ele entendeu? Isso é fruto e ai é o que a Ligia esta falando é verdade daí quando esse povo sai do meio da rua que eles conseguem né terminar a faculdade eles aceitam qualquer coisa, ai você chega é que nem o auxiliar de enfermagem, eu acho que o auxiliar de enfermagem é outro que tinha que ser melhorado, mas não é então a pessoa já é inferiorizada e você vai trabalhar ai você entra no segundo fato o salario, ai eles te inferioriza

mais ai essa pessoa tem chefes de níveis mais carrascos ai eles não tem nem ai e fazem as coisas tudo de qualquer jeito e esta começando a acontecer aqui com a gente também, você não tem mais estímulo pergunta para qualquer profissional a dez anos atrás você ficava feliz ao acordar para trabalhar mais um paciente que eu vou atender hoje você não tem estímulo que te leve a levantar para trabalhar pois não tem estímulo financeiro não tem retorno positivo do paciente nem do seu hospital.

V4: Eu não sei como em um Congresso de Fisio e de TO se você fizer uma mostra de cinco e cinco anos mudam as pessoas, **(várias pessoas interrompendo)**.

Nossa gente eu vim no Congresso e não conheço ninguém, cadê aquelas pessoas que você encontrava antes? Não estão mais na profissão.

V1: Só que assim, se você for parar para pensar mesmo no privado o negocio é tão mal valorizado que é melhor ser manicure, faxineira que ganha mais que a gente, olha a inversão de valores que sobra, o que sobra para ganhar esse pouco? Aquele que fala a menas **(várias pessoas interrompendo)** chega uma hora que mesmo assim, eu não sou preconceituosa, não estou pela mor de deus sendo racista um nada, não é isso que eu to querendo explicar, to falando que essa pessoa ela batalhou para estar lá ela também sofreu para fazer a faculdade para pagar e etc, não estou falando que ela não mereça, então a faculdade vê que ela mereça vamos faze rum curso de português antes, será que a gente não conseguia mudar isso também, porque esse povo ai aceita ganhar quinhentos reais, como o Crefito já fez uma pesquisa que tem muito fisioterapeuta no caso mais a fisio do que a to que ganha menos que quinhentos reais.

F: Porque a diferença de fisio e to são gigantescas.

V1: Uma pesquisa que a gente respondeu há dois anos mostrou teoricamente o salario da TO ainda esta, gerando em oitocentos mil mais tinha fisio que era 300 e 900 a maioria deles, o que se submete a isso.

V4: Enquanto a fisio que atende em casa, vai na casa do paciente por quinze, vinte reais.

F: Tem uma fisioterapeuta que trabalha em salão de beleza, fazendo massagem.

(várias pessoas interrompendo).

V1: Outra coisa que acontece com a população, na classe media e na rica eles fazem a lipo e pagam a sua drenagem, ele estoura a mão dele e ele não paga uma sessão de reabilitação, você gasta muito mais com estética do que com saúde, eles se reformam inteiro eles gastam o quanto for com a estética e eles preferem o fisioterapeuta do que o esteticista e vai e faz e paga e acontece, fraturou o joelho eles não pagam um reabilitador. Então também a sociedade, também tem um valor invertido **(várias pessoas interrompendo)**.

Na semana passada gastei R\$ 550,00 em um dentista e voltei puta da vida, mais falei nossa mais eu gasto R\$ 550,00 em tantas coisas para pinta o meu cabelo é complicado mesmo.

F: As próprias faculdades nem contratam mais professor com doutorado, porque paga mais.

V1: Você não pode mais se especializar.

F: Voltando para questão do medico, você não vê mais cursos de medicina em faculdade “furré”, esta começando.

V1: A Uninove abriu o cursinho, porque na Uninove pode ser muito boa para alguns cursos, ela consegue um conceito ótimo. Está começando em todas como medicina também por isso que eu estou te falando.

V4: Porque virou negocio abri curso universitário, não é muito difícil abri curso universitário, então todo mundo abre não tem muito pré requisito nem para curso oferecido nem para oferecer porque quem entra bateu na porta vamos que é dele.

V1: Se tem dinheiro para pagar.

V4: Ou não tem porque hoje em dia, não precisa mais pagar, a faculdade não pode te mandar embora se você não tem dinheiro para pagar assim, você entra e não tem tempo, você não pode mais impedir aluno de assistir aula porque não pagou, então não precisa nem pagar.

(várias pessoas interrompendo).

F: Depois que eu entrei no Crefito eu tenho medo de medico, eu vou em medico e fico com muito mais medo do resultado.

V1: Mas foi o que eu falei, em todos os lugares tem os bons e tem os ruins tem os fisios bons e ruins. Esse problema que ela tem no dente dela, ela foi no dentista que deixou o dente dela aberto infiltrou e ela teve que fazer o canal ela passou por um monte de choque que ela não sabia que estava passando.

