ATA
46ª REUNIÃO DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE – CRTS

Realizou-se nos dias **17 e 18 de março de 2025** a **46ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)**, no Auditório da Sede do Conselho Federal de Biologia (CFBio), Setor Bancário Sul (SBS), Quadra 2, Lote 3, Bloco Q, Centro Empresarial João Carlos Saad - Brasília, DF.

Participaram da reunião como **membros** da Câmara, previamente indicados (as):

1) DEGERTS/SGTES/MS - Bruno Guimarães de Almeida (titular), Diretor do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde, que coordenou a reunião;
2) CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS - Benedito Augusto de Oliveira (titular), Coordenador-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (CGERTS/DEGERTS/ SGTES/ MS);
3) CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS - Paulo Mayall Guillayn (suplente), Coordenador-Geral substituto de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde;
4) DEGES/ SGTES/ MS - Laerge Thadeu Cerqueira da Silva (titular) – Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
5) SE/ MS – Etel Matielo (titular) – Secretaria Executiva, Ministério da Saúde;
6) SECTICS/MS - Jaqueline Rocha Borges dos Santos (titular) – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, Ministério da Saúde
7) SESAI/MS – Lucimara Lag Kozicla Patté (titular) – Secretaria de Saúde Indígena, Ministério da Saúde;
8) SEIDIGI – Paulo Henrique Weiss de Carvalho (titular) – Secretaria de Informação e Saúde Digital;
9) SEIDIGI – Juliana Ramos Bruno (suplente) – Secretaria de Informação e Saúde Digital;
10) ANVISA - Alice Alves de Souza (suplente) – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
11) MNNP-SUS – Solange Caetano (titular) – Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;
12) MNNP-SUS – Irene Rodrigues (titular) – Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;
13) CFBio - Fernando César de Sousa Santos (titular) – Conselho Federal de Biologia;
14) CONFEF – Carlos Alberto Eilert (titular) – Conselho Federal de Educação Física;
15) Cofen - Ellen Márcia Peres (suplente) – Conselho Federal de Enfermagem;
16) CFESS – Elaine Pelaez – Conselho Federal de Serviço Social;
17) CFF - Zilamar Costa Fernandes (titular) – Conselho Federal de Farmácia;
18) COFFITO – Gustavo Fernandes Vieira (titular) – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
    COFFITO – Gláucio Roberto Santana de Jesus (suplente) – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
19) CFMV - Ingrid Bueno Atayde (titular) – Conselho Federal de Medicina Veterinária;
20) CFO – Gilmar Trevizan (titular) – Conselho Federal de Odontologia;
    CFO – Rafael Gomez Ditterich (suplente) – Conselho Federal de Odontologia;
21) CFP – Marina Greghi Sticca – Conselho Federal de Psicologia.

Participaram da Reunião como **convidados**:

1) Aline Martins – Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), Ministério do Trabalho e Emprego (CBO/ MTE);
2) André Bastos Lopes Ferreira – Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (CEPEDISA/ USP);
3) Caroline Fogaça Pereira, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (SGTES/ MS);
4) Daniele Bernardi, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO);
5) Érica Bowes – Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (DEGERTS/ SGTES/ MS);
6) Fernanda Bezerra de Oliveira – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
7) Fernando Mussa Abujamra Aith – Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (CEPEDISA/ USP);
8) Joseane Mota Bomfim – Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (DEGERTS/ SGTES/ MS);
9) Laianny Martin Silva Eifel – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (SGTES/ MS);
10) Nilma Soares dos Santos – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (SGTES/ MS);
11) Pedro Gabriel Lopes – Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (CEPEDISA/ USP);
12) Renato Minozzo, Conselho Federal de Biomedicina (CFBM);
13) Roselaine Muner, Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).

Participaram como **membros da Secretaria Executiva** da CRTS e equipe organizadora do evento:

1) Ana Elisa De Carli Blackman – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;
2) Danilo Monteiro Soares – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;
3) Maria Carmem Dantas – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS; e
4) Osvaldo Martins de Morais Filho – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS.

Incorpora-se a **Lista de Presença** desta Reunião como **ANEXOS I e II** a esta Ata.

Mesa de Abertura

A Mesa de Abertura da reunião foi composta pelo Diretor do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS) e coordenador desta Câmara, Bruno Guimarães de Almeida; pela representante da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), Irene Rodrigues; pela Coordenadora do Fórum dos Conselhos Federais da Saúde (FCFAS), Zilamar Costa Fernandes; e pelo representante do Conselho Federal de Biologia (CFBio), Fernando César de Sousa Santos.

Os componentes da mesa pronunciaram palavras de boas-vindas a todos. Destacou-se a agenda de trabalho dos dois dias desta Câmara, com foco nos trabalhos dos Grupos de Trabalho (GTs) de Educação a Distância, Especialidade e Estética, nas apresentações de especialistas sobre temas relativos às formas de contratação e relações de trabalho, e na apresentação do PL nº 2.717/2019, que dispõe sobre o reconhecimento da Saúde Estética como área de atuação do profissional de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Fonoaudiologia, e informes.

A pedido do CFBio, foi incluída na pauta da reunião a solicitação de moção da CRTS para a mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de Biologia e Biomedicina, com a concordância de todos os presentes. Houve concordância entre todos, e o tema foi inserido na pauta da reunião desta Câmara.

Leitura e aprovação da ata da Reunião de Reinstalação da CRTS

Houve a verificação do quórum na plenária e a ata da 45ª Reunião da CRTS, realizada entre os dias 18 de dezembro de 2024, foi aprovada por unanimidade pelos membros presentes.

Apresentação: Relatório do Grupo de Trabalho de Educação à Distância (EaD).

As representantes do GT EaD, Ingrid Bueno Atayde (CFMV) e Marina Greghi Sticca (CFP), apresentaram o Relatório nº 01/2025 ao plenário, fruto das discussões internas. A apresentação correspondente se incorpora a esta ata como **ANEXO III**.

Passou-se ao **debate** do plenário.

Fernando Santos (CFBio) chamou a atenção para a correção de dados sobre o curso de Biologia na tabela do relatório, justificando que existem 180 cursos aprovados em Ciências Biológicas a Distância.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) ponderou que todos os dados do relatório foram retirados do sistema eletrônico do Ministério da Educação (MEC) em dezembro de 2024. Sugeriu incluir um parágrafo ponderando as considerações do CFBio.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) sugeriu, como proposta de encaminhamento, que as consolidações sejam feitas mais tarde para aprovação do documento no dia de hoje.

Fernanda Oliveira (ANVISA) questionou como o grupo chegou ao consenso sobre a restrição de certos cursos da saúde para a categoria de esteticistas.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) informou que o tema, especificamente, não foi tratado nas discussões do GT.

Renato Minozzo (CFBM) afirmou que as profissões de saúde estão brigando há algum tempo contra o EaD para cursos de saúde. Ele concorda com o limite de 20% da carga horária total para atividades educativas não presenciais e pediu para constar que a Biomedicina está participando das discussões internas e da construção do Relatório.

Zilamar Fernandes (CFF) justificou a ausência nas reuniões do GT. Destacou os pontos que o documento deve conter para justificar a presencialidade dos cursos de saúde, sugerindo destacar a quantidade de polos em cada profissão de saúde, uma vez que os números são estratosféricos, sem controle e revelam a não presencialidade, datados de setembro de 2024.

Ellen Peres (Cofen) propôs que o documento teça considerações quanto aos cursos EaD que já estão em andamento. Destacou que o documento está bem objetivo, refletindo o peso dos conselhos.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) ressaltou as três sugestões do Relatório, enfatizando que os cursos de graduação das profissões de saúde que estão atualmente autorizados para funcionamento na modalidade EaD devem ser extintos ou transformados em cursos de graduação presenciais

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) reiterou aos presentes se as sugestões do Relatório atendem a todos.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) pediu para ler as recomendações.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) fez a leitura das recomendações do documento. Considerou o contexto da EaD para cursos de saúde no Brasil, destacando a audiência pública da Câmara dos Deputados requerida por deputada do Partido Novo, em conjunto com a atuação

das associações de universidades privadas, com o intuito de criar um decreto legislativo que dificultaria o MEC de regular a matéria. Ponderou que a intenção é transformar o relatório em Parecer e encaminhá-lo ao ministro para tratar na comissão interministerial com o MEC.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) fez uma proposição de encaminhamento para a aprovação do Relatório do GT com as devidas alterações sugeridas pelos membros na mudança do formato de relatório para parecer, sem necessidade de voltar o documento para ser aprovado em plenária.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) destacou que o aspecto das alterações e do formato já está pacificado no coletivo. Fez considerações sobre a terceira recomendação do relatório acerca da presencialidade das disciplinas, no sentido de que podemos pensar em flexibilizar esse aspecto, especificando disciplinas mais direcionadas ao exercício da profissão.

Rafael Ditterich (CFO) pontuou que a terceira proposição cai por terra, pois no EaD toda disciplina terá, em algum momento, uma atividade avaliativa presencial. Sugeriu que sejam feitas sugestões de atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde para amarrar o percentual presencial.

Zilamar Fernandes (CFF) chamou a atenção para que a terceira sugestão contemple a presencialidade imediata de todos os cursos de graduação de caráter profissionalizante. Mencionou que existem conteúdos componentes curriculares que não necessariamente são de caráter profissionalizante e que podem ser colocados dentro do limite de 20%. A atualização das DCNs dos cursos da saúde é importantíssima porque todos se desenvolvem por competências, vinculando-se às habilidades de caráter presencial. Como proposição, sugeriu a atualização das DCNs dos cursos dentro de um período específico – ciclos permanentes de atualização como normativa.

Ingrid Atayde (CFMV) afirmou que é possível, com as DCNs, resolver essa situação de comprovar a presencialidade, especialmente para o desenvolvimento de habilidades motoras, etc., mas em muitas outras disciplinas cabe uma discussão sobre o fato de que isso pode ser resolvido remotamente, ao que o GT se opõe. Contudo, resolvemos deixar o texto dessa forma e podemos rediscutir. Concorda com a questão das DCNs, mas alertou que este documento trata da EaD.

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) pontuou que o Regimento Interno fala sobre recomendações a respeito da questão levantada por Ellen Peres (Cofen). Sugeriu uma nova recomendação no documento sobre a presencialidade de parte das disciplinas, em especial as dos cursos com caráter profissionalizante, para que não contemple somente atividades avaliativas, além de sugerir um novo encaminhamento com uma recomendação relacionada à adequação/revisão das DCNs ao uso das TICs, em conjunto com a participação do Ministério da Saúde e dos Conselhos Profissionais.

Jaqueline Santos (SECTICS/MS) concorda com a periodicidade proposta para a atualização das DCNs; todavia, apontou que a atualização das DCNs visando alterar um perfil de formação com impacto de paradigma leva mais tempo para se processar.

Zilamar Fernandes (CFF), em relação à atualização das DCNs em cinco anos, considera que é pouco tempo, levando em consideração o perfil de formação. Quando as diretrizes passam muito tempo sem atualização, essas são maiores; mas se forem atualizadas em curto espaço de tempo, é possível haver um processo de modificação natural sem radicalidade. Citou o exemplo da Farmácia.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) apresentou a proposta: a plenária faz as alterações de texto para que o GT valide, com a finalidade de aprovação do documento na presente reunião, entendendo que o plenário é deliberativo no âmbito da CRTS. Como encaminhamento, apontou a aprovação do documento pela plenária.

Ingrid Atayde (CFMV) manifestou concordância com o encaminhamento do diretor, mas expôs que não representa o coletivo do GT de EaD, fazendo questionamentos relativos à logística das alterações do relatório.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) pontuou que o regimento interno da CRTS não menciona a condução dos procedimentos internos de aprovação de relatórios dos grupos de trabalho. A lógica seria que os documentos dos GTs fossem aprovados pelo plenário da CRTS e

transformados em parecer, podendo este ser aprovado na íntegra ou com proposição de alterações do pleno, que entrariam na estrutura do texto no formato de parecer. O relatório é resultado do GT. O plenário avalia o relatório com as considerações, pois o plenário é maior que o GT. A sugestão é que as considerações do plenário sejam incluídas no parecer.

Ingrid Atayde (CFMV) manifestou concordância.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) retomou as considerações do relatório para as alterações do plenário.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) solicitou a Jaqueline Santos (SECTICS/MS) que retomasse o argumento quanto à educação profissionalizante.

Jaqueline Santos (SECTICS/MS) afirmou que não existe mais essa divisão entre disciplinas básicas e profissionalizantes, uma vez que a formação é por competências nos cursos de farmácia. Desde o primeiro período, o estudante já tem disciplinas profissionalizantes, refletindo na mudança do formato de estágio, que agora ocorre ao longo da graduação e não mais ao final.

Zilamar Fernandes (CFF) destacou que o caráter profissionalizante não se refere ao núcleo profissionalizante. Hoje, ao falarmos de grade profissionalizante, entende-se como habilidades práticas profissionais. Citou exemplos: uma aula de química farmacêutica para a farmácia envolve práticas que proporcionam habilidades profissionais para atividades ligadas a esse componente, o qual deve ser presencial. Já disciplinas de deontologia e legislação, que servem como embasamento do conhecimento da profissão, não requerem necessariamente presencialidade. Há a necessidade de encontrar uma terminologia adequada para não cairmos na divisão antiga, pois conseguimos conciliar o entendimento.

Rafael Ditterich (CFO) destacou a necessidade de padronizar o texto, uma vez que a regulamentação da nomenclatura do MEC não usa mais o termo “disciplina” e sim “unidades curriculares”. Sugere-se que o texto deixe explícito que as unidades curriculares com ênfase laboratoriais, clínicas e assistenciais devem ser presenciais.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) ressaltou que o uso do verbo “devem” no direito indica obrigatoriedade.

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) destacou a necessidade de enfatizar a questão da presencialidade dos cursos de graduação (item 2 das recomendações) em função da possibilidade de ensino híbrido.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) solicitou a proposta de texto da parte de Pedro. Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) requisitou substituir “devem ser presenciais” por “na modalidade presencial”, expressão utilizada na regulamentação.

Zilamar Fernandes (CFF) destacou que não é modalidade, mas sim “formato”, pelo menos até o momento.

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) expressou a preocupação de afastar a possibilidade do híbrido no entendimento do texto.

Zilamar Fernandes (CFF) salientou que, até que saia o novo modelo, não sabemos se o termo formato será permanente.

Ellen Peres (Cofen) requisitou a alteração na redação do item 3, para substituir “que dão ênfase” por “de caráter”, a fim de que o texto fique enfático e contundente. Alegou que a medicina abordou bem a questão ao estabelecer que a formação médica deve ocorrer no serviço, no campo da prática. Tal aspecto poderia ser estendido a todas as profissões de saúde: a formação do profissional deve acontecer no campo, no serviço, na relação academia-serviço. Destacou o desenvolvimento de um movimento forte em prol da EaD e contra o MEC por parte de alunos de cursos em desenvolvimento.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) requisitou a sugestão de parágrafo a Ellen Peres (Cofen).

Ellen Peres (Cofen) apresentará a proposta posteriormente. Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) salientou que considera as sugestões de Ellen Peres (Cofen) quanto ao item 3 e a questão dos polos, levantada por Zilamar Fernandes (CFF), e seu impacto.

Zilamar Fernandes (CFF) pontuou que esse aspecto se refere a mostrar que, embora o número de sedes já seja significativo, ele repercute muito mais fortemente em relação ao número de polos que estão sem supervisão e sem avaliação, e é sobre estes que a presencialidade se torna uma necessidade premente nesse parecer

Rafael Ditterich (CFO) complementou que a avaliação de autorização de cursos EaD pelo MEC considera somente a sede e não os polos. Chamou a atenção para a quantidade de polos que um determinado curso pode ter; há cursos com uma sede e mais de cem polos. Desconhecemos o ensino ministrado nos polos. Igualmente, observou que existem cursos de Saúde Coletiva em EaD, considerando as 15 profissões de saúde. Sugeriu que ambos os aspectos fossem considerados no texto.

Zilamar Fernandes (CFF) ressaltou que a quantidade zero de polos em algumas profissões de saúde, como medicina, odontologia e psicologia, deve-se à existência de decretos que impedem cursos EaD. O decreto suspendeu as avaliações de medicina, odontologia e psicologia.

