



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

**\*PROJETO DE LEI N.º 859, DE 2021**  
**(Da Sra. Rosangela Gomes)**

Estabelece os requisitos mínimos e reconhece como fundamental o funcionamento obrigatório do serviço de assistência social aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva e a seus familiares e/ou responsáveis em todo o Brasil.

**NOVO DESPACHO:**

ÀS COMISSÕES DE:

PREVIDÊNCIA, ASSISTÊNCIA SOCIAL, INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD) E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

**APRECIÇÃO:**

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

(\* Atualizado em 28/03/23, em razão de novo despacho.

# PROJETO DE LEI Nº \_\_\_\_\_/2021 (Dep. Rosângela Gomes)

Estabelece os requisitos mínimos e reconhece como fundamental o funcionamento obrigatório do serviço de assistência social aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva e a seus familiares e/ou responsáveis em todo o Brasil.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Fica estabelecido que as Unidades de Terapia Intensiva de todos os Hospitais Públicos Federais, Estaduais ou Municipais em todo o território nacional deverão, obrigatoriamente, dispor de profissional e/ou serviço de assistência social em caráter permanente, para atuação exclusiva em cada unidade e junto aos familiares e/ou responsáveis dos pacientes lá internados ou em atendimento, conforme critérios a seguir estabelecidos, sem prejuízo do disposto na Resolução RDC/ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010,:

§1º Manter no mínimo 01 (um) profissional em Assistência Social para cada 20 (vinte) leitos ou fração, em turno matutino e/ou vespertino, sendo vinte e cinco por cento desta quantidade no período noturno.

§2º Os profissionais em Assistência Social deverão, preferencialmente, ficar vinculados aos Núcleos Internos de Regulação dos estabelecimentos públicos.

Art. 2º O Poder Executivo deverá regulamentar a presente Lei no prazo de 90 (noventa) dias.

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

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

## JUSTIFICATIVA

Este Projeto de Lei foi inspirado na situação que tenho acompanhado pelos hospitais e locais de atendimento de saúde, nos municípios do Rio de Janeiro, Distrito Federal e São Paulo.

A Constituição Federal assegura que a vida é um direito fundamental, sendo o acesso à saúde um direito de todos e um dever do Estado, que deverá ser implementado por meio de políticas públicas de prevenção e enfrentamento às doenças.

O cumprimento de tal proposta será realizado por meio do acesso universal ao Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei nº 8.080/1990, cujas normas, critérios e políticas nacionais de saúde foram estabelecidos por meio da Portaria de Consolidação nº 2, de setembro de 2017, editada pelo Ministério da Saúde do Brasil.

A referida Portaria, dentre outros critérios, estabelece que: “O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11)”, (Caput, art.12).

Para tanto, prescreve que: “O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente, por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 6º)” (Art. 12, § 6º).

Por sua vez, no âmbito dos tratamentos de alta complexidade, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) exercem papel fundamental na prestação de serviço de assistência à saúde, haja vista que são responsáveis pelos pacientes em estado de saúde mais críticos e com potencial risco de morte. O funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é regulamentado pela Resolução RDC/ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que estabelece, dentre outras questões, requisitos mínimos e assistenciais para o funcionamento das UTIs.

Embora se compreenda as limitações estruturais e financeiras do Estado na assistência à saúde de todos, determinadas medidas de ampliação do atendimento reflexo poderão gerar melhor prestação dos serviços públicos e significativa economia com a prevenção de novos enfermos.

Dentre tais medidas, se destaca a importância do trabalho desenvolvido pelos Assistentes Sociais no acompanhamento realizado nos hospitais e, em

especifico, em relação aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, não só em relação à assistência ao paciente “na beira do leito”, conforme estabelecido pela Resolução da ANVISA supramencionada, como também, nos impactos causados aos seus familiares e/ou responsáveis que os acompanham.

Criada pela Lei Federal nº 3.252, de 27 de agosto de 1957 e, atualmente, regulamentada pela Lei Federal nº 8.662, de 7 de junho de 1993, a profissão de Assistente Social estabelece que o profissional com a referida habilitação possui, dentre outras, a competência de elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas; realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades e, encaminhar providências, prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população.

Além disso, os Assistentes Sociais possuem como atribuições privativas, dentre outras, coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social e, ainda, sendo reconhecidos como profissionais da saúde pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 218/1997, em seu inciso I.

Não obstante a realização desse importante trabalho, os familiares e/ou responsáveis pelos pacientes, em sua maioria, sofrem abalos físicos e/ou emocionais com a condição de enfermidade e com o período de internação do seu ente querido, podendo vir a desenvolver diversas patologias, sendo que, algumas delas, inclusive, podem necessitar de longo e custoso tratamento, agravando assim os custos reflexos das internações.

Nesse sentido, faz-se necessário estabelecer critérios mínimos para que as Unidades de Terapia Intensiva no Brasil disponham de atendimento obrigatório e permanente de profissionais e/ou de serviço de Assistência Social, assegurando a disponibilidade de profissionais de acordo com a quantidade de leitos/pacientes, bem como incentivando o maior aprofundamento e aperfeiçoamento no atendimento destes profissionais também aos familiares e/ou responsáveis pelos pacientes internados nas

Unidades de Terapia Intensiva (UTI), realizando um trabalho de acompanhamento social dos impactos causados pela internação e na prestação e melhor compreensão das informações disponibilizadas aos acompanhantes.

Ante o exposto e pela relevância social, solicito aos meus nobres pares que apreciem e aprovem esta proposição.

Sala das Sessões,

Brasília,                      de                      de 2021.