V2: 2 meses tomando analgésico todos os dias

V1: Ai a outra dentista falou para ela: “ela colocou isso, mas não usa mais isso”

V2: Ela colocou por cima do nervo então o meu trigênio ficou todo inflamado

V2: Ai eu ia numa ortodontista, ai isso varia de cada especialidade ai ela fazia meu aparelho e eu continuei com ela como dentista, ai ela era ótima no aparelho, mas como dentista ela era péssima mesmo uma coisa que eu seria como terapeuta de saúde mental.

V1: Eu vou trabalhar no shopping, eu sempre falei isso, não dá eu não gosto que processo terapêutico eu vou fazer para o meu paciente? Nenhum então eu vou fazer outra coisa, isso se eu nunca tivesse encontrado esse emprego aqui, juro que vocês iam comprar roupa comigo em algum lugar.

F: Abre uma faculdade

V1: Não eu nem ia ter dinheiro para isso

(várias pessoas interrompendo).

Chega o médico.

F: Primeiro saber se o senhor conhece o projeto, já ouviu falar, como é o seu conhecimento do projeto?

M: Só ouvi falar, não é muito profundo, só ouvi falar.

F: E você acha que na prática, no dia a dia do hospital, ele vai refletir ou vai interferir se ele passar no congresso? Como o senhor vê essa questão da medicina, tem uma lei que coloca atos privativos e outros profissionais da saúde falam que a lei vai impedir eles de fazerem algum tipo de atividades que eles fazem?

M: Acho que ele tem a formação para fazer aquilo, ele pode fazer, independente do cargo que ele tenha e do título, se você tem na sua faculdade uma formação para fazer outra atividade você pode fazer.

F: O senhor é de que área?

M: Ortopedia

F: Por exemplo, os profissionais ficam com certo risco, os profissionais que não são médicos ficam com certo receio de tendo a lei, falando “olha isso não pode fazer mais” um exemplo sobre a questão de encubação que alguns fisioterapeutas fazem, aqui pelo que eles me falaram é super tranquilo a relação com o médico, mas não é assim em todo lugar então não sei se pode ser uma reserva de mercado gostaria de saber o que o senhor pensa a respeito.

M: Aqui não tem problema nenhum, porque as pessoas estão definidas pelo que faz, pelo que sabe fazer porque não fazer. O que você não pode você fazer coisas que você não está adaptado a fazer, aí você está colocando o paciente em risco, por dois lados o médico não saber fazer muita coisa e outra pessoa não sabe fazer a parte médica, o que tem que definir qual é a função de cada um.

F: Isso aqui é tranquilo, o trabalho em equipe?

M: Este hospital é um hospital escola, e ele basicamente é multiprofissional desde o seu início, então você escuta a opinião das pessoas, e você discute então creio que não haverá nenhum problema com relação ao ato médico, o que você não pode fazer é assim, se passar uma lei e você não vai fazer cumprir, esse é o problema maior que é muito comum no Brasil, então você não pode dirigir com a moto entre os dois carros, mas você vai punir alguém? Não! Então todo mundo dirige, você não pode fazer isso, você vai punir? Não, então se você não vai fazer cumprir é melhor não existir a lei na minha opinião, assim é consenso desde seu filho, se você fala não pode fazer isso, se ele faz não acontece nada ele vai continuar fazendo e você não tem moral para cumprir, agora se vai cumprir e fazer com que ele cumpra aquilo aí você estabelece uma regra, o que não pode é regra e depois não cumpri.

F: Talvez o projeto do ato médico que ele se propõe que for cumprido à risca inviabiliza muitos procedimentos que a gente apresentou aqui que é multiprofissional, ele vai acabar não sendo cumprido porque, senão inviabiliza como hoje a questão corre normalmente.

M: é o médico vai fazer esta função que estão falando que as outras pessoas não podem fazer?

F: Então, alguns inclusive lá de Brasília, já cheguei a ouvir muitos médicos falando que tem coisas aqui que não faz.

M: Então não tem que passar, não vai ter a pessoa para fazer se e puder fazer tudo que falam que só é ato médico e ninguém pode fazer se o cara tem condição de fazer se tem profissional para fazer tudo isso, muito bem obrigado agora vai definir o que é do médico e o que não é do médico, se ele não vai fazer, se ele não tem condição, se ele não sabe fazer outra pessoa tem que fazer outro profissional que faça. No restaurante você tem um cara que serve a mesa, um que faz o prato, um cara que discute um vinho e o cara que faz a compra. O dono do restaurante pode fazer tudo, desde que ele tenha condição de fazer porque ele terceiriza, porque ele delega funções, porque não consegue fazer, não tem cabimento ele fazer tudo e nem tem preparo para fazer tudo, tem o cara que faz a compra, vai comprar melhor que ele, o cara

que cozinha, vai cozinhar melhor que ele e ele pode ser só o dono do restaurante acho que toda a profissão é assim.