Rafael Ditterich (CFO) complementou que os cursos foram avaliados in loco; porém, houve o decreto que suspendeu essas avaliações dos cursos de psicologia, odontologia e medicina. Contudo, destacou que a autorização para cursos EaD ainda existe e está em andamento no sistema MEC para ser avaliada.

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) perguntou se o plenário fará recomendações sobre as DCNs.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) salientou que devemos encaminhar se faremos recomendações quanto às DCNs ou não; alguns membros posicionaram-se de forma contrária, entendendo que o foco é o EaD. Há a necessidade de decidirmos se o aspecto das DCNs entra ou não como recomendação ou se o tratamos especificamente em outro documento.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) apresentou a sugestão de que as alterações sejam feitas no âmbito do parecer, mesmo não tendo sido discutidas no grupo de trabalho. A plenária aprova, rejeita ou solicita modificação no parecer.

Renato Minozzo (CFBM) expôs que é melhor não abordar as DCNs, em função da demora do seu debate para alteração, pois isso pode ser usado como argumento para não aprovar o EaD. Ressaltou a importância de focarmos na EaD e, posteriormente, nas DCNs.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) aconselhou a criação de um grupo de trabalho para tratar das DCNs.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) salientou que a temática das DCNs não se constitui numa relação com o MEC e o Congresso Nacional, mas com os Conselhos e o Conselho Nacional de Educação (CNE), o que demandará trabalho à parte para o convencimento a ser desenvolvido.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) propôs o encaminhamento de que não abordaremos o tema das DCNs nesse documento. Houve concordância da plenária. Destacou os seguintes encaminhamentos em relação ao texto do relatório: a) colocar dados dos polos na planilha do relatório; b) incluir um parágrafo para contextualizar o número de polos e esclarecer que estes não são avaliados em relação ao EaD; c) elaborar um texto inicial de abertura das recomendações; d) alteração já realizada do item 3. Destacou a existência de registros dos documentos: o relatório do GT de EaD e o relatório com alterações, aprovado pela plenária, o qual será o Parecer da CRTS a ser encaminhado para o ministro da Saúde. O documento com as alterações do relatório do GT EaD será aprovado na parte da tarde, após todos os ajustes na estrutura do texto. Sugeriu tratar do assunto da moção da biologia na programação.

Apresentação: Solicitação de Moção de Apoio da CRTS para Mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Biologia e Biomedicina.

O representante do Conselho Federal de Biologia e membro titular da CRTS, Fernando Santos, solicitou apoio desta Câmara, por meio de moção, para mudanças nas DCNs dos cursos de Biologia e Biomedicina. Pontuou a defasagem das DCNs dos cursos de Biologia e a ausência de perspectiva do biólogo como um profissional da área da saúde voltado para o SUS. Também destacou alguns problemas levantados pelas DCNs em relação à carga horária não diferenciada dos cursos voltados ao bacharelado e à licenciatura (com necessidade de cursos com 4.200 horas) e, em relação ao estágio profissional, a ausência de estágio obrigatório do biólogo na área da saúde. Como incremento, ressaltou a necessidade de inserção de conteúdos básicos considerados clássicos na área da saúde (apoio diagnóstico laboratorial, vigilância em saúde, fitoterapia e aconselhamento genético), do saneamento ambiental (tratamento biológico de água, efluentes e resíduos, controle e análise da qualidade da água) e de biotecnologia (bioprospecção, tecnologia de processos biológicos, engenharia e manipulação de DNA e biologia sintética). Mencionou que a proposição de evolução das DCNs foi baseada nas diretrizes da farmácia e da medicina veterinária.

Carlos Eilert (CONFEF) perguntou se, na análise das águas, os biólogos não entram na área das engenharias e se irão atuar na área do saneamento ambiental do engenheiro sanitário.

Fernando Santos (CFBio) mencionou que isso já acontece e que concursos de companhias de saneamento têm vagas para biólogos. O controle da água feito por biólogos já é regulamentado desde o ano de 1996. Biólogos não fazem tratamento químico e não projetam sistemas de saneamento, mas realizam tratamento biológico, análise e controle de qualidade. Na biologia, o licenciado pode exercer as mesmas atividades do bacharel, desde que seu currículo esteja em conformidade.

Carlos Eilert (CONFEF) questionou o aspecto das mesmas atividades exercidas por bacharéis e licenciados na biologia.

Fernando Santos (CFBio) pontuou que biólogos com diferentes títulos podem exercer as mesmas atividades, com a diferença de que eles precisam obter uma Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) para trabalhar.

Carlos Eilert (CONFEF) ressaltou a prerrogativa da Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) do conselho para o exercício profissional.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) retomou a questão da solicitação da moção desta Câmara ao CFBio diante do tema exposto no plenário. Destacou que o texto da moção se constitui em um texto simples, manifestando o suporte que pode ser aprovado ou não imediatamente. Ressaltou que todos os CFs presentes podem igualmente apresentar à plenária solicitações de moção e apoio para a revisão de suas DCNs, inclusive a biomedicina, que deseja solicitar.

Renato Minozzo (CFBM) apontou que já há um grupo de trabalho no conselho trabalhando no assunto. Após a conclusão, trarão o pedido de moção de apoio ao plenário desta Câmara.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) pontuou os encaminhamentos da moção, mediante ofício em nome desta Câmara, por meio do Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) ao presidente do Conselho Nacional de Educação (CNE). Sugestão de encaminhar ofício também ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho (CIRHRT). A plenária concordou em encaminhar apenas para o Conselho Nacional de Educação.

Gustavo Vieira (COFFITO) propôs como encaminhamento a criação de um grupo de trabalho na CRTS para tratar das DCNs, problema comum a diversas categorias representadas na CRTS. As DCNs da Fisioterapia estão para aprovação no CNE desde 2016, já tendo sido aprovadas no CNS. As DCNs da Terapia Ocupacional estão em tramitação, mas já estão sendo revistas, indicando um problema crônico.

Fernando Santos (CFBio) concordou com a criação do grupo e questionou se isso atrapalharia a moção de apoio às DCNs da Biologia.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), na ausência do presidente desta Câmara, pontuou os seguintes encaminhamentos: o fim dos trabalhos do GT EaD mediante encaminhamento do parecer; a redação de um texto curto da moção de apoio ao CFBio a ser aprovado na presente reunião ordinária; e a aprovação da criação do GT das DCNs.

Houve a concordância de todos os membros presentes na plenária sobre os encaminhamentos mencionados e a manifestação dos conselhos para compor o GT EaD.

Ellen Peres (Cofen) manifestou que ficará apenas nas discussões do GT de Especialidades.

Renato Minozzo (CFBM) ressaltou que a discussão das DCNs deve passar pelo CNS e que, na CRTS, precisamos nos ater às partes comuns do SUS nos currículos. A revisão de cada diretriz de curso cabe aos conselhos federais conforme a legislação vigente. Ingrid Atayde (CFMV) reiterou a fala anterior e pontuou a definição do objetivo exato deste novo GT, enfatizando seu caráter mais generalista.

Gustavo Vieira (COFFITO) também abordou o caráter generalista que o GT das DCNs deve ter, mas destacou que, além do SUS, temos o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no qual os terapeutas ocupacionais atuam. Manifestou o desejo de indicar um fisioterapeuta e um terapeuta ocupacional para discussão das diretrizes.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou os representantes que manifestaram intenção de compor o GT das DCNs: CFBio, COFFITO, SECTICS/MS, CFBM, MNNP-SUS, CONFEF, CFF e DEGES.

Ellen Peres (Cofen) perguntou se Solange, da MNNP-SUS, pode garantir a representação da enfermagem junto ao GT, juntamente com a MNNP-SUS.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) solicitou a indicação oficial da composição do GT pelos membros da CRTS, por intermédio de ofício.

Rafael Ditterich (CFO) destacou a existência de um GT no DEGES que debate as DCNs na área da saúde para diálogo nos debates.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) destacou a composição de membros do DEGES no GT das DCNs.

Laerge Silva (DEGES) pontuou o trabalho de discussão das DCNs iniciado com as caravanas do Forma SUS, com produtos e discussões já realizadas, além de algumas propostas de encaminhamentos para subsidiar o debate nesta Câmara.

Zilamar Fernandes (CFF) considerou que o GT teria como função prioritária estabelecer pontos imprescindíveis para constarem nas DCNs da área da saúde, sem entrar nas especificidades das profissões de saúde, tendo o SUS como foco.

Jaqueline Santos (SECTICS/MS) destacou a necessidade de abordar as competências comuns colaborativas, sem entrar nas específicas, por parte do futuro GT.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) apresentou os encaminhamentos: criação do GT das DCNs com a composição do CFBio, COFFITO, SECTICS/MS, CFBM, MNNP-SUS, CONFEF, CFF e DEGES. A definição do objetivo do GT das DCNs será discutir as competências comuns e colaborativas dos cursos da área da saúde, à luz do que já foi construído por outras categorias que já têm suas DCNs aprovadas. Aprovação do relatório do GT EaD. Extinção do GT EaD em decorrência do novo GT das DCNs.

Paulo Mayall (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) sugeriu repassar os textos do relatório do GT EaD e da moção na parte da tarde para aprovação do plenário.

Houve a concordância de todos no plenário.

Tarde

Leitura dos pontos alterados no texto do Relatório do GT EaD

Houve a leitura dos pontos alterados no texto do Relatório do GT EaD desta Câmara pelo Diretor do DEGERTS/SGTES e Coordenador desta Câmara, Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS). Em seguida, ele foi aprovado por unanimidade por esta Câmara. O relatório com alterações foi transformado no Parecer nº1/2025 da CRTS, que se encontra no **Anexo IV** desta Ata

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) colocou que serão feitos os trâmites administrativos para os encaminhamentos.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) perguntou se a plenária deseja assinar o documento ou se pode ser apenas o coordenador desta Câmara, uma vez que a ata da presente reunião já informa que o documento foi aprovado por unanimidade.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) concordou que será o coordenador desta Câmara a assinar o Parecer para facilitar.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) informou que encaminharemos por e-mail a todos os membros da CRTS o Parecer assinado pelo Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Jaqueline Santos (SECTICS/MS) perguntou sobre qual será o fluxo do parecer e até que ponto avançaremos.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) considerou que a discussão não é apenas uma discussão do âmbito do Ministério da Saúde. A perspectiva deliberativa deve ter uma participação muito grande do MEC, que está conduzindo toda essa discussão. Nesse sentido, levaremos para a comissão interministerial MEC e o Ministério da Saúde para fazer as tratativas. A CRTS enviará o Parecer ao Ministro, e ele quem fará esse diálogo com o MEC por meio desta comissão interministerial para acatar a posição da CRTS. Pontuou que o Parecer terá força política importante, considerando as representações que estão aqui.

Jaqueline Santos (SECTICS/MS) solicitou informar posteriormente o número do processo SEI, caso o parecer tramitar no sistema, para acompanhamento.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) disse que tramitará para que possamos fazer o acompanhamento do processo. Retomou a pauta da reunião com a apresentação do Relatório do GT de Estética e igualmente a questão do texto da moção de apoio ao CFBio para aprovação, e seguimos com as discussões restantes.

Leitura do texto da moção da Câmara de Regulação Do Trabalho em Saúde (CRTS) pela revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais de Biologia

Houve a leitura do texto da moção da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) pela revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais de Biologia, realizada pelo Diretor do DEGERTS/SGTES e Coordenador da Câmara, Bruno Almeida. Após algumas correções textuais e de forma, o texto da moção de apoio foi validado pela plenária desta Câmara. O texto da moção correspondente se incorpora a esta Ata como seu **ANEXO V.**

Apresentação: Relatório do Grupo de Trabalho de Especialidades.

Os representantes do GT de Especialidades da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), Ingredi Atayde (CFMV) e Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), realizaram a apresentação do Relatório de Trabalho produzido pelo GT. O relatório correspondente em PDF se incorpora a esta Ata como **ANEXO VI**.

O Diretor do DEGERTS/SGTES e Coordenador da Câmara, Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS), acrescentou que o Centro Nacional de Informações do Trabalho em Saúde

(CENITS), que agrega um conjunto de informações sobre especialistas, foi refeito; por isso, a conversa com conselhos profissionais sobre o termo de compartilhamento de dados dos profissionais. No Cadastro, os dados dos painéis de especialistas no Brasil podem ser desagregados por estado, município e região de saúde para ver a distribuição dos trabalhadores e qual força de trabalho temos efetivamente, para que ações e políticas possam ser desenvolvidas. O Cadastro contempla todas as categorias profissionais da área da saúde. Citou que os dados da medicina estão mais bem sistematizados no cadastro em função da melhor organização que a área possui de seus profissionais. O Cadastro reúne um conjunto de dados dos profissionais oriundos de diferentes bancos para proporcionar informações aos gestores e impacta no incentivo à identificação das especialidades que precisamos formar para garantir certos serviços à população. Destacou tratativas com o Cofen e o desejo de estabelecer diálogos com todos os conselhos. Ressaltou a importância dessa base de dados para o MS e para os próprios conselhos, permitindo olhar para o território e ver onde estão os profissionais especialistas. Pontuou que esta Câmara tem importância neste processo ao fazer a articulação política para estabelecer parcerias no compartilhamento de informações. Destacou o desdobramento da discussão sobre especialidades junto ao Cofen e considerou que, em breve, o cadastro estará online.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) mencionou que o DEGERTS/MS já se reuniu com os Conselhos Federais de Farmácia (CFF), Odontologia (CFO) e Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Destacou como bem-vinda a ajuda dos membros da CRTS nas conversas.

Houve a aprovação do relatório pela plenária, por unanimidade.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) comentou a aprovação do Relatório do GT de Especialidades e considerou que este apresenta demandas e encaminhamentos diferentes dos do relatório do grupo anterior, os quais serão tomados na sequência após a reunião desta Câmara.

Apresentação do Relatório do GT de Estética

Os representantes do GT de Estética da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), Fernando Santos (CFBio) e Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), apresentaram ao plenário o Relatório de Trabalho do GT. A apresentação correspondente em PowerPoint se incorpora a esta Ata como **ANEXO VII.**

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), quanto à menção de procedimentos invasivos e minimamente invasivos trazidos no relatório do grupo de trabalho, apontou a inexistência de consenso na definição de tais procedimentos até o momento. Mencionou que o Ministério da Saúde, com a colaboração do CEPEDISA/USP, realizará pesquisa sobre os procedimentos de estética em geral, para definir todas as categorias de injetáveis (quer seja injetável intradérmico, intramuscular ou interósseo) ou, se possível, todos os tipos de produtos e níveis de toxicidade.

Fernanda Oliveira (ANVISA) considerou que a ANVISA ainda não possui essa definição de procedimento invasivo, mas está em parceria com a Fiocruz. Considerou que é provável que não haja uma definição única de procedimento invasivo, mas haverá um conjunto de informações para se chegar à sua definição, que adicionará o risco ao tipo de procedimento para se estabelecer uma classificação que permita à Agência identificar qual profissional pode ou não realizar o procedimento. Ressaltou que a ANVISA está atenta a tal aspecto e tem trabalhado nesse sentido com o estudo de consultoria mencionado, que deve ser concluído no final do semestre.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) observou que o debate sobre a classificação é para fins de vigilância sanitária e que não se confunde com o procedimento invasivo definido pela lei do ato médico.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) observou que temos duas questões: analisar a proposta de decreto e o relatório, pontuando que as discussões do relatório podem ajudar no debate do decreto.

Passou-se ao **debate** no plenário.

Roselaine Muner (Cofen) abordou a importância da definição de procedimentos invasivos para regular o que os profissionais de saúde podem ou não fazer. Exemplificou que o Cofen tem uma definição, que é a contida na lei do ato médico, mas surgem algumas dúvidas. Citou o exemplo sobre o questionamento se enfermeiros podem realizar lipoaspiração de papada, que, a princípio, é vedada aos enfermeiros, mas, após uma análise pormenorizada, o procedimento não adentra orifício ou atinge órgão interno. Considerou que a definição dos procedimentos invasivos apenas pela lei do ato médico é complicada. Ressaltou a importância de estabelecer uma classificação de risco dos procedimentos para considerar a normativa já existente.