**Dep. Fed. ROSANGELA GOMES**  
Republicanos/RJ



**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**  
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
 Seção de Legislação Citada - SELEC

**RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010**

Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do Art.11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do Art.

54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no D.O.U., de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 22 de fevereiro de 2010;

Adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, nos termos desta Resolução.

**CAPÍTULO I**  
**DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

**Seção I**  
**Objetivo**

Art. 2º Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente.

**Seção II**  
**Abrangência**

Art. 3º Esta Resolução se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares.

Parágrafo único. Na ausência de Resolução específica, as UTI especializadas devem atender os requisitos mínimos dispostos neste Regulamento, acrescentando recursos humanos e materiais que se fizerem necessários para atender, com segurança, os pacientes que necessitam de cuidados especializados.

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

## DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

## TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

### PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º As políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

## CAPÍTULO I DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

### Seção I

#### **Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**

Art. 2º São políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde:

I - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na forma do Anexo I;

II - Política Nacional de Vigilância em Saúde;

III - Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001;

IV - Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, na forma do Anexo II;

V - Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na forma do Anexo III;

VI - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, na forma do Anexo IV;

VII - Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), na forma do Anexo V.

### Seção II

#### **Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde**

Art. 3º São políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde:

I - Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, na forma do Anexo VI;

II - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, na forma do Anexo VII;

III - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, na forma do Anexo VIII;

IV - Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), na forma do Anexo IX.

.....  
 .....  
**PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013**

Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS;

Considerando a Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 1.970/GM/MS, de 16 de agosto de 2011, que dispõe sobre o processo de Certificação das Entidades

Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde (CEBAS-SAÚDE);

Considerando a Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 841/GM/MS, de 2 de maio de 2012, que publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

Considerando a Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 63/ANVISA, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; e

Considerando a necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS, resolve:

.....

### CAPÍTULO III DOS EIXOS ESTRUTURANTES

.....

#### **Seção I Do Eixo de Assistência Hospitalar**

.....

Art. 11. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

§ 1º A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais.

§ 2º As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.

§ 3º A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares.

§ 4º O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional.

§ 5º As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário.

§ 6º O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar

(NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

§ 7º Cabe ao hospital implantar os núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada RDC - nº 36/Anvisa, de 25 de julho de 2013, de forma a elaborar um Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

§ 8º Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS.

§ 9º Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde deverão ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado.

Art. 12. Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços.

Art. 13. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.

.....  
 .....  
**LEI Nº 3.252, DE 27 DE AGOSTO DE 1957**  
*(Revogada pela Lei Ordinária nº 8.662, de 7 de Junho de 1993)*

Regulamenta o exercício da profissão de Assistente Social.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º É livre em todo o território nacional o exercício da profissão de assistente social, observando-se as disposições da presente lei.

Art. 2º Poderão exercer a profissão de Assistente Social:

a) os possuidores de diploma expedido no Brasil por escolas de Serviço Social oficiais ou reconhecidas pelo Governo Federal, nos termos da Lei nº 1.889, de 13 de junho de 1953;

b) os diplomados por escolas estrangeiras, reconhecidas pelas leis do país de origem, cujos diplomas tenham sido revalidados de conformidade com a legislação em vigor;

c) os agentes sociais qualquer que seja sua denominação, com funções nos vários órgãos públicos, segundo o disposto no art. 14 e seu parágrafo da Lei nº 1.889, de 13 de junho de 1953.

Parágrafo único. Vetado

.....  
 .....  
**LEI Nº 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993**

Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º É livre o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional, observadas as condições estabelecidas nesta Lei.

Art. 2º Somente poderão exercer a profissão de Assistente Social:

I - Os possuidores de diploma em curso de graduação em Serviço Social, oficialmente reconhecido, expedido por estabelecimento de ensino superior existente no País, devidamente registrado no órgão competente;

II - os possuidores de diploma de curso superior em Serviço Social, em nível de graduação ou equivalente, expedido por estabelecimento de ensino sediado em países estrangeiros, conveniado ou não com o governo brasileiro, desde que devidamente revalidado e registrado em órgão competente no Brasil;

III - os agentes sociais, qualquer que seja sua denominação com funções nos vários órgãos públicos, segundo o disposto no art. 14 e seu parágrafo único da Lei nº 1.889, de 13 de junho de 1953.

Parágrafo único. O exercício da profissão de Assistente Social requer prévio registro nos Conselhos Regionais que tenham jurisdição sobre a área de atuação do interessado nos termos desta Lei.

.....  
 .....  
**RESOLUÇÃO Nº 218, DE 06 DE MARÇO DE 1997**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em Sexagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada no dia 05 e 06 de março de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando que a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, colando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social;

Considerando que a 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;

Considerando que a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e

Considerando que o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e a à integralidade da atenção, resolve:

I – Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias:

1. Assistentes Sociais
2. Biólogos;
3. Profissionais de Educação Física;
4. Enfermeiros;
5. Farmacêuticos;
6. Fisioterapeutas;
7. Fonoaudiólogos;
8. Médicos;
9. Médicos Veterinários;
10. Nutricionistas;
11. Odontólogos;
12. Psicólogos; e
13. Terapeutas Ocupacionais.

II – Com referência aos itens 1, 2 e 9 a caracterização como profissional de saúde dever ater-se a dispositivos legais do Ministério da Educação e do Desporto, Ministério do Trabalho e aos Conselhos dessas categorias.

CARLOS CÉSAR S. DE ALBUQUERQUE  
Presidente do Conselho Nacional de Saúde  
Homologo a Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, nos termos de Decreto de  
Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

CARLOS CÉSAR S. DE ALBUQUERQUE  
Ministro de Estado da Saúde

**FIM DO DOCUMENTO**