F: Existem lá em Brasília, lideranças que falam em nome dos médicos, e lideranças que falam em nome dos profissionais, como o senhor vê essa questão política, o senhor acha que essas pessoas que estão lá realmente eles representam?

M: Em Brasília, ninguém representa ninguém, não existe representação política de nada.

F: O senhor acha que tem solução? Como o senhor vê a política no Brasil?

M: Não, não tem solução, porque a pessoa entra para cuidar de si, isso é educação talvez daqui 300 ou 400 anos se você começar a educar a criança que nasce hoje, você pode mudar alguma coisa, hoje em dia não.

F: Aqui a conclusão foi basicamente esta, o problema de formação geral.

M: Aqui você vai ter essa opinião uniforme, pois o hospital é assim.

V2: E existe nesta historia toda um contra movimento, no sentido assim das pessoas dos profissionais no caso, “bom então ta bom, vai passar ai vamos como tem esta questão de andar na contramão do crime na contraversão, não pode fazer, mas não te orienta ninguém faz nada, até que um dia aparece um maluco e sai multando todo mundo como é comum aqui acontecer, mais ai não acontece nada, tudo continua mais ou menos como que é apesar da lei.” Existe uma movimentação aprovando o ato médico e a gente vai parar de fazer tudo e assim temos que fazer a encubação.

F: Ninguém sabe na pratica como isso vai funcionar.

V2: Tá, mas não existe nenhuma movimentação, na prática cria-se isso ai e esta proibido de fazer não se pode fazer mais.

F: é só da prescrição.

V2: Só na prescrição, se não chegar uma ordem de prescrita exatamente eu não faço.

F: Seria mais ou menos isso.

V2: Então eu fico parada, mesmo sabendo eu não faço existe essa movimentação, ou ninguém ainda pensou nisso.

F: Lá em Brasília o que se vê são as lideranças medicas, totalmente a favor do texto no original em primeiro proposto que eles que escreveram, CFM que escreveu junto e existe os não médicos que tem Fisio e TO, FONO, varias outras funções Psicologia e Enfermagem que batem muito que para eles não aprovariam rejeitam tudo, e existe que eu acho que são os mais sensatos que falam não é para ter, tem que aprovar é regulamentação medica tem que ter os médicos tem que ter essa regulamentação, mas muda-se alguns artigos que esta em uma adequação, eles propõem uma adequação para que fique bom para todo mundo, que eu acho que são os mais sensatos, o problema é chegar nessa adequação que ai que vira uma briga.

V2(interrompe): Aquele que esta falando que aplicar uma injeção deve ser o que(...) ele nunca vai aplicar injeção na vida dele.

F: É o que eles falam que isso é um lado.

V2(interrompe): Problema do outro que vai aplicar a injeção.

V1: Mas como também ele tem que proibir o raio do habilitador que quer da diagnostico é isso que a gente falou, tem que definir papel, você tem que ser humilde em encaminhar e receber de volta, eu acho que é isso que falta.

F: É eu acho que tem toda em todas as profissões porque aquilo que eu estava comentando, são os profissionais que acham que são eles que tem que fazer o

diagnóstico , essa corrente de fisioterapeuta e TO não a gente também faz o diagnóstico. Então tem os dois lados mesmo. Sou a favor da mais sensata

M: Nunca vai chegar a um senso, porque a política é assim, tem dois grupos e Brasília funciona assim, então o que você vai dar para este grupo para ele votar junto com você: dinheiro, carro, poder ou influência como esta profissão que está lá médico, fisioterapeuta, TO, Enfermeiro, eles não tem essa bagagem política entre aspas, você não sabe negociar entendeu, então é difícil porque a gente não tem o que eles chamam de acordo para gente é suborno e só muda uma palavra, e na hora que você fala assim: “você votar comigo e eu te dou duas secretarias eu estou comprando a pessoa, não eles estão fazendo política” então nós não temos esse perfil, não temos essa educação essa formação, então nunca vai chegar a consenso nenhum disso. O Brasil, infelizmente funciona assim.

F: E o projeto esta na mão de um senador que não é da área da saúde e nem entende nada do que ele esta relatando lá, algo que ele não define nada.

M: (interrompe) Então ele define, que ele não entende nada daquilo, isso está errado, ele esta em um cargo que ele não tem que estar, ou ele assume posições tem que tomar decisões que ele não esta apto a fazer, não tem jeito, infelizmente (...)