Renato Minozzo (CFBM) afirmou que, exceto medicina e odontologia, os demais profissionais da saúde exercem a mesma atividade e fazem o mesmo curso, como no caso dos profissionais de biomedicina, biologia, enfermeiros e farmacêuticos. Considerou que a medicina não se enquadra na definição desses procedimentos invasivos em função da Lei do Ato Médico, assim como uma parte da odontologia. Chamou a atenção para a necessidade de normatização das áreas quanto aos procedimentos invasivos e ressaltou que a discussão envolve um aspecto econômico a ser considerado. Reiterou a proposta de trabalhar o grau de complexidade dos procedimentos invasivos e sua definição para auxiliar a ANVISA no âmbito municipal, que não consegue acompanhar e exercer suas funções, assim como os próprios conselhos. Lembrou do grande número de ações na justiça em função da ausência de definições na área da regulação. Ressaltou a grande oportunidade que esta Câmara possui ao auxiliar nesse debate com o enquadramento de procedimentos estéticos. Finalizou com a consideração de que as profissões de saúde, com exceção da medicina e parte da odontologia, têm as mesmas atividades e competências.

Jaqueline Santos (SECTICS/MS) solicitou que o primeiro encaminhamento do relatório inclua a definição do procedimento, além da sua nomenclatura. Sugeriu como encaminhamento a criação de um glossário com definições, conceitos e normas que respaldam os procedimentos.

Rafael Ditterich (CFO) mencionou que a lei da atuação profissional na odontologia regulou bem a área de atuação, incluindo a questão da estética facial. Parabenizou o trabalho do grupo e pontuou a necessidade de explicitar alguns aspectos do relatório, tais como a diferença entre curso técnico e curso tecnólogo em estética e cosmetologia, pois são cursos muito diferentes, inclusive em seus atos regulamentares de autorização: o curso técnico em cosmetologia e estética é aprovado nos Conselhos Estaduais de Educação sem regulamentação pelo MEC, enquanto os cursos tecnólogos e bacharelados têm regulamentação pelo MEC. Além disso, pontuou que as universidades têm autonomia para criar cursos na área. Sendo assim, sugeriu que o relatório contemple essas dimensões com textos distintos

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) explicou que a lógica dos trabalhos do grupo foi voltada para a distinção entre o que a lei permite, ou deveria permitir, fazer entre o profissional de nível superior e o profissional de nível médico, em relação às demais profissões que possuem procedimentos estéticos regulamentados pelos conselhos. O grupo está muito focado em como os conselhos profissionais podem, de alguma maneira, colaborar com o trabalho da ANVISA, frente aos seus obstáculos e com base em alguns parâmetros.

Rafael Ditterich (CFO) solicitou que a distinção entre profissionais de nível técnico e tecnólogo em estética e cosmetologia seja considerada na redação do relatório, com um parágrafo introdutório.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) concordou e relatou que essa distinção, de alguma forma, tem sido considerada nas discussões do decreto, reforçando o que cabe ao esteticista e ao que cabe ao técnico em estética.

Fernando Santos (CFBio) sugeriu propor oficialmente que os conselhos na área da estética se reúnam em uma comissão interconselhos ou comissão de harmonização entre os conselhos na área da estética. Destacou a necessidade de oficializar essa reunião para facilitar o diálogo com a ANVISA e o Ministério da Saúde. No texto do relatório, pontuou que não houve a distinção ressaltada por Rafael Ditterich (CFO) e mencionou a diferença entre profissional de nível técnico e superior no texto do decreto em função do Catálogo Nacional de Cursos do Ministério da Educação ter inserido a dermoterapia na matriz do curso de tecnólogo, contrariando o que está estabelecido em lei.

Fernanda Oliveira (ANVISA) considerou que a intenção do grupo de trabalho de estética desta Câmara foi articular forças para impor limites ao trabalho dos esteticistas, uma vez que estes têm executado procedimentos de competência exclusiva de profissionais de saúde. Destacou a judicialização da nota técnica da ANVISA sobre o que prevê a lei quanto à atuação do esteticista por parte dos próprios esteticistas. Concorda com a adequação em relação a diferentes profissionais, mas ressaltou que a lógica seguida foi pensar no esteticista de modo geral, sem diferenciar entre profissionais de nível técnico e superior. Quanto ao aspecto profissional, ponderou que a ANVISA não possui competência para estabelecer o que o profissional pode ou não fazer. Mencionou que o fiscal da ANVISA tem competência para verificar se o profissional pode ou não realizar certas atividades e se ele possui a documentação do conselho, apenas. Pontuou a necessidade de definição desse aspecto para facilitar o trabalho da fiscalização na ponta. Solicitou que fosse incluído novamente no relatório o aspecto sobre a especificação das condições ou ambientes dos procedimentos de estética, citando casos de cirurgiões-dentistas que realizam procedimentos cirúrgicos dentro de consultórios. E, por fim, destacou que apenas uma lista de procedimentos não seria suficiente para tratar do assunto e que precisaríamos voltar a essa questão posteriormente.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) explicou que o aspecto relativo à especificação das condições ou ambientes dos procedimentos de estética não está contemplado no relatório por uma questão de encaminhamento, se seria um instrumento normativo, um decreto ou uma resolução da diretoria colegiada. O grupo concordou que essa é uma preocupação a ser tratada. A ideia é discutir o assunto nas próximas reuniões do grupo.

Rafael Ditterich (CFO) pediu esclarecimentos sobre a existência de menção na RDC sobre quem pode ser responsável técnico por clínica de estética.

Fernanda Oliveira (ANVISA) respondeu que a Resolução n° 63 estabelece como responsável técnico pelo serviço um profissional de nível superior; cabe ao conselho profissional determinar se o profissional pode ou não exercer a atividade. Porém, ponderou que algumas vigilâncias entendem que o esteticista pode responder tecnicamente por um serviço de saúde. Em sua análise, ponderou que o profissional não pode responder tecnicamente se ele é impedido de realizar certo procedimento.

Renato Minozzo (CFBM) afirmou que esteticistas estão em uma situação muito confortável, sem conselho, realizam procedimentos livremente, com ausência de responsabilização, apresentam-se como profissionais de saúde nas redes sociais e executam procedimentos de saúde em salões de beleza, etc. Propôs, além de estabelecer hierarquização, uma listagem de procedimentos estéticos permitidos e já regulamentados para os profissionais dos conselhos federais, no sentido de criar uma lista única permitida aos profissionais da saúde. Nesta questão, pontuou que entra o grau de complexidade e a orientação da ANVISA sobre a especificação das condições ou ambientes dos procedimentos estéticos. Ressaltou a responsabilidade dos conselhos em coibir práticas em função da ausência de regulamentação que impede ou não um profissional de saúde de realizar procedimentos estéticos, e a necessidade de regulamentar os profissionais da saúde na área de estética, mediante discussão coletiva entre conselhos federais, ANVISA e Ministério da Saúde.

Fernanda Oliveira (ANVISA) citou a Resolução do CFM Nº 1.886/2008, que estabelece a classificação dos estabelecimentos de saúde, e sugeriu seguir o exemplo dessa normativa em todas as categorias das profissões de saúde, considerando que podem realizar os mesmos procedimentos.

Roselaine Muner (Cofen) observou que a grande maioria das imperícias, mortes e riscos estão acontecendo na medicina e com os falsos profissionais de saúde; assim, tem sido mais importante a questão da ANVISA em regular os ambientes de trabalho e aumentar a fiscalização do que definir ou listar quais procedimentos os profissionais podem ou não exercer. Destacou que a discussão sobre estética é muito longa não porque se constitua em uma atividade de alto risco, mas sim porque ela gera lucro. Chamou atenção para a necessidade de definição do ambiente de trabalho, local onde os procedimentos serão feitos; exemplificou que médicos têm realizado lipoaspiração em consultórios. Não discordou das discussões da plenária, mas ponderou considerar tais aspectos da regulamentação dos ambientes de trabalho e do aumento da fiscalização

Carlos Eilert (CONFEF) citou casos de morte em academias e o impedimento dos profissionais de educação física em usar desfibriladores, que são de uso exclusivo dos médicos e enfermeiros em casos de socorro de urgência. Destacou a não obrigatoriedade de profissionais com cursos de suporte básico à vida em academias. Disse também que, no futuro, teremos que discutir a história das academias e a preservação da vida, elencando que essa é uma das preocupações que perpassam atualmente o Conselho Federal de Educação Física.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) afirmou que a temática da estética tem grande complexidade, com disputas de mercado, além de ser emergente, pois ganhou espaço midiático. Destacou o trabalho do grupo com a apresentação do relatório. Também considerou que esta Câmara é um espaço que comporta essas outras demandas surgidas para além do âmbito da estética, sendo um espaço privilegiado com Conselhos Federais, ANVISA, Secretarias do Ministério da Saúde e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS para tratar e cumprir nossa função, que é proteger a vida. Propôs centrarmos na estética com algum tipo de fechamento dessa discussão para ajudar o Ministério da Saúde no sentido de responder e se posicionar frente à temática, assim como os Conselhos devem olhar o que fazem hoje e pensar se a prática é coerente com a diretriz operacional, se é competência do trabalhador e da profissão, o que ajuda a ANVISA na produção de RDCs, constituindo-se em um espaço de retroalimentação. Em seguida, teceu a síntese e os encaminhamentos do debate: a) definição de quais são os procedimentos por grau de complexidade e risco com apoio da ANVISA; b) incluir a definição do procedimento até gerar um glossário sobre o tema para auxiliar e parametrizar o debate entre interno e externo, frente à incompreensão do tema para ser executado por gestores no serviço de saúde dos territórios; c) estabelecer diferenciação entre curso técnico e tecnólogo, ressaltando o chancelamento de cursos técnicos pelos Conselhos Estaduais de Educação, que operam na lógica de balcão de negócios, e o aspecto privado desses cursos e a pequena quantidade de profissionais em estética com formação pública de nível superior; d) necessidade de consenso desta Câmara frente ao tema – qualificar melhor a nota técnica e parecer, fazer definições, identificar lacunas e definir uma posição – para dialogar com associações de estética e evitar retrocessos quanto à temática.

Carlos Eilert (CONFEF) parabenizou a síntese e considerou que os Conselhos Estaduais de Educação estão excluindo os conselhos dos seus quadros, como é o caso de Mato Grosso. Trouxe ao debate a questão dos cursos cem por cento EaD na saúde, particularmente os cursos de atenção primária e secundária em emergência, autorizados por portaria do Ministério da Educação.

Renato Minozzo (CFBM) citou o caso de falsos profissionais da saúde presos no Rio Grande do Sul por falsificação de diplomas de pós-graduação em biologia, odontologia e biomedicina.

Fernando Santos (CFBio) também citou casos de falsificação de diplomas em Biologia para atuação na área de estética recentemente. Sobre o caso do Rio Grande do Sul, o diploma de graduação é falso, e foi por meio do aproveitamento de outros cursos, como o de biomedicina, que era verdadeiro.

Renato Minozzo (CFBM) citou que o rapaz era falsificador e foi preso com dois mil diplomas falsos.

Fernando Aith (CEPEDISA/USP) pontuou que temos três questões acontecendo no campo da estética: a atuação de falsos profissionais, o que configura crime; profissionais regulamentados, onde entra a atuação dos conselhos que devem regular o que é passível de exercício profissional na área; e profissionais atuando no limbo regulatório, área pela qual a ANVISA deve estar mais preocupada por ser não regulamentada para qualquer profissional. Afirmou que tais situações requerem soluções adequadas para os diferentes aspectos. No caso de profissionais que atuam neste limbo, sugeriu a esta Câmara tentar evoluir para algum tipo de regulamentação no sentido de proteger a sociedade.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) colocou que o relatório apresentado é a síntese das discussões até o momento e solicitou aos membros do plenário que pactuassem a direção do trabalho do grupo para o futuro, principalmente no que diz respeito à pactuação de um documento público, como a lista de padronização, que já define um glossário, nota técnica ou outro. Ele também releu os encaminhamentos colocados no texto do relatório.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) mencionou que o relatório do GT de Estética consubstancia as discussões das quatro reuniões. Como o trabalho do GT continua, nada impede que novas frentes de discussão sejam abertas; outros conselhos também podem se juntar às reuniões do grupo. Ressaltou que haverá um momento em que os conselhos subsidiarão o grupo com informações para possíveis manifestações. Destacou que o grupo está aberto para a discussão de outros aspectos que a plenária achar necessários.

Houve a apresentação e leitura integral da minuta de decreto para regulamentar a Lei nº 13.643, relativa ao esteticista e cosmetólogo. Passou-se para as considerações no plenário.

Roselaine Muner (Cofen) destacou a necessidade de estabelecer especificações detalhadas quanto ao uso de equipamentos pelos esteticistas, exemplificando com o caso do endolaser. Mencionou a necessidade de uma especificação regulatória para o microagulhamento.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) considerou que isso se deve ao fato de estarmos no início dos encaminhamentos e que os primeiros passos do grupo de trabalho serão traçados a partir das definições da presente reunião.

Fernando Santos (CFBio) trouxe à tona a questão de partes da lei dos esteticistas que têm sido ignoradas, como a observância da prescrição do fisioterapeuta e do médico pelos profissionais de estética de nível técnico e superior, além do registro desses profissionais. Também mencionou que a minuta de decreto é incipiente.

Renato Minozzo (CFBM) afirmou que o Conselho de Biomedicina registra técnicos e tecnólogos em áreas nas quais o biomédico tem atividade superior, como acupuntura, citopatologia etc. O Conselho registrava esses profissionais na tentativa de fortalecer a categoria, mas tais profissionais não viram sentido na adesão e no seguimento do código de ética. Pontuou que inexistem ações do Conselho Federal de Medicina contra o esteticista porque não são reconhecidos, ao contrário dos biomédicos. Propôs que técnicos e tecnólogos em estética sejam registrados em algum conselho profissional.

Rafael Ditterich (CFO) complementou que a lei que regulamenta a odontologia prevê a prescrição de qualquer medicamento por esse profissional, no mesmo nível da medicina. Ponderou que esse aspecto está previsto em lei e não por resoluções, como em alguns outros conselhos.

Fernando Santos (CFBio) argumentou que a prescrição destes dois profissionais, médicos e fisioterapeutas, está contida na lei do esteticista, não se remetendo a outra lei.

Rafael Ditterich (CFO) apontou que isso é uma falha na própria lei do esteticista.

Fernando Santos (CFBio) destacou que não se trata de o profissional de odontologia não prescrever, mas sim de que o profissional de estética deve observar a prescrição dessas duas categorias profissionais

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) disse que, do ponto de vista da hierarquia, a lei do odontólogo confere maior peso ao decreto, mas situou que a fala de Fernando Santos (CFBio) está correta em função do decreto visar à regulamentação de uma lei específica, a qual não cita a lei da odontologia. Porém, na prática, o esteticista terá que obedecer à força da lei da odontologia.

Fernando Santos (CFBio) questionou por que esse aspecto foi contemplado na lei.

Roselaine Muner (Cofen) acredita que a prescrição do fisioterapeuta foi contemplada em função da drenagem linfática, dado que o esteticista é o profissional que atenderia os pós-operatórios médicos.

Fernanda Oliveira (ANVISA) considerou que os esteticistas não seguem a legislação devido à inexistência de um órgão responsável pela fiscalização. Isso se deu até em relação à nota técnica emitida pela ANVISA. Registrou a pressão que a Agência sofre pela categoria, dado que fiscais estão fechando serviços realizados por esteticistas não autorizados. Pontuou que a existência de um decreto é importante e questionou a plenária sobre o andamento do Projeto de Lei que prevê a regulamentação da lei do esteticista.

Fernando Santos (CFBio) mencionou que existe mais um projeto de lei tramitando por diferentes associações e sindicatos que representam os esteticistas, abordando conselho de fiscalização, procedimentos injetáveis, medicamentos etc., alguns tratando de aspectos específicos e outros revisando a lei. Exemplificou ainda que há um projeto de lei que estipula apenas que médicos e esteticistas estariam aptos a exercer procedimentos estéticos.

Fernanda Oliveira (ANVISA) questionou sobre a real possibilidade da competência do Ministério do Trabalho e Emprego em fiscalizar a atividade do esteticista. Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) afirmou que seria possível tal fiscalização, pois o que estabelece as competências dos ministérios são decretos e estruturas regimentais. Ainda exemplificou que leis mais antigas da década de 1960 preveem a fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego, mas caíram em desuso. Reafirmou que a competência e a previsão legal existem, mas considerou que não podemos afirmar que o Ministério concordaria com tal previsão.

Fernando Santos (CFBio) ponderou que esse aspecto apareceu na minuta de decreto porque o Ministério do Trabalho e Emprego registra algumas profissões. Em sua opinião, a fiscalização do esteticista deveria estar vinculada definitivamente ao Conselho de Biomedicina (CFBM) ou ao Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), que é multiprofissional.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) pontuou que essa é uma discussão que surge a posteriori nesta Câmara e ressaltou a necessidade de finalizar a minuta do decreto para, em um segundo momento, dialogar com a instância e entender as possibilidades de agregação dessas funções.

Irene Rodrigues (MNNP-SUS), em sua caminhada no movimento sindical, destacou que nunca viu o Ministério do Trabalho exercendo fiscalização de atos profissionais, apenas a fiscalização do ambiente de trabalho e das relações de trabalho. Manifestou certa preocupação com o aspecto da fiscalização pelo Ministério do Trabalho e Emprego e entende a não priorização do Ministério da Saúde. Sobre a prescrição, acredita que os médicos não irão prescrever atividades para outro profissional executar. Ela ainda destacou que esta Câmara terá o desafio de convencer o Ministro da Saúde e a Casa Civil. Por fim, propôs avançar com a proposta de decreto sem esperar tramitações de projetos de lei que podem durar muito tempo.

Gustavo Vieira (COFFITO), quanto à sugestão de inscrição de técnicos e tecnólogos no COFFITO, assumiu o compromisso de levar o assunto ao presidente para debate, considerando que, neste momento, têm realizado discussões para a criação de um sistema de fisioterapia e outro de terapia ocupacional para desmembrar as duas categorias. Estão em diálogo com o Ministro e a Casa Civil, além de estarem realizando estudos.

Fernanda Oliveira (ANVISA) ponderou que faria mais sentido os esteticistas serem inscritos no COFFITO em função da lei, ao invés de estarem no Conselho de Biomedicina sem serem fiscalizados.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) apresentou os encaminhamentos, para além dos quatro elencados anteriormente: a) o seguimento na sistematização do decreto regulamentando a lei do esteticista, para que o debate avance com mais celeridade; e b) apresentação da minuta de decreto com proposta de texto fechada para validação da plenária na próxima reunião desta Câmara. Por fim, passou a palavra para Paulo Mayall dar informes.

Informe:

Houve informe relativo à campanha da ANVISA "Estética com Segurança", voltada para informação e esclarecimento da população, por parte de Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) e Fernanda Oliveira (ANVISA).

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) lembrou que as produções desta Câmara, notas técnicas e pareceres, serão publicadas na página do Centro Nacional de Informações do Trabalho em Saúde (Cenits) - https://cenits.saude.gov.br/ - para acesso de todos, e citou que podemos colocar o link da campanha da ANVISA igualmente na aba da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde no site do Cenits.

Passou-se para as **considerações** da plenária.

Fernando Aith (CEPEDISA/USP) perguntou se há um canal na vigilância pelo qual o cidadão possa fazer a denúncia.

Fernanda Oliveira (ANVISA) mencionou o canal da ouvidoria - Fala Br – controlado pela CGU, destacando que não é um canal único para denúncias em estética; todas as denúncias direcionadas à ANVISA são feitas por esse canal. O filtro do tipo de denúncia é feito internamente.

Fernando Aith (CEPEDISA/USP) perguntou se há algo similar para farmacovigilância.

Fernanda Oliveira (ANVISA) respondeu que, para estética, não, mas encaminhará internamente como sugestão.

Fernando Aith (CEPEDISA/USP) questionou o aspecto das denúncias serem encaminhadas diretamente à CGU.

Fernanda Oliveira (ANVISA) explicou que, quando a ANVISA é requisitada, a denúncia vai direto para a ouvidoria da Agência. A CGU controla os prazos de resposta. Internamente, afirmou que a Agência tem controle de todas as denúncias por tipo de serviço: fármaco, vigilância, sem especificar serviços de estética, mas levará isso como sugestão.

Passou-se para as **considerações finais do** primeiro dia de reunião.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) recapitulou que, nesta reunião, foram aprovados os três relatórios produzidos pelos grupos de trabalho de EaD, Especialidades e Estética. O GT EaD finalizou as atividades para dar lugar ao GT DCNs e abordou os temas da agenda do dia seguinte.

Segundo dia - 18/03/2025
Manhã
Apresentação: Formas de contratação e relações de trabalho.

O pesquisador André Bastos Lopes Ferreira, do Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (CEPEDISA/USP), fez uma apresentação sobre formas de seleção e contratação da força de trabalho em Saúde. A apresentação correspondente se incorpora a esta Ata como **ANEXO VIII.** Em seguida, o pesquisador Raphael Barreto, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), fez uma apresentação sobre o diagnóstico das relações de trabalho nos modelos de gestão alternativos à gestão direta do Estado no SUS. A apresentação correspondente se incorpora a esta Ata como **ANEXO IX.**

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) agradeceu as apresentações e destacou que elas evidenciam o cenário que vivenciamos em relação à força de trabalho na saúde, com uma participação muito pequena dos conselhos nas definições das formas e modelos de contratação. No entanto, precisamos ter uma relação com a realidade, uma vez que os conselhos registram e habilitam trabalhadores para se exporem a tais condições de trabalho precarizado, sem garantia de direitos, o que leva a uma vulnerabilidade desafiadora.

Passou-se para as **considerações** no plenário.

Jaqueline Santos (SECTICS/MS) parabenizou as apresentações e destacou as intensas prerrogativas de atuação das Organizações Sociais (OS) nos territórios, tomando como exemplo a Baixada Fluminense, que gera fragilidade para o trabalhador com vínculo precarizado e outras questões que perpassam o universo da violência, como milícias. Citou o PET-Saúde como uma iniciativa que valoriza os trabalhadores e trabalhadoras da equidade, além da atuação de vereadores e políticos locais que comandam e designam funções na esfera local.

Fernando Aith (CEPEDISA/USP) questionou qual a metodologia usada para identificar as OS e qual foi a quantidade identificada em relação ao que existe no país

Carlos Eilert (CONFEF) mencionou a contratação de pessoal terceirizado por prefeituras para não entrar na lei de responsabilidade fiscal e evitar a realização de concursos públicos para a contratação de servidores na área da saúde. Abordou igualmente a questão da disparidade salarial entre profissionais de saúde em hospitais. Sugeriu que o estudo da Fiocruz observe a administração das redes de saúde em pequenos municípios por hospitais, como o Hospital Alemão Osvaldo Cruz, em Mato Grosso (MT). Além disso, mencionou a intenção de gerenciamento de hospitais no mesmo estado por grandes instituições brasileiras. Posicionou-se contrário à administração da saúde por parte das OS e destacou o papel do governo nessa tarefa, conforme preconizado na Constituição Federal. Manifestou preocupação com as atas de registro.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), nesta discussão, ressaltou o papel dos conselhos profissionais em definir em que condições seus profissionais deveriam trabalhar, de forma que a sociedade tenha um serviço tecnicamente seguro para a população. Sendo assim, é normal que os conselhos manifestem opiniões sobre relações de trabalho. Igualmente, relatou que a vasta quantidade de contratos e formas de seleção e remuneração produz problemas no planejamento, especialmente para o Ministério da Saúde – os números de contratos por organização são muito confusos para o dimensionamento e a gestão, de modo geral. Lembrou ainda que os estados e municípios possuem autonomia, cabendo ao Ministério prestar assistência técnica e financeira sob certas condições.

Solange Caetano (MNNP-SUS) parabenizou as apresentações e destacou que lidam com a problemática apresentada dentro dos sindicatos cotidianamente — terceirização, privatização e precarização das condições de trabalho. Pontuou que o Piso da Enfermagem revelou a diversidade de tipos de contratos precarizados, fruto da terceirização e quarteirização, exemplificando que 80% dos trabalhadores na Atenção Básica são terceirizados em São Paulo (SP) por Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e fundações. Destacou igualmente a privatização das autarquias hospitalares, com várias OS terceirizando setores no interior das unidades hospitalares, dificultando o dimensionamento da força de trabalho dentro do SUS, via CNES e RAIS.

Ressaltou o adoecimento dos profissionais da saúde. Os conselhos desempenham um papel extremamente importante em apoiar a luta do movimento sindical para fortalecer e resguardar os direitos à saúde e à vida desses profissionais. Especificamente, pontuou que contratos emergenciais nos municípios são uma realidade diária e não mais uma situação excepcional para evitar seguir convenções coletivas, além do não pagamento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), férias e rescisões contratuais. Colocou no debate que as cooperativas não tratam trabalhadores como cooperados, fragilizando as relações de trabalho; que consórcios municipais constituem outra forma de precarização dos serviços de saúde, especialmente em SP; e que as plataformas não são uma realidade apenas para médicos; enfermeiros também têm sido buscados nas plataformas para plantões, cobrir férias etc.

Érica Bowes (DEGERTS/MS) destacou a rentabilidade do processo de financeirização, da organização e, ao mesmo tempo, da lucratividade da força de trabalho na saúde, mostrando como a iniciativa privada aprisiona políticas públicas e conforma a rede como rede privada. Destacou a questão do chamamento público de credenciamento a serviço da precarização do trabalho na saúde, gerando adoecimento. Questionou sobre a questão do bolsista para além dos estágios e residências nas formas de contratação dos modelos e sobre a questão do aprisionamento das formas do modelo de gestão do SUS por um poder paralelo, que adentra a gestão, se institucionaliza e faz a gestão da força de trabalho.

Rafael Ditterich (CFO) interpelou sobre a diferenciação entre o que seria a contratação de um serviço de saúde e os impactos dos modelos de gestão na gestão de pessoas. Pontuou a questão da residência como um treinamento em serviço e não como vínculo de trabalho, não se encaixando em modelos de gestão. Destacou a questão dos consórcios intermunicipais na geração de precarização e indagou por que isso não foi trazido na pesquisa, citando que o estado do Paraná (PR) não possui Organizações Sociais (OS), apenas consórcios intermunicipais. Por fim, indagou sobre a experiência da EBSERH, que no PR não tem experiências exitosas com a complexidade na gestão hospitalar dada a multiplicidade de tipos de vínculos, e sobre a questão da sociedade de economia mista com a experiência do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que gerencia parte da rede de atenção primária e especializada, produz terceirização e assume serviços em outros estados.

Gláucio Jesus (COFFITO) manifestou preocupação com a contratação de profissionais através de credenciamento, em que os serviços são remunerados com valores muito baixos nos estados. Mencionou a baixa remuneração de trabalhadores contratados via OS e via pejotização dentro do SUS, na fisioterapia e na terapia ocupacional. Abordou que a precarização do vínculo de trabalho está associada ao aumento de problemas de saúde entre os trabalhadores; por consequência, impacta a qualidade assistencial dos pacientes. Ressaltou a necessidade de discussão dessa pauta por sindicatos e conselhos profissionais, uma vez que os últimos defendem a sociedade e a qualidade assistencial dessa sociedade. Apontou a questão dos multivínculos profissionais em unidades hospitalares e seus problemas. Sugeriu a formação de um grupo de trabalho no interior desta Câmara para um posicionamento em relação aos tipos de vínculos de trabalho para direcionar o debate.

Gustavo Vieira (COFFITO) parabenizou a mesa e destacou a importância dos conselhos nesta pauta de relações de trabalho, a qual impacta diretamente a assistência prestada à população. Abordou o adoecimento e suicídio de profissionais de saúde, citando exemplos no estado da Bahia (BA). Mencionou que o credenciamento foi pensado para os serviços de saúde e tem sido praticado para pessoas, causando danos ao próprio trabalhador e à sociedade. Indagou até que ponto seria vantajoso economicamente para o poder público a terceirização desse serviço e destacou que ações judiciais estão ocorrendo em função da violação de direitos. Sobre a terceirização de atividades mediante chamamento público e publicidade por OS, questionou se tal previsão deve estar explícita no edital no momento da contratação pelo poder público ou se, em qualquer momento, pode-se realizar essa terceirização na contratação, pois, se houver tal liberdade, pontuou que fere a lei de licitações, a lei de transparência e os princípios da impessoalidade, violando princípios básicos da administração pública.

Fernanda Oliveira (ANVISA) ressaltou que o debate tem reflexos no campo regulatório pelas RDCs que permitem a terceirização do trabalhador na saúde e geram dificuldades de fiscalização. Manifestou preocupação e fez apelo aos membros desta Câmara para a previsão de revisão da RDC de UTI, em função do posicionamento da Procuradoria da ANVISA entender que a autarquia não tem competência para exigir a quantidade de profissionais dentro de um serviço, tendendo, assim, a retirar a obrigatoriedade do quantitativo de funcionários.

Irene Rodrigues (MNNP-SUS) chamou atenção para o fato de que os conselhos podem atuar muito e, ao fiscalizar a profissão, ajudariam o movimento sindical. Exemplificou com a experiência da greve dos dentistas com participação do conselho de classe em Curitiba/PR. Pontuou a perversidade da pejotização na precarização das relações de trabalho na saúde. Salientou que, no limite de cada instituição, sindicatos e conselhos podem ter um olhar voltado para esses trabalhadores que estão totalmente desprotegidos do ponto de vista da seguridade social. Considerou importante que os conselhos de classe fortaleçam os sindicatos, ressaltando o desestímulo à filiação e à participação que muitas vezes ocorrem sem interesse dos trabalhadores. Mencionou a necessidade de continuar o debate sobre a carreira na saúde dentro do Ministério da Saúde, independentemente da gestão. Fez alusão à existência do grupo debatendo o dimensionamento da força de trabalho junto com o Ministério para responder a Fernanda Oliveira (ANVISA) e destacou a necessidade de somar forças com a ANVISA e os conselhos para que os profissionais tenham qualidade de vida com uma equipe bem dimensionada.

Renato Minozzo (CFBM) destacou que o assunto debatido é de extrema importância e considerou como um projeto de desmoralização do trabalhador da saúde, a começar pelo EaD, que precarizou a formação profissional nos cursos de saúde, colocando uma quantidade maciça de profissionais no mercado sem formação adequada, sujeitando-os a aceitar trabalhos miseráveis. Os valores defasados da tabela SUS foram outro ponto citado que interfere na precarização do trabalho, destacando a necessidade desta Câmara debater o assunto por meio da criação de um grupo de trabalho.

Benedito Oliveira (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) parabenizou as apresentações dos especialistas, bem como as colocações da plenária, como a questão da precarização e da carreira única no SUS. Salientou o aspecto dos interesses políticos que estão por trás da orquestração do trabalho no país, como consequência de uma reforma de Estado que não olhou e negligenciou o mundo do trabalho como algo importante na estrutura da construção política do Estado. Destacou que tais interesses não financiam a tabela SUS, mas sim as OS, consórcios e outras modalidades de gestão. Em termos de políticas, considerou que o SUS tem um engendramento fiscal claro, palatável e rastreável e que o Ministério da Saúde é um dos poucos que faz um grande aporte de recursos na base em termos de recursos humanos. Salientou o esforço que tem sido feito para criar um fundo para financiar a força de trabalho na saúde, que está pulverizada e não se consegue dimensionar devido à quantidade de contratos e vínculos. Citou a reforma trabalhista e a ausência de relações do acordo coletivo de trabalho. Colocou a necessidade de tirar uma agenda política sobre o trabalho e o trabalhador no Brasil, sem fracionar o debate e com revisão da reforma trabalhista. Do ponto de vista interno, tocou na questão da articulação entre conselhos profissionais e sindicatos para fortalecer a discussão de um projeto político do trabalho no SUS, com pautas consonantes.

Fernando Santos (CFBio) parabenizou as apresentações e questionou sobre as decisões do STF que estão na contramão das relações trabalhistas, dado ao modus operandi da terceirização, especialmente via MEI. Ele questionou também o aspecto do sócio oculto apresentado, se este estaria igualmente ausente do contrato social.

Zilamar Fernandes (CFF) destacou a importância da temática e, como representante também do FCFAS, salientou a preocupação com a precarização dos profissionais da saúde e sua atuação – problemas de saúde mental, suicídios, a sobrecarga de trabalho etc. Salientou os debates do Fórum

sobre o tema complexo da carreira única. Afirmou o entendimento de que os conselhos devem proteger os profissionais de saúde, com denúncias de relações de trabalho indignas que possam trazer problemas de saúde, e que os conselhos também podem atuar com o movimento sindical como estratégia política. Sugeriu uma parceria entre sindicatos e conselhos profissionais na promoção de relações de trabalho seguras juridicamente, comprometendo-se a levar a problemática ao FCFAS no sentido de acelerar esse movimento como se fosse uma campanha nacional. Resgatou ainda toda a discussão que perpassa pela lógica da lucratividade ao se iniciar na formação para o trabalho profissional, caracterizando um desserviço à sociedade que não entende o processo.

André Bastos (CEPEDISA/USP) considerou que todas as formas de contratação podem ter abuso, inclusive o sistema de credenciamento, salientado pelo debate da plenária, atentando para a necessidade de identificação desses erros e para que o direito consiga corrigi-los. Quanto aos desvios e apropriação dos serviços terceirizados, principalmente delegados por milícias, falou sobre relatos de juízes, promotores, prefeitos, deputados e gestores públicos e privados envolvidos com organizações criminosas, citando que há casos em SP envolvendo prefeituras inteiras com tais organizações. Destacou que as residências não configuram vínculo trabalhista, mas, na prática, muitos dos serviços são dependentes do trabalho do residente para atender à demanda dos serviços de saúde; por isso, foram caracterizados como força de trabalho. Relatou que o termo "sócio oculto" foi substituído por "sócio participante" na última reforma do Código Civil e que, neste tipo de sociedade, não é necessário o registro ou contrato social. Relativo às decisões dos tribunais superiores em casos de inexistência de vínculo empregatício, afirmou que não há uma decisão necessariamente contraditória ao que foi posto na legislação; o problema antes perpassa pela questão de que todos os requisitos não estavam presentes – ausência de subordinação ou inexistência de controle de jornada ou ausência de pessoalidade. Por fim, sobre a terceirização de atividades nas OS, colocou que se a administração pública não vedar em edital a terceirização do objeto-fim ou de outros objetos, a entidade privada pode realizar a terceirização.

Raphael Barreto (Fiocruz) agradeceu as questões e comentários. Destacou que a metodologia da pesquisa, de início, se baseou no mapa do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (Ipea), com a identificação de estabelecimentos e número de municípios com Organizações Sociais (OS) de 2023, e em buscas no Google de municípios que não constavam no levantamento do Ipea, dada a inexistência de uma base que reúna todas as informações. Relativo à EBSERH, relatou que a pesquisa ainda não adentrou na análise das relações de trabalho; apenas analisaram a questão da transparência — dos modelos analisados, é o que coloca mais informações. Justificou que a não análise do modelo de serviço social autônomo não foi levantada no início da pesquisa e que o modelo de consórcio ficou mais evidente com as análises das OS. O critério de seleção dos modelos se deu pelos mais prevalentes e recentes. Precisou que o gerenciamento total da unidade como um todo só pode se dar pelo modelo de gestão de OS. Contextualizou que o modelo de OS na reforma do Estado surgiu com o intuito de conferir agilidade ao poder público, reduzir a burocracia, ser resposta ao teto da Lei de Responsabilidade Fiscal e contratar pessoal em ano eleitoral; porém, ponderou que a realidade é outra, não justificando ainda a adoção desse modelo. Ao seu ver, uma das saídas perpassa pela inclusão do custo de pessoal na Lei de Responsabilidade Fiscal, no sentido de evitar a expansão do modelo, mas identificou como problema o envolvimento de grupos políticos, milícias e tráfico em OS nos territórios.

Bruno Almeida (DEGERTS/SGTES/MS) pontuou o grande desafio perante o cenário apresentado e requer articulação de estratégias contra a financeirização nos serviços públicos de saúde. Salientou que, em todos os estados brasileiros, há algum tipo de modelo de gestão. E ponderou os encaminhamentos importantes surgidos na discussão, tais como a articulação do FCFAS com entidades sindicais para aproximar a discussão. No sentido de ampliação da discussão na defesa dos direitos dos trabalhadores da saúde, mencionou que, junto ao CNS, foi mobilizada a criação de uma frente parlamentar mista em defesa das trabalhadoras e trabalhadores do SUS, registrada no Congresso

Nacional em fase de coleta de assinaturas e adesão de deputados e senadores. Destacou também a ampliação do debate junto ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e à Organização Internacional do Trabalho (OIT) na criação de um pacto nacional pelo trabalho digno e decente na saúde, visando à criação de um conjunto de indicadores que conformarão um índice nacional de trabalho digno e decente, a ser incorporado aos modelos de gestão independentemente do modelo onde o trabalhador esteja vinculado, que seja passível de monitoramento. Ressaltou a necessidade de estabelecer uma agenda com a gestão para que as pautas adentrem em espaços decisórios dos gestores municipais e estaduais que, muitas vezes, não querem fazer a discussão sobre o trabalho na saúde.

Tarde

Apresentação: Projeto de Lei n º 2.717/ 2019, que dispõe sobre o reconhecimento da Saúde Estética como área de atuação do profissional de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Fonoaudiologia.

A mesa foi composta pelo coordenador Paulo Mayall e por Osvaldo Filho, analista jurídico, ambos da Coordenação de Democratização do Trabalho em Saúde (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), que apresentaram os principais aspectos relativos ao Projeto de Lei nº 2.717/2019, que dispõe sobre o reconhecimento da Saúde Estética como área de atuação dos profissionais de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Fonoaudiologia, e ao seu substitutivo. A apresentação correspondente se incorpora a esta ata como **ANEXO X**.

Passou-se para o **debate** na plenária.

Carlos Eilert (CONFEF) mencionou que a saúde estética deve ser exercida, no mínimo, por tecnólogo de nível superior. Fernanda Oliveira (ANVISA) observou que o PL em questão já exclui o esteticista e o tecnólogo de nível superior. Questionou se o texto cita a definição de centro de estética e relatou que se discutiu a necessidade de definição do termo no GT de Estética, ponderando ter cuidado para não restringir nada que os esteticistas podem fazer na proposta.

Jaqueline Santos (SECTCIS/MS) sugeriu que a definição de saúde estética poderia ser criada por esta Câmara, com encaminhamento do GT de Estética. Ao mesmo tempo, chamou a atenção para pensarmos nos limites do termo saúde estética, no que é abuso, no que se relaciona ao terapêutico e no que não se relaciona ao terapêutico, para não esbarrar em atividades privativas de uma determinada profissão de saúde. No que tange ao substitutivo ao PL, manifestou discordância com a questão do suplemento nutricional por não ter visto relação alguma com o assunto. Reforçou como encaminhamento a necessidade de trazer um esboço quanto à definição acerca da saúde estética.

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP), quanto ao texto substitutivo ao PL, suas considerações atentaram para o conflito com a lei dos esteticistas contida na redação que versa sobre a necessidade de registro profissional de todos os profissionais que trabalham na área de estética. Apontou como problema a questão da possibilidade de haver mais de um responsável técnico em clínicas e centros de estética, pois a Lei nº 6.839/1976, relativa ao sistema de responsabilidade técnica do país, estabelece a possibilidade de uma responsabilidade técnica anotada e não mais de uma.

Renato Minozzo (CFBM) considerou que, em cada empresa, há um responsável técnico, mas em uma clínica outro profissional pode atuar como profissional liberal, sendo este responsável por seus procedimentos. Do ponto de vista da fiscalização, mencionou não existir muitos problemas com o projeto. Do ponto de vista da Vigilância, mencionou que os fiscais municipais estão perdidos e não sabem fiscalizar, quer seja por fiscalizarem aspectos que não são de sua competência, quer seja por deixarem de fiscalizar aspectos que realmente são de sua competência. Registrou a necessidade de estabelecer ações em conjunto. Frente à amplitude do conceito de estética, ponderou a necessidade de estabelecer uma diferenciação e sugeriu a estratificação das clínicas: centro estético, clínica de estética e ambulatório

de estética — que contemplaria a diferenciação de procedimentos envolvendo graus de complexidade. Assim, técnicos e tecnólogos em estética atuariam no âmbito do centro estético (1), profissionais de saúde habilitados a realizar procedimentos estéticos se encaixariam na clínica de estética (2), e os médicos e dentistas, na parte que lhes cabe, atuariam no âmbito do ambulatório de estética (3) com procedimentos invasivos.

Fernando Santos (CFBio) ponderou que a origem do PL n°. 2.717 foi o PL n°. 1.559/2019, que era bem mais simples em sua redação e foi arquivado, e seu surgimento ocorreu em função da insegurança jurídica gerada para os profissionais da saúde. Considerou que seu substitutivo apresenta uma redação melhor e, na avaliação do CFBio, traz segurança jurídica para a categoria, uma vez que o biólogo se especializa muito para estar apto a trabalhar com estética.

Danielle Bernardi (COFFITO) acredita que o termo "estética" é muito pequeno diante do espectro de atuação de cada área, e o termo "saúde estética" apresenta-se extremamente vago, o que poderá produzir problemas para as profissões. Cada profissão precisará pensar e designar seu próprio termo na sua especialidade, de acordo com o foco de cada atuação profissional. Em relação às clínicas e aos responsáveis técnicos, trouxe a distinção entre o responsável técnico para a vigilância sanitária e para os conselhos profissionais; a primeira requer um responsável técnico em função das questões sanitárias, enquanto os segundos exigem o responsável técnico por questões técnicas e éticas, as quais não podem incidir sobre um CNPJ.

Zilamar Fernandes (CFF) relatou que o FCFAS tem discutido os casos de denúncias que estão ocorrendo na área de estética e mencionou o caso de uma fiscalização aleatória conjunta entre o Conselho de Odontologia e o Conselho de Biomedicina em SP, que apresentou resultados positivos em clínicas e centros estéticos, conferindo visibilidade de fortalecimento, seriedade e proteção para a sociedade. Mencionou que o FCFAS está estimulando o estabelecimento de acordos de cooperação livre entre conselhos, nos quais o responsável técnico responderá ética e tecnicamente a quem deve responder.

Fernanda Oliveira (ANVISA) colocou que, para a Vigilância, é explícito qual é o papel do responsável técnico e atentou para a responsabilidade dos conselhos em capacitarem seus profissionais quanto à responsabilidade técnica que devem ter em relação ao serviço; muitas vezes, acham que não têm responsabilidade alguma. No que tange à capacitação das Vigilâncias Sanitárias, salientou que a ANVISA tem trabalhado na sua capacitação, mas o tema é recente e ainda carece de uma resolução específica que trate do serviço em estética. O primeiro passo foi a Nota Técnica n. 2/2024, com o intuito de capacitar as Vigilâncias Sanitárias a realizarem uma inspeção em serviços de estética. Sugeriu que os conselhos demandem formalmente um pedido de capacitação da ANVISA nos estados, para que se avalie a possibilidade do envio de um técnico para tal.

Roselaine Muner (Cofen) retomou a questão da fiscalização conjunta, citando que ela tem sido realizada no Paraná pelo Cofen, destacando que o profissional não se sente apenas acuado, mas protegido ao perceber que não só o Conselho de Medicina fiscaliza uma clínica de enfermagem. Defendeu o uso do termo mais geral "saúde estética", pois cada profissão delimita a sua área de atuação e porque a saúde vem antes da estética. Levantou a questão da suplementação como importante, conforme proposta pelo substitutivo, quando pensada em termos de saúde estética e saúde do paciente. Em termos de fiscalização na área da estética, exemplificou que seu respectivo Conselho pensou na segurança do paciente; assim, um dos motivos de penalidade do profissional está relacionado ao não cumprimento do processo de enfermagem – consulta de enfermagem, avaliação e diagnóstico. Ponderou que o substitutivo poderia considerar aspectos de atualização da formação profissional e aspectos relativos à solicitação de exames que o profissional deve requerer do paciente. Quanto à responsabilidade técnica, reiterou o argumento apresentado por Renato Minozzo (CFBM). De modo

geral, considerou que o substitutivo contempla as principais questões do debate e repetiu que, mediante pequenas alterações, adequa-se à finalidade do seu objeto.

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) retomou a argumentação sobre o responsável técnico sob o ponto de vista das decisões do judiciário, destacando que há um entendimento de que mesmo uma mera declaração de responsabilidade técnica para o exercício das atividades exigida por um conselho constitui responsabilidade técnica perante o judiciário. Concluiu, portanto, que talvez essa não seja a melhor saída

Jaqueline Santos (SECTICS/MS) abordou a definição de cosmético, proposta pela Lei n°. 6.360/1976, que estabelece seu uso destinado à proteção ou embelezamento. Retomou seu argumento apresentado anteriormente, destacando que o aspecto da proteção no uso do cosmético projeta sua utilização terapêutica, exemplificando com casos de mulheres com câncer de mama que necessitam fazer uso de cosméticos para fins terapêuticos, ou de pessoas com queimaduras na pele. Pontuou que o uso terapêutico do cosmético insere outro termo: "cosmeceutico", que entra no campo específico e privativo somente de algumas profissões da saúde. Sobre o aspecto da suplementação nutricional, reiterou sua posição de contrariedade à proposta, no sentido de que seu uso pode causar algum efeito em pacientes, e acha necessário aprofundar o debate nesse aspecto. Por fim, reiterou o encaminhamento já sugerido de aprofundar na definição de saúde estética no espaço desta Câmara.

Fernando Santos (CFBio) pontuou os aspectos do alcance e do conceito de responsabilidade técnica, ao afirmar que a responsabilidade técnica para o biólogo é o seguimento de regras sanitárias, e o não cumprimento é caracterizado como falta ética. Colocou que a responsabilidade técnica dupla no texto do Substitutivo não está clara e que a intenção foi estabelecer que boa parte dos procedimentos das áreas de atuação dos profissionais é equivalente, mas não a sua totalidade.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) ressaltou que a condição sine qua non para que o PL alcance seu objetivo de trazer segurança jurídica é que haja uma uniformidade de entendimento entre os conselhos sobre os aspectos de responsabilização técnica, bem como uma lista de procedimentos sobre o que eventualmente o profissional pode ou não pode fazer. Destacou que esta Câmara se constituiu como o espaço para esses debates.

Zilamar Fernandes (CFF) colocou a questão dos limites impostos pelo PL para atuação junto aos profissionais, definidos na legislação de cada profissão e nas normas dos Conselhos, que conferem autonomia aos Conselhos. Nesse sentido, questionou se os Conselhos teriam autonomia para negar capacitação EaD de profissionais na área de estética reconhecidos pelo MEC.

Roselaine Muner (Cofen), em resposta, afirmou que o Cofen nega capacitação EaD de profissionais na área de estética reconhecidos pelo MEC, em Resolução de Estética, que define todos os pré-requisitos de atuação do profissional na área. Complementou que o Conselho só reconhece capacitação que tenha incluído parte prática.

Zilamar Fernandes (CFF) questionou se tem havido judicializações contra o Cofen neste aspecto. Roselaine Muner (Cofen) respondeu que não há judicialização em relação ao tema contra o Cofen.

Zilamar Fernandes (CFF) sugeriu pontuar o aspecto da capacitação do profissional vinculada às atividades práticas na estética no PL. Roselaine Muner (Cofen) também considerou que o texto poderia contemplar a necessidade de capacitação do profissional. Fernando Santos (CFBio) retomou o parágrafo primeiro do substitutivo do PL, ressaltando que o mesmo aborda tal aspecto, considerando que é possível melhorar a redação.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) ponderou que o Conselho Nacional de Educação já deixou explícito que especialização reconhecida pelo MEC não se confunde com especialidade profissional, reconhecida pelo Conselho. Nesse sentido, destacou que podemos discutir o que é habilitação, capacitação etc.

Osvaldo (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou que o exemplo da Resolução do Cofen já denota o grau de maturidade do Conselho no assunto. Ressaltou que a preocupação é saber se todos os outros Conselhos estabelecem regras bem definidas para garantir segurança jurídica para o paciente.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), a partir das discussões da plenária, sintetizou o entendimento coletivo do que estamos compreendendo por saúde estética hoje: um conjunto de procedimentos, equipamentos e produtos que são utilizados para fins estéticos e que são de interesse para a saúde, e que devem ser utilizados por profissionais de saúde.

Jaqueline Santos (SECTICS/MS) sugeriu aprofundar tal definição no GT de Estética. Fernanda Oliveira (Anvisa) considerou que, para a ANVISA, quando um cosmético é categorizado como terapêutico, ele deixa de ser estético. Destacou que a sugestão é muito boa, mas para a agência tal definição não seria aplicável ao serviço de interesse, onde estão localizados os esteticistas na ANVISA.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), diante da fala de Fernanda Oliveira (ANVISA), retirou o esboço da síntese de definição de saúde estética. E sobre o aspecto de cortar a renovação se o profissional não fizer educação continuada, isso tem gerado debate; exemplificou com o caso do CFM que não reconhece. Por fim, quanto à responsabilidade técnica, teceu o entendimento de que um estabelecimento com um CNPJ só pode ter um responsável técnico perante a ANVISA.

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) mencionou que a Lei n° 6.839 aborda expressamente que só pode haver um responsável técnico obrigatoriamente. Fernando Santos (CFBio) indagou se a lei se referia a um conselho, e não a um responsável técnico, exemplificando que a indústria química tem mais de um responsável técnico com apenas um CNPJ registrado no Conselho.

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) concordou, citando o caso das farmácias que às vezes possuem quatro responsáveis técnicos trabalhando no mesmo dia. Fernando Santos (CFBio) mencionou que a lei contempla o registro em um conselho; assim, o registro da Pessoa Jurídica teria que estar vinculado a um conselho, com vários responsáveis técnicos.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) propôs que retomássemos este debate futuramente. Informou a data da próxima reunião da CRTS, agendada para os dias 2 (dois) e 3 (três) de junho de 2025. Solicitou aos membros da CRTS o encaminhamento das contribuições de cada membro em relação ao PL para a Secretaria Executiva desta Câmara no prazo de dez dias, para subsidiar os trabalhos da Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde (CGERTS).

Encerramento

Após os informes finais e agradecimentos a todos os presentes, o Coordenador da CRTS declarou encerrada a reunião.

CRTS Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

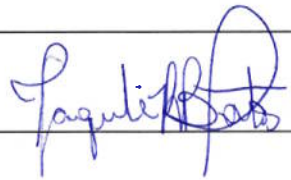
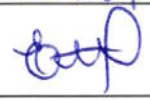
46ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

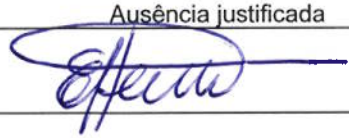
Data: 17/03/2025 Horário: 09h às 18h

Local: Sede do Conselho Federal de Biologia (CFBio) - Setor Bancário Sul (SBS), Quadra 2, Lote 3, Bloco Q, Centro Empresarial João Carlos Saad - Brasília, DF

Lista de presença

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
DEGERTS/SGTES/MS	Bruno Guimarães de Almeida	bruno.guimaraes@saude.gov.br	Bruno
	Gustavo Hoff	gustavo.hoff@saude.gov.br	
CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS	Benedito Augusto de Oliveira	benedito.oliveira@saude.gov.br	
CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS	Paulo Mayall Guilayn	paulo.guilayn@saude.gov.br	
DEGES/SGTES/MS	Laerge Thadeu C. da Silva	laerge.silva@saude.gov.br	Participação Online
	Laila Talita da Conceição Costa	laila.costa@saude.gov.br	
Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS	Edson Hilan Gomes de Lucena	edson.lucena@saude.gov.br	Ausência justificada
	Grasiela Damasceno de Araújo	grasiela.araujo@saude.gov.br	Ausência justificada

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS	Rodrigo Cariri C. de Almeida	rodrigo.cariri@saude.gov.br	
	Marta Helena Cherini	marta.cherini@saude.gov.br	
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - SECTICS/MS	Jaqueline Rocha B. dos Santos	jaqueline.borges@saude.gov.br	
	Bruno Fernandes B. de Oliveira	bruno.baltazar@saude.gov.br	
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA/MS	Cristiano Barreto de Miranda	cristiano.miranda@saude.gov.br	Ausência justificada
	Rodrigo Silvério de O. Santos	rodrigo.oliveira@saude.gov.br	
Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS	Lucimara Lag Kozicla Patté	lucimara.patte@saude.gov.br	Participação online
	Denise Brandão Nunes Ribeiro	denise.ribeiro@saude.gov.br	
Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDGI	Paulo Henrique O. W. de Carvalho	paulo.weiss@saude.gov.br	Participação online
	Juliana Ramos Bruno	juliana.bruno@saude.gov.br	Participação online
Secretaria-Executiva - SE/MS	Etel Matielo	etel.matielo@saude.gov.br	
	Ivanna Sant' Ana Torres	ivanna.torres@saude.gov.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass	Haroldo Jorge de Carvalho Pontes	haroldo.pontes@conass.org.br	
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems	Márcia Cristina M. Pinheiro	marcia@conasems.org.br	
Angência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa	Marcia Gonçalves de Oliveira	marcia.goncalves@anvisa.gov.br	
	Alice Alves de Souza	alice.souza@anvisa.gov.br	Participação online
Conselho Federal de Medicina - CFM	Alceu José Peixoto Pimentel	alceupimentel@portalmedico.org.br	Ausência justificada
	Antonio Henriques de França Neto	comissoes@portalmedico.org.br	
Conselho Federal de Biomedicina - CFBM	Renato Minozzo	renato.minozzo@cfbm.gov.br	
	Marco Antonio Zonta	marco.zonta@cfbm.gov.br	Participação online
Conselho Federal de Enfermagem - Cofen	Ludimilla Magalhães R. da Cunha	ludimilarcunha@gmail.com; ludimila.cunha@cofen.gov.br	Ausência justificada
	Ellen Márcia Peres	ellenperes@coren-rj.org.br; ellen.peres@cofen.gov.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Federal de Nutrição - CFN	Caio Victor Coutinho de Oliveira	caio.oliveira@cfn.org.br	Participaçãp online
	Amélia Borba Costa Reis	amelia.reis@cfn.org.br	
Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV	Ingrid Bueno Atayde	ingrid.atayde@cfmv.gov.br	
	Paulo Augusto Aragão Zunino	paulo.zunino@cfmv.gov.br	
Conselho Federal de Biologia - CFBio	Fernando César de Sousa Santos	biologofernando@live.com	
	Lívia Maria Alves de Oliveira	livia.alves.oliveira@hotmail.com	
Conselho Federal de Educação Física - CONFEF	Carlos Alberto Eilert	eilert.carlosalberto@gmail.com	
	Willian Pimentel		
Conselho Federal de Assistência Social - CFESS	Elaine Pelaez	elainejpelaez@yahoo.com.br	Participaçãp online
Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	José Carlos de Jesus Júnior	carlosjunior.conter@gmail.com	
	José Maicon Pessoa dos Santos	pessoaradiologia@gmail.com	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Federal de Odontologia - CFO	Gilmar Trevizan	trevizan.gilmar@gmail.com	
	Rafael Gomes Ditteich	prof.rafaelgd@gmail.com	
Conselho Federal de Farmácia - CFF	Zilamar Costa Fernandes	zilamar.fernandes@gmail.com	
	Julio Cesar Mendes e Silva	julio.farmacia@uol.com.br	
Conselho Federal de Psicologia - CFP	Marina Greghi Sticca	marinagreghi@hotmail.com	Participação online
	Antônio Virgílio Bittencourt Bastos	virgilio.bastos@cfp.org.br	
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Gustavo Fernandes Vieira	gvieirafisio@gmail.com	
	Gláucio Roberto Santana de Jesus	grfisio@gmail.com	Participação online
Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa	Neyla Arroyo Lara Mourão	neyla.mourao@fonoaudiologia.org.br	Participação online
	Maria Esther de Araújo	esther.araujo@fonoaudiologia.org.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
MNNP-SUS	Irene Rodrigues da Silva	irenerodrigues1313@gmail.com	
	Jorge Darze	jorge@darze.com.br	
	Solange Aparecida Caetano	enfermeirasolangecaetano01@gmail.com	
Conselho Nacional de Saúde - CNS	Francisca Valda da Silva	francisca.valda@uol.com.br	
	João Pedro Santos da Silva	joaopsi.pedro@gmail.com	
Instituição	**Nome**	**E-mail**	**Assinatura**
Fiocruz	Raphael Barreto da Conceição	raphael.barreto@fiocruz.br	
Convidada Anvisa	Fernanda Bezerra de Oliveira	fernanda.boliveira@anvisa.gov.br	
Convidada Cofen	Roselaine Muner	roselainemuner@uol.com.br	
CGVATS/DEGERTS/SGTES/MS	Érica Cristina Silva Bowes	erica.bowes@saude.gov.br	
	Patrícia Ferrás Araújo da Silva	patricia.ferras@saude.gov.br	
	Flavia Nogueira e F. de Sousa	flavia.ferreira@saude.gov.br	
CODETS/CGERTS/SGTES/MS	Ana Elisa de Carli Blackman	ana.blackman@saude.gov.br	
	Osvaldo Martins De Morais Filho	osvaldo.morais@saude.gov.br	

	Maria Carmen Martins Dantas	maria.carmen@saude.gov.br	Dantas
DEGERTS/SGTES/MS	Laianny Martins Silva Efel	laianny.efel@saude.gov.br	Laianny M. S. Efel
	Joseane Mota Bonfim	joseane.bonfim@saude.gov.br	Participação online
SGTES/MS	Nilma Soares dos Santos	nilma.santos@saude.gov.br	
	Gilberto Ricardo Wanderley Lins	gilberto.lins@saude.gov.br	
CEPEDISA/USP	Pedro Gabriel Lopes	lopes.pedrogabriel@gmail.com	
	Fernando Mussa Abujamra Aith	fernando.aith@usp.br	
	André Bastos Lopes Ferreira	andrebastosferreira@hotmail.com	André B. Ferreira
Ministério do Trabalho e Emprego	Aline Soares Martins	aline.martins@trabalho.gov.br	Participaçãp online
	Paula Montagner	paula.montagner@trabalho.gov.br	
	Raigner Rezende do Nascimento	raigner.nascimento@trabalho.gov.br	
	Marisa da Silva	assessoria@cepedisa.usp.com.br	

CRTS Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

46ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

Data: 18/03/2025 Horário: 09h às 18h

Local: Sede do Conselho Federal de Biologia (CFBio) - Setor Bancário Sul (SBS), Quadra 2, Lote 3, Bloco Q, Centro Empresarial João Carlos Saad - Brasília, DF

Lista de presença

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
DEGERTS/SGTES/MS	Bruno Guimarães de Almeida	bruno.guimaraes@saude.gov.br	
	Gustavo Hoff	gustavo.hoff@saude.gov.br	
CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS	Benedito Augusto de Oliveira	benedito.oliveira@saude.gov.br	
CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS	Paulo Mayall Guilayn	paulo.guilayn@saude.gov.br	
DEGES/SGTES/MS	Laerge Thadeu C. da Silva	laerge.silva@saude.gov.br	
	Laila Talita da Conceição Costa	laila.costa@saude.gov.br	
Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS	Edson Hilan Gomes de Lucena	edson.lucena@saude.gov.br	Ausência justificada
	Grasiela Damasceno de Araújo	grasiela.araujo@saude.gov.br	Ausência justificada

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS	Rodrigo Cariri C. de Almeida	rodrigo.cariri@saude.gov.br	
	Marta Helena Cherini	marta.cherini@saude.gov.br	
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - SECTICS/MS	Jaqueline Rocha B. dos Santos	jaqueline.borges@saude.gov.br	
	Bruno Fernandes B. de Oliveira	bruno.baltazar@saude.gov.br	
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA/MS	Cristiano Barreto de Miranda	cristiano.miranda@saude.gov.br	Ausência justificada
	Rodrigo Silvério de O. Santos	rodrigo.oliveira@saude.gov.br	
Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS	Lucimara Lag Kozicla Patté	lucimara.patte@saude.gov.br	Participação online
	Denise Brandão Nunes Ribeiro	denise.ribeiro@saude.gov.br	
Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDGI	Paulo Henrique O. W. de Carvalho	paulo.weiss@saude.gov.br	Participação online
	Juliana Ramos Bruno	juliana.bruno@saude.gov.br	
Secretaria-Executiva - SE/MS	Etel Matielo	etel.matielo@saude.gov.br	
	Ivanna Sant' Ana Torres	ivanna.torres@saude.gov.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Federal de Odontologia - CFO	Gilmar Trevizan	trevizan.gilmar@gmail.com	
	Rafael Gomes ~~Ditteich~~ DITTERICH	prof.rafaelgd@gmail.com	
Conselho Federal de Farmácia - CFF	Zilamar Costa Fernandes	zilamar.fernandes@gmail.com	
	Julio Cesar Mendes e Silva	julio.farmacia@uol.com.br	
Conselho Federal de Psicologia - CFP	Marina Greghi Sticca	marinagreghi@hotmail.com	Participação online
	Antônio Virgílio Bittencourt Bastos	virgilio.bastos@cfp.org.br	
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Gustavo Fernandes Vieira	gvieirafisio@gmail.com	
	Gláucio Roberto Santana de Jesus	grfisio@gmail.com	PARTICIPAÇÃO ONLINE
Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa	Neyla Arroyo Lara Mourão	neyla.mourao@fonoaudiologia.org.br	Participação online
	Maria Esther de Araújo	esther.araujo@fonoaudiologia.org.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass	Haroldo Jorge de Carvalho Pontes	haroldo.pontes@conass.org.br	
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems	Márcia Cristina M. Pinheiro	marcia@conasems.org.br	
Angência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa	Marcia Gonçalves de Oliveira	marcia.goncalves@anvisa.gov.br	
	Alice Alves de Souza	alice.souza@anvisa.gov.br	
Conselho Federal de Medicina - CFM	Alceu José Peixoto Pimentel	alceupimentel@portalmedico.org.br	Ausência justificada
	Antonio Henriques de França Neto	comissoes@portalmedico.org.br	
Conselho Federal de Biomedicina - CFBM	Renato Minozzo	renato.minozzo@cfbm.gov.br	
	Marco Antonio Zonta	marco.zonta@cfbm.gov.br	Participação online
Conselho Federal de Enfermagem - Cofen	Ludimilla Magalhães R. da Cunha	ludimilarcunha@gmail.com; ludimila.cunha@cofen.gov.br	Ausência justificada
	Ellen Márcia Peres	ellenperes@coren-rj.org.br; ellen.peres@cofen.gov.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Federal de Nutrição - CFN	Caio Victor Coutinho de Oliveira	caio.oliveira@cfn.org.br	Participação online
	Amélia Borba Costa Reis	amelia.reis@cfn.org.br	
Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV	Ingrid Bueno Atayde	ingrid.atayde@cfmv.gov.br	Ausência justificada
	Paulo Augusto Aragão Zunino	paulo.zunino@cfmv.gov.br	presente (assinatura - final da lista)
Conselho Federal de Biologia - CFBio	Fernando César de Sousa Santos	biologofernando@live.com	
	Lívia Maria Alves de Oliveira	livia.alves.oliveira@hotmail.com	
Conselho Federal de Educação Física - CONFEF	Carlos Alberto Eilert	eilert.carlosalberto@gmail.com	
	Willian Pimentel		
Conselho Federal de Assistência Social - CFESS	Elaine Pelaez	elainejpelaez@yahoo.com.br	Participação online
Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	José Carlos de Jesus Júnior	carlosjunior.conter@gmail.com	
	José Maicon Pessoa dos Santos	pessoaradiologia@gmail.com	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
MNNP-SUS	Irene Rodrigues da Silva	irenerodrigues1313@gmail.com	
	Jorge Darze	jorge@darze.com.br	
	Solange Aparecida Caetano	enfermeirasolangecaetano01@gmail.com	
Conselho Nacional de Saúde - CNS	Francisca Valda da Silva	francisca.valda@uol.com.br	
	João Pedro Santos da Silva	joaopsi.pedro@gmail.com	
Instituição	**Nome**	**E-mail**	**Assinatura**
Fiocruz	Raphael Barreto da Conceição	raphael.barreto@fiocruz.br	
Convidada Anvisa	Fernanda Bezerra de Oliveira	fernanda.boliveira@anvisa.gov.br	
Convidada Cofen	Roselaine Muner	roselainemuner@uol.com.br	
CGVATS/DEGERTS/SGTES/MS	Érica Cristina Silva Bowes	erica.bowes@saude.gov.br	
	Patrícia Ferrás Araújo da Silva	patricia.ferras@saude.gov.br	
	Flavia Nogueira e F. de Sousa	flavia.ferreira@saude.gov.br	
	Ana Elisa de Carli Blackman	ana.blackman@saude.gov.br	

CODETS/CGERTS/SGTES/MS	Osvaldo Martins De Morais Filho	osvaldo.morais@saude.gov.br	
	Maria Carmen Martins Dantas	maria.carmen@saude.gov.br	
DEGERTS/SGTES/MS	Laianny Martins Silva Efel	laianny.efel@saude.gov.br	
	Joseane Mota Bonfim	joseane.bonfim@saude.gov.br	
SGTES/MS	Nilma Soares dos Santos	nilma.santos@saude.gov.br	
	Gilberto Ricardo Wanderley Lins	gilberto.lins@saude.gov.br	
CEPEDISA/USP	Pedro Gabriel Lopes	lopes.pedrogabriel@gmail.com	
	Fernando Mussa Abujamra Aith	fernando.aith@usp.br	
	André Bastos Lopes Ferreira	andrebastosferreira@hotmail.com	André B. Ferreira
Ministério do Trabalho e Emprego	Aline Soares Martins	aline.martins@trabalho.gov.br	Participaçãp online
	Paula Montagner	paula.montagner@trabalho.gov.br	
	Raigner Rezende do Nascimento	raigner.nascimento@trabalho.gov.br	
Ministério Saúde.	Danilo Monteiro	danilo.soares@saude	
FNE	Marcia Silva.	assessoria@seesp.com.br	
CFMV	Paulo Augusto Amigão Zunino	Paulo.zunino@cfmv.gov.br	

RELATÓRIO Nº 01/2025

GRUPO DE TRABALHO SOBRE

ENSINO À DISTÂNCIA - EaD

O Grupo de Trabalho Sobre Ensino à Distância - GT EaD foi constituído na 44ª reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde – CRTS, realizada nos dias 22 e 23 de outubro de 2024, com a seguinte composição:

- Conselho Federal de Serviço Social – CFESS;
- Conselho Nacional de Saúde – CNS;
- Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV;
- Conselho Federal de Odontologia – CFO;
- Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS - MNNP-SUS;
- Conselho Federal de Nutrição – CFN;
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN;
- Conselho Federal de Medicina – CFM;
- Secretaria de Saúde Indígena – SESAI/ MS;
- Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/ SGTES/ MS.

Foram realizadas 4 reuniões *on line* no período entre novembro e fevereiro. Ao final desse período decidiu-se apresentar o presente Relatório ao plenário da CRTS.

O GT EaD foi instalado para desenvolver argumentos em favor da presencialidade nos cursos de graduação relacionados a profissões da área da saúde. Tal intenção se deu em razão da manifesta intenção do Ministério da Educação de estabelecer novo marco regulatório para o ensino à distância.

Pesquisa realizada em 03 de dezembro de 2024 no Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior (Cadastro e-MEC) identificou a existência dos seguintes cursos de graduação relacionados às profissões de saúde na modalidade Educação a Distância[1]:

Medicina	0
Enfermagem	39
Odontologia	0
Farmácia	152
Psicologia	0
Fonoaudiologia	25
Fisioterapia	148
Terapia Ocupacional	46
Nutrição	165
Biologia	31
Biomedicina	167

[1] *Fonte: https://emec.mec.gov.br/, em 03/12/2024*

Medicina Veterinária	30
Educação Física	397
Serviço Social	221
Tecnólogo em Radiologia	51
Total de cursos de graduação	1.472

Total: 1.472 cursos de graduação

O GT tratou, em suas discussões, sobre os seguintes conceitos:

- **Modalidade EaD** – O conceito, exposto pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação - SERES/MEC, na audiência pública realizada em 26 de novembro de 2024, é o seguinte:

> *"a oferta educacional organizada de modo que os processos de ensino e aprendizagem ocorram com a utilização de **meios e tecnologias de informação e comunicação (TIC)**, permitindo que estudantes e profissionais da educação estejam em lugares ou tempos diversos."* (grifos nossos)

- **Presencialidade – O conceito, também exposto pela SERES/MEC na audiência pública citada, é:**

> *"a presencialidade compreende a participação física do estudante em local e tempo pré-determinados, com controle de frequência, para exercer atividades formativas, na sede da instituição, no polo de educação a distância, em ambiente profissional e em espaços de atividades de extensão, com a participação de responsável acadêmico, observadas as diretrizes curriculares nacionais expedidas pelo Ministério da Educação."*

Ainda na mesma audiência pública, a SERES/MEC apresentou os seguintes conceitos:

1) **Ensino presencial** – caracterizado pela oferta majoritária de carga horária presencial física;

2) **Ensino semipresencial** – composto obrigatoriamente por carga horária determinada de atividades presenciais físicas obrigatórias (estágio, extensão, práticas laboratoriais e outras definidas por DCN) e atividades síncronas reguladas, além de carga horária a distância; e

3) **Ensino a distância** – caracterizado pela oferta majoritária de carga horária a distância.

O GT considera que estes três últimos conceitos não são suficientemente claros para delimitar a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação nos processos de ensino/aprendizagem.

Como referência, o GT cita o art. 100 da Portaria Normativa do Ministério da Educação - MEC nº 23, de 21 de dezembro de 2017, o qual dispõe que a oferta de atividades

educativas nas quais estudantes e profissionais da educação estejam em lugares e tempos diversos, deve ser igual ou maior do que 70% da carga horária total do curso.

Por outro lado, a Portaria MEC nº 1.428, de 28 de dezembro de 2018, dispõe para os cursos de graduação presencial o limite de 20% da carga horária total para atividades educativas não presenciais, podendo ser ampliado para até 40%, dependendo de critérios expostos em seu Artigo 3º.

Acrescente-se ainda que a Portaria MEC nº 11, de 20 de junho de 2017, que "Estabelece normas para o credenciamento de instituições e a oferta de cursos superiores a distância, em conformidade com o Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017", e a Portaria MEC nº 2.117, de 6 de dezembro de 2019, que "Dispõe sobre a oferta de carga horária na modalidade de Ensino a Distância - EaD em cursos de graduação presenciais ofertados por Instituições de Educação Superior - IES pertencentes ao Sistema Federal de Ensino" não trazem qualquer menção aos níveis de preparação de professores para a utilização de tecnologias de informação e comunicação em seus processos de ensino, nem menção a apoiadores do ensino como mediadores, monitores, tutores ou outros.

Este cenário exige atenção dos entes que atuam na regulamentação do ensino na área da saúde no Brasil.

Ressalta-se que Portaria MEC Nº 529, de 6 de junho de 2024, instituiu o Conselho Consultivo para o Aperfeiçoamento dos Processos de Regulação e Supervisão da Educação Superior - CC-Pares, com a finalidade assessorar a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior - SERES na formulação das políticas de sua competência. De acordo ao exposto pela SERES/MEC em audiência pública, realizada na Comissão de Educação da Câmara dos Deputados em 26/11/2024, este Conselho Consultivo constituiu a base para a criação de minuta de decreto para instituir o novo Marco Regulatório da Educação a Distância, o qual ainda não foi publicado.

Entende-se que um profissional de saúde é muito mais do que um conjunto de conhecimentos técnicos. A construção de um profissional de qualidade nessa área exige um amálgama de competências (conhecimentos, habilidades físicas e atitudes) que se entrelaçam de forma complexa e indispensável.

Assim, faz-se necessário o desenvolvimento das seguintes competências:

- **Comunicação:** A habilidade de se comunicar de forma clara, objetiva e empática é essencial para estabelecer um bom relacionamento com o paciente e a equipe de saúde;

- **Trabalho em equipe:** A capacidade de trabalhar em equipe, colaborando com outros profissionais, é fundamental para a prestação de um cuidado de qualidade;

- **Adaptabilidade:** A capacidade de se adaptar a diferentes situações e contextos é fundamental para enfrentar os desafios da prática clínica;

- **Coordenação motora:** A habilidade de realizar movimentos precisos e coordenados é essencial para a realização de procedimentos técnicos;

- **Força física:** A força física é necessária para realizar tarefas que exigem esforço físico, como a movimentação de pacientes;

- **Resistência física:** A resistência física é fundamental para lidar com longas jornadas de trabalho e atividades físicas intensas;

- **Empatia:** A capacidade de se colocar no lugar do outro, compreendendo suas emoções e necessidades, é fundamental para estabelecer uma relação de confiança com o paciente;

- **Ética deontológica:** A conduta moral, a integridade e o cumprimento do dever são pilares da profissão. Um profissional de saúde deve agir com honestidade, respeito e justiça em todas as suas ações, assimilando a conduta estabelecida nos normativos profissionais;

- **Responsabilidade:** A tomada de decisões e a execução de procedimentos exigem responsabilidade e comprometimento com a saúde e o bem-estar do paciente;

- **Humanização:** O tratamento individualizado e humanizado do paciente, considerando suas particularidades e necessidades, é essencial para a construção de um vínculo de confiança;

- **Resiliência:** A capacidade de lidar com situações desafiadoras e estressantes, mantendo a calma e a positividade, é fundamental para o bem-estar do profissional e do paciente; e

- **Tomada de decisões:** A capacidade dos profissionais de saúde de avaliar, sistematizar e escolher as condutas mais adequadas, e alinhadas com a respectiva normatização profissional, baseadas em evidências científicas, para o uso eficaz e eficiente dos recursos disponíveis, garantindo a qualidade do atendimento à saúde.

É importante ressaltar que essas características não devem ser consideradas isoladamente, mas sim de maneira interdependente. A empatia, por exemplo, está diretamente relacionada à comunicação e à humanização. A responsabilidade e a ética são fundamentais para o trabalho em equipe. A aprendizagem contínua é essencial para o desenvolvimento de novas habilidades e a adaptação às mudanças.

Portanto, este GT entende que as atitudes, os comportamentos e as habilidades físicas que compõem o profissional de saúde de qualidade só podem ser construídas no contexto da presencialidade, desde o início da graduação até os estágios e trabalhos de conclusão de curso. Essa é uma condição inevitável e que independe do nível tecnológico ou da qualidade do corpo docente da instituição que oferta cursos de graduação na área da saúde.

Há que se reconhecer a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação como positivos para democratizar o acesso à formação continuada e à especialização e modernizar as práticas pedagógicas.

A CRTS vê como positiva a utilização de TICs em cursos de pós-graduação e aperfeiçoamento profissional. Não obstante, há que se delimitar as condições de oferta da graduação para não comprometer a qualidade dos egressos.

Ouro ponto que merece atenção é a inadequação da avaliação de qualidade da graduação. O crescimento descontrolado de cursos em EaD a partir da publicação do Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017, teve efeitos questionáveis sobre a qualidade da educação superior do país, de maneira geral.

Nesse sentido, o Tribunal de Contas da União - TCU emitiu o Acórdão nº 658/2023, no qual afirma:

> *"4.2 A metodologia de avaliação dos polos EaD apresenta riscos para a qualidade da avaliação e da regulação*
> *Atualmente, os polos EaD não recebem visita in loco, de modo que a avaliação externa realizada pelo Inep é feita apenas na sede da IES que oferece o curso na modalidade EaD. No entanto, não há estudos que demonstrem a adequação dessa metodologia para os objetivos dessa avaliação. A falta de estudos nesse sentido, coloca em risco não apenas a avaliação da qualidade dos cursos, mas também os processos regulatórios, que se baseiam nessas avaliações.*
> *O sistema federal de educação superior cresceu como um todo, como apresentado no capítulo 2, mas cresceu a taxas ainda maiores na modalidade EaD..."*
> *"Os indicadores 3.10 e 3.11 são para a área de saúde, como é o caso dos cursos de enfermagem, biomedicina e outros. Nesse caso, o critério de análise é ainda mais específico em relação às necessidades de infraestrutura, e não há a observação de que a informação deve estar disponível na sede para efeitos de avaliação. De qualquer forma, não havendo a visita in loco aos polos nos casos de cursos na modalidade EaD, a validade do indicador fica comprometida.*
> *O que se observa é que, ao prescindir da avaliação in loco dos polos, sem apresentar uma metodologia suficientemente robusta para substituir a visita, aumenta-se o risco de que os resultados das avaliações não representem adequadamente a qualidade dos cursos e das IES, induzindo a regulação ao erro. Vale lembrar que, em 2020, havia 6.119 cursos na modalidade EaD, com cerca de 2,5 milhões de matrículas."*

Como se pode notar, o TCU afirma claramente que a avaliação dos cursos de graduação em EaD é insuficiente e inadequada.

Ademais, como afirma o Conselho Nacional de Saúde em seu Parecer Técnico nº 162/2020:

> *"Argumenta-se, oportunisticamente, que em 2018 foram abertas 7.170.567 vagas para cursos superiores em EaD e apenas 19% foram preenchidas. A baixa ocupação das vagas de cursos em EaD parece embasar o convite à ampliação das atividades nesta modalidade, nas formulações normativas já citadas. Entretanto, a interpretação mais*

> *coerente do cenário parece ser de que, justamente, há o reconhecimento público de que essa modalidade não supre as capacidades profissionais esperadas pelos alunos. Vale ressaltar que ampliação da modalidade EaD na formação superior em saúde tem seus limites estabelecidos nas DCN dos seus 14 cursos, em decorrência da natureza das habilidades e competências que definem como necessárias para a formação, com base no exercício profissional. O CNS e a CIRHRT, que têm a competência constitucional para o ordenamento do trabalho e da educação na saúde têm reiterado essa afirmação. ”*

Diante do exposto, o GT EaD manifesta sua posição em defesa da presencialidade nos cursos de graduação relacionados a profissões de saúde.

Ademais, para a garantia da formação de profissionais preparados para o SUS, destacam-se abaixo recomendações de condições mínimas:

1. Os cursos de graduação de profissões de saúde que estão atualmente autorizados para funcionamento na modalidade EaD devem ser extintos ou transformados em cursos de graduação presencial;
2. Os cursos de graduação que formam profissionais de saúde devem ser presenciais, e podem ter no máximo 20% de sua carga horária total dedicada a atividades educacionais mediadas por ferramentas TIC; e
3. Todas as disciplinas dos cursos de graduação que formam profissionais de saúde devem ter pelo menos parte de sua carga horária com atividades presenciais.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO e o Conselho Federal de Biomedicina – CFBM solicitaram as suas inclusões neste Grupo de Trabalho, e passaram a participaram das últimas 2 reuniões do GT.

Como referência sobre o tema para seguimento do tema, anexa-se a Recomendação nº 048, de 01 de julho de 2020 e a Recomendação nº 040 (ad referendum) de 06 de dezembro de 2024, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

O GT decide por unanimidade propor a transformação do presente Relatório em Parecer a ser submetido ao Plenário da CRTS, com o seguimento fechamento:

“Diante dos fatos observados, a CRTS decide enviar este parecer ao SGTES para que seja sugerido ao Ministro de Estado da Saúde a apresentação do tema na Comissão Interministerial instituída pelo Decreto nº 11.140/2023”.

PARECER Nº - 01/2025

GRUPO DE TRABALHO SOBRE

ENSINO À DISTÂNCIA - EaD

Este Parecer está fundamentado na Portaria GM/MS Nº 4.872, de 18 de julho de 2024, Artigo 42, inciso II, que define parecer da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde como:

> *" ato pelo qual a CRTS emite uma posição colegiada sobre temas específicos relacionados à regulação da formação e do exercício profissional na área da saúde"*

O Grupo de Trabalho Sobre Ensino à Distância - GT EaD foi constituído na 44ª reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde – CRTS, realizada nos dias 22 e 23 de outubro de 2024, com a seguinte composição:

- Conselho Federal de Serviço Social – CFESS;
- Conselho Nacional de Saúde – CNS;
- Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV;
- Conselho Federal de Odontologia – CFO;
- Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS - MNNP-SUS;
- Conselho Federal de Nutrição – CFN;
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN;
- Conselho Federal de Medicina – CFM;
- Secretaria de Saúde Indígena – SESAI/ MS;
- Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/ SGTES/ MS.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO e o Conselho Federal de Biomedicina – CFBM solicitaram as suas inclusões neste Grupo de Trabalho, e passaram a participaram das últimas 2 reuniões do GT.

Foram realizadas 4 reuniões *on line* no período entre novembro e fevereiro. Ao final desse período decidiu-se apresentar o presente Relatório ao plenário da CRTS.

O GT EaD foi instalado para desenvolver argumentos em favor da presencialidade nos cursos de graduação relacionados a profissões da área da saúde. Tal intenção se deu em razão da manifesta intenção do Ministério da Educação de estabelecer novo marco regulatório para o ensino à distância.

Pesquisa realizada em 03 de dezembro de 2024 no Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior (Cadastro e-MEC) identificou a existência dos seguintes cursos de graduação relacionados às profissões de saúde na modalidade Educação a Distância[1]:

Curso	Sedes*	Polos**
Medicina	0	0
Enfermagem	39	4.199
Odontologia	0	0
Farmácia	152	7.740
Psicologia	0	0
Fonoaudiologia	25	557
Fisioterapia	148	6.594
Terapia Ocupacional	46	2.936
Nutrição	165	6.591
Biologia	31	10.940
Biomedicina	167	7.166
Medicina Veterinária	30	348
Educação Física	397	27.198
Serviço Social	221	14.322
Tecnólogo em Radiologia	51	*Sem info*
Total de cursos de graduação	1.472	88.601

Total: 1.472 cursos de graduação

O CFBio ressalta que o número de cursos autorizados é 180 (com 60 não iniciados). As vagas autorizadas iniciadas são de 226.002. A pesquisa no e-Mec se refere aos cursos de bacharelado e licenciatura em Biologia e Ciências Biológicas.

Cabe ressaltar que as avaliações feitas sobre esses cursos ocorrem nas respectivas sedes e não nos polos, o que dificulta a correta avaliação da qualidade e das condições de ensino nessas unidades, conforme menciona o Acórdão nº 658/2023 do Tribunal de Contas da União.

O GT tratou, em suas discussões, sobre os seguintes conceitos:

- **Modalidade EaD** – O conceito, exposto pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação - SERES/MEC, na audiência pública realizada em 26 de novembro de 2024, é o seguinte:

> *"a oferta educacional organizada de modo que os processos de ensino e aprendizagem ocorram com a utilização de* ***meios e tecnologias de informação***

** Fonte: https://emec.mec.gov.br/, em 12/2024;*
*** Fonte https://emec.mec.gov.br/, em 09/2024.*

> ***e comunicação (TIC)**, permitindo que estudantes e profissionais da educação estejam em lugares ou tempos diversos."* (grifos nossos)

- **Presencialidade – O conceito, também exposto pela SERES/MEC na audiência pública citada, é:**

> *"a presencialidade compreende a participação física do estudante em local e tempo pré-determinados, com controle de frequência, para exercer atividades formativas, na sede da instituição, no polo de educação a distância, em ambiente profissional e em espaços de atividades de extensão, com a participação de responsável acadêmico, observadas as diretrizes curriculares nacionais expedidas pelo Ministério da Educação."*

Ainda na mesma audiência pública, a SERES/MEC apresentou os seguintes conceitos:

1) **Ensino presencial** – caracterizado pela oferta majoritária de carga horária presencial física;
2) **Ensino semipresencial** – composto obrigatoriamente por carga horária determinada de atividades presenciais físicas obrigatórias (estágio, extensão, práticas laboratoriais e outras definidas por DCN) e atividades síncronas reguladas, além de carga horária a distância; e
3) **Ensino a distância** – caracterizado pela oferta majoritária de carga horária a distância.

O GT considera que estes três últimos conceitos não são suficientemente claros para delimitar a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação nos processos de ensino/aprendizagem.

Como referência, o GT cita o art. 100 da Portaria Normativa do Ministério da Educação - MEC nº 23, de 21 de dezembro de 2017, o qual dispõe que a oferta de atividades educativas nas quais estudantes e profissionais da educação estejam em lugares e tempos diversos, deve ser igual ou maior do que 70% da carga horária total do curso.

Por outro lado, a Portaria MEC nº 1.428, de 28 de dezembro de 2018, dispõe para os cursos de graduação presencial o limite de 20% da carga horária total para atividades educativas não presenciais, podendo ser ampliado para até 40%, dependendo de critérios expostos em seu Artigo 3º.

Acrescente-se ainda que a Portaria MEC nº 11, de 20 de junho de 2017, que "Estabelece normas para o credenciamento de instituições e a oferta de cursos superiores a distância, em conformidade com o Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017", e a Portaria MEC nº 2.117, de 6 de dezembro de 2019, que "Dispõe sobre a oferta de carga horária na modalidade de Ensino a Distância - EaD em cursos de graduação presenciais ofertados por Instituições de Educação Superior - IES pertencentes ao Sistema Federal de Ensino" não trazem qualquer menção aos níveis de preparação de professores para a

utilização de tecnologias de informação e comunicação em seus processos de ensino, nem menção a apoiadores do ensino como mediadores, monitores, tutores ou outros.

Este cenário exige atenção dos entes que atuam na regulamentação do ensino na área da saúde no Brasil.

Ressalta-se que Portaria MEC Nº 529, de 6 de junho de 2024, instituiu o Conselho Consultivo para o Aperfeiçoamento dos Processos de Regulação e Supervisão da Educação Superior - CC-Pares, com a finalidade assessorar a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior - SERES na formulação das políticas de sua competência. De acordo ao exposto pela SERES/MEC em audiência pública, realizada na Comissão de Educação da Câmara dos Deputados em 26/11/2024, este Conselho Consultivo constituiu a base para a criação de minuta de decreto para instituir o novo Marco Regulatório da Educação a Distância, o qual ainda não foi publicado.

Entende-se que um profissional de saúde é muito mais do que um conjunto de conhecimentos técnicos. A construção de um profissional de qualidade nessa área exige um amálgama de competências (conhecimentos, habilidades físicas e atitudes) que se entrelaçam de forma complexa e indispensável.

Assim, faz-se necessário o desenvolvimento das seguintes competências:

- **Comunicação:** A habilidade de se comunicar de forma clara, objetiva e empática é essencial para estabelecer um bom relacionamento com o paciente e a equipe de saúde;

- **Trabalho em equipe:** A capacidade de trabalhar em equipe, colaborando com outros profissionais, é fundamental para a prestação de um cuidado de qualidade;

- **Adaptabilidade:** A capacidade de se adaptar a diferentes situações e contextos é fundamental para enfrentar os desafios da prática clínica;

- **Coordenação motora:** A habilidade de realizar movimentos precisos e coordenados é essencial para a realização de procedimentos técnicos;
- **Força física:** A força física é necessária para realizar tarefas que exigem esforço físico, como a movimentação de pacientes;

- **Resistência física:** A resistência física é fundamental para lidar com longas jornadas de trabalho e atividades físicas intensas;

- **Empatia:** A capacidade de se colocar no lugar do outro, compreendendo suas emoções e necessidades, é fundamental para estabelecer uma relação de confiança com o paciente;

- **Ética deontológica:** A conduta moral, a integridade e o cumprimento do dever são pilares da profissão. Um profissional de saúde deve agir com honestidade, respeito e justiça em todas as suas ações, assimilando a conduta estabelecida nos normativos profissionais;

- **Responsabilidade:** A tomada de decisões e a execução de procedimentos exigem responsabilidade e comprometimento com a saúde e o bem-estar do paciente;

- **Humanização:** O tratamento individualizado e humanizado do paciente, considerando suas particularidades e necessidades, é essencial para a construção de um vínculo de confiança;

- **Resiliência:** A capacidade de lidar com situações desafiadoras e estressantes, mantendo a calma e a positividade, é fundamental para o bem-estar do profissional e do paciente; e

- **Tomada de decisões:** A capacidade dos profissionais de saúde de avaliar, sistematizar e escolher as condutas mais adequadas, e alinhadas com a respectiva normatização profissional, baseadas em evidências científicas, para o uso eficaz e eficiente dos recursos disponíveis, garantindo a qualidade do atendimento à saúde.

É importante ressaltar que essas características não devem ser consideradas isoladamente, mas sim de maneira interdependente. A empatia, por exemplo, está diretamente relacionada à comunicação e à humanização. A responsabilidade e a ética são fundamentais para o trabalho em equipe. A aprendizagem contínua é essencial para o desenvolvimento de novas habilidades e a adaptação às mudanças.

Portanto, este GT entende que as atitudes, os comportamentos e as habilidades físicas que compõem o profissional de saúde de qualidade só podem ser construídas no contexto da presencialidade, desde o início da graduação até os estágios e trabalhos de conclusão de curso. Essa é uma condição inevitável e que independe do nível tecnológico ou da qualidade do corpo docente da instituição que oferta cursos de graduação na área da saúde.

Há que se reconhecer a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação como positivos para democratizar o acesso à formação continuada e à especialização e modernizar as práticas pedagógicas.

A CRTS vê como positiva a utilização de TICs em cursos de pós-graduação e aperfeiçoamento profissional. Não obstante, há que se delimitar as condições de oferta da graduação para não comprometer a qualidade dos egressos.

Outro ponto que merece atenção é a inadequação da avaliação de qualidade da graduação. O crescimento descontrolado de cursos em EaD a partir da publicação do Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017, teve efeitos questionáveis sobre a qualidade da educação superior do país, de maneira geral.

Nesse sentido, o Tribunal de Contas da União - TCU emitiu o Acórdão nº 658/2023, no qual afirma:

> *"4.2 A metodologia de avaliação dos polos EaD apresenta riscos para a qualidade da avaliação e da regulação*

> *Atualmente, os polos EaD não recebem visita in loco, de modo que a avaliação externa realizada pelo Inep é feita apenas na sede da IES que oferece o curso na modalidade EaD. No entanto, não há estudos que demonstrem a adequação dessa metodologia para os objetivos dessa avaliação. A falta de estudos nesse sentido, coloca em risco não apenas a avaliação da qualidade dos cursos, mas também os processos regulatórios, que se baseiam nessas avaliações.*
> *O sistema federal de educação superior cresceu como um todo, como apresentado no capítulo 2, mas cresceu a taxas ainda maiores na modalidade EaD..."*
> *"Os indicadores 3.10 e 3.11 são para a área de saúde, como é o caso dos cursos de enfermagem, biomedicina e outros. Nesse caso, o critério de análise é ainda mais específico em relação às necessidades de infraestrutura, e não há a observação de que a informação deve estar disponível na sede para efeitos de avaliação. De qualquer forma, não havendo a visita in loco aos polos nos casos de cursos na modalidade EaD, a validade do indicador fica comprometida.*
> *O que se observa é que, ao prescindir da avaliação in loco dos polos, sem apresentar uma metodologia suficientemente robusta para substituir a visita, aumenta-se o risco de que os resultados das avaliações não representem adequadamente a qualidade dos cursos e das IES, induzindo a regulação ao erro. Vale lembrar que, em 2020, havia 6.119 cursos na modalidade EaD, com cerca de 2,5 milhões de matrículas."*

Como se pode notar, o TCU afirma claramente que a avaliação dos cursos de graduação em EaD é insuficiente e inadequada.

Ademais, como afirma o Conselho Nacional de Saúde em seu Parecer Técnico nº 162/2020:

> *"Argumenta-se, oportunisticamente, que em 2018 foram abertas 7.170.567 vagas para cursos superiores em EaD e apenas 19% foram preenchidas. A baixa ocupação das vagas de cursos em EaD parece embasar o convite à ampliação das atividades nesta modalidade, nas formulações normativas já citadas. Entretanto, a interpretação mais coerente do cenário parece ser de que, justamente, há o reconhecimento público de que essa modalidade não supre as capacidades profissionais esperadas pelos alunos. Vale ressaltar que ampliação da modalidade EaD na formação superior em saúde tem seus limites estabelecidos nas DCN dos seus 14 cursos, em decorrência da natureza das habilidades e competências que definem como necessárias para a formação, com base no exercício profissional. O CNS e a CIRHRT, que têm a competência constitucional para o ordenamento do trabalho e da educação na saúde têm reiterado essa afirmação. "*

Diante do exposto, o GT EaD manifesta sua posição em defesa da presencialidade nos cursos de graduação relacionados a profissões de saúde.

Ademais, considerando o entendimento dos membros da CRTS de que a formação em saúde ocorra no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, reitera-se a necessidade da garantia do caráter presencial no ensino dos profissionais que conformam o campo da saúde.

Para a garantia da formação de profissionais preparados para o SUS, destacam-se abaixo recomendações de condições mínimas:

1. Os cursos de graduação de profissões de saúde que estão atualmente autorizados para funcionamento na modalidade EaD devem ser extintos ou transformados em cursos de graduação presencial;
2. Os cursos de graduação que formam profissionais de saúde devem ser no formato/modalidade presencial, e podem ter no máximo 20% de sua carga horária total dedicada a atividades educacionais mediadas por ferramentas TIC; e
3. Todas as unidades curriculares de caráter laboratorial, clínico e assistencial dos cursos de graduação que formam profissionais de saúde têm que ser desenvolvidas de forma presencial.

Como referência sobre o tema para seguimento do tema, anexa-se a Recomendação nº 048, de 01 de julho de 2020 e a Recomendação nº 040 (ad referendum) de 06 de dezembro de 2024, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

O plenário da CRTS decidiu por unanimidade aprovar o presente Parecer na 46ª Reunião, realizada nos dias 17 e 18 de março de 2025.

Diante dos fatos observados, ficou decidido o envio deste Parecer ao Senhor Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para que seja sugerido ao Ministro de Estado da Saúde a apresentação do tema na Comissão Interministerial instituída pelo Decreto nº 11.440/2023.

É o parecer.

Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde – CRTS

Ao Sr. Cesar Callegari
Presidente do Conselho Nacional de Educação
Fone: (61) 2022-7700
E-mail: cnese@mec.gov.br

Assunto: Moção da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde pela revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais de Biologia.

Senhor Presidente do CNE,

A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), instituída pela Portaria nº 4.872, de 18 de julho de 2024, envia ao Conselho Nacional de Educação esta Moção de Apoio à Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Ciências Biológicas, tendo em conta as seguintes justificativas:

1. Desde a promulgação das DCN (2002) vigentes para os Cursos de Ciências Biológicas, ocorreram mudanças significativas nas políticas públicas de saúde e nas práticas profissionais, com destaque para a ampliação do escopo de atuação do Biólogo em diversas frentes. Embora o Biólogo seja reconhecido como profissional de saúde desde 1997 e possua representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), observa-se que, atualmente, o Ministério da Educação (MEC) não exige uma formação mínima que dialogue com o SUS, resultando em falta de preparo deste profissional para lidar com temas de saúde pública que são parte importante do exercício de sua profissão.

2. Tais lacunas formativas tornam-se ainda mais evidentes quando se considera a importância crescente da participação do Biólogo em ações integradas de saúde pública, que envolvem desde a promoção da saúde e prevenção de doenças, até o desenvolvimento de tecnologias aplicadas ao diagnóstico laboratorial, biotecnologia e gestão ambiental. Nesse sentido, a ausência de conteúdos obrigatórios voltados ao SUS e às políticas de saúde pública repercute negativamente na qualificação profissional e, por consequência, na assistência à população.

3. Nos últimos anos, o conceito de Uma Só Saúde (One Health) ganhou relevância, pois reconhece que a saúde humana está interligada à saúde animal e ambiental. No âmbito das Ciências Biológicas, isso significa formar profissionais que compreendam a interdependência entre ecossistemas, biodiversidade e saúde. Essa abordagem é fundamental para a atuação do Biólogo em temas como vigilância epidemiológica e ambiental, controle de vetores, biotecnologia aplicada às doenças emergentes, e no desenvolvimento de práticas sustentáveis de produção e consumo que minimizem riscos de zoonoses e outros agravos.

Portanto, a inclusão de conteúdos e estágios que favoreçam essa visão holística se mostra indispensável na formação do Biólogo atual.

4. Cabe enfatizar que a vigilância em saúde não deve ser tratada exclusivamente como parte do apoio diagnóstico laboratorial. São áreas de atuação complementares, porém distintas. A vigilância em saúde abrange o monitoramento e a análise contínua dos fatores de risco e das condições de saúde da população, enquanto o apoio diagnóstico laboratorial se concentra na execução de exames e análises clínicas que subsidiam o diagnóstico de doenças. Ambas as áreas demandam competências específicas do Biólogo, envolvendo conhecimento epidemiológico, controle de qualidade, biossegurança, entre outros aspectos. Nesse sentido, torna-se imprescindível que a revisão das DCN reconheça a vigilância em saúde como campo de atuação próprio e formação especial, contemplando conteúdos que permitam ao estudante desenvolver competências para atuar eficazmente nesse setor estratégico do SUS.

Estas são as motivações mais gerais que solicitamos ao CNE que leve em conta para a revisão das DCN das Ciências