V2(interrompe): E se você fizer a pesquisa com a população o que eles acham “vão falar que é bom isso”, porque assim eu vou estar na mão de uma pessoa que não sabe o que esta fazendo, da enfermeira que aplicou a vaselina, isso é um perigo é melhor que o medico aplique, porque ele não vai errar então a população é muito menor em saber quem esta tomando conta 100% do processo dele de tratamento é o medico.

M: Então isso é uma falsa verdade, que a pessoa usa para provar, como que na realidade não vai existir. Então hoje em dia, existe uma lei que diz que em todo local que tem uma atividade física, posto de saúde, centro comunitário, jogos tem que ter um medico tem que ter um desestimulador existe a lei não existe só que a pratica não existe, você passa por situações que não tem medico para esse jogo mais põe uma pessoa de branco, sentada no banco porque por lei precisa ter uma figura de branco ali sentada. O país é assim.

V2: Ai amanhã aparece alguém que vende o desestimulador e fala: “então vamos fazer um negócio? Vamo!” então em dois meses todo mundo tem que ter ai sai todo mundo comprando e alguém ganha dinheiro com isso.

M: É a sua caixa para você deixar, porque era lei todo mundo comprou e agora não precisava mais e alguém ganha dinheiro, então esses lobbys tem que ser político para fazer precisa de informação para isso, não da para você sentar em uma mesa e falar assim: “então vamos aprovar o ato medico e o fisioterapeuta pode fazer diagnostico então fisioterapeuta pode pedir exames e ele pode diagnosticar então ta bom” mais a consulta medica do SUS vai passar para R\$ 40,00 ta bom? Então ta bom quarenta mil consultas por mês eu vou ganhar 400,00 mil e dane-se a profissão, dane-se o paciente. Então essa troca de favores a gente não tem condições de fazer porque nós não temos esse perfil, não temos essa educação é complicado eu acho que vai até alguém chegar que não entende de nada definir porque acabou o prazo e vai definir com certeza por um lado ou por outro errado, porque o meio não vai ter, é assim um copo d’água mata sua sede ou te mata afogado, o meio você não vai ter nunca porque essa negociação aqui não existe, porque se esta em Brasília é troca de favores, troca de dinheiro e assim que funciona. Tinha que ter CRM, feito no

CRM e com Crefito com Conselho antes de chegar lá tem que ter um consenso. Depois você vai mandar um juiz que não sabe nem onde aplicar uma injeção, definir o que é ser médico, é melhor que o médico faça, tem médico para fazer? Não mais isso não problema dele eu t julgando que é melhor que o médico faça e ele lava mão e o outro que resolve o problema ai começa a mover um monte de gente e a culpa é de quem, não é nunca do juiz.

V2: Ai de quem aplicou né?

M: Eu votei só se era melhor o médico fazer tudo, ou não. É lógico se você não quer que o médico te pegue pela mão e te leve até o aparelho de raio x que fique lá do seu lado “ e está tudo bem” “ essa posição não pode mexer” de te carinho e conforto ele não vai fazer isso? Não vai, não tem condições de fazer por isso tem que ter o técnico de raio X, por isso que tem o cara que leva o paciente, agora o cara que leva o paciente não pode pedir o raio x é o outro extremo esses dois extremos terão que chegar a um certo acordo.

V2: Assim como tem o técnico tem uma pessoa que pega o raio x e fala para pessoa: “Ó nossa tem uma fratura, seu ultrassom não sei o que” tem gente que faz isso.

M: Às vezes tem uma imagem, (...) tem um problema na chapa, precisa ter uma mancha aqui pode ser um tumor, pode ser um tumor pode mais porque precisa ser um tumor, uma mancha mais a mancha pode ser do filme, mais ele já deu seu diagnostico e ele não tem que dar. Como tem a ouvidoria, tem que resolver o problema em vez dela ouvir a queixa não, então vamos resolver eu vou lá falar que ele não tem que fazer isso, e não tem que fazer isso extrapola o papel. Isso é muito pessoal, então tem que ter regra, mas a regra tem que ser definida por alguém que entenda e viva a dificuldade do problema e não pelo cara que esta atrás de uma mesa que lê e se tiver mais escrito pelo seu advogado vou tender por esse lado e se tiver escrito mal pelo outro lado na hora que aquilo andar vai travar.

F: E o Brasil continua assim né?

V2: E a gente volta sempre na questão né, você vê que aparece todas as profissões e a questão da ética, da formação da valorização ai entra pontos que aparecem em todos os setores e na área da saúde é mais por ser uma área polemica porque é um sofrimento coletivo da população e acaba sendo muito mais fácil trabalhar isso na área da saúde então, porque você trabalha com dor (...) então é complicado mesmo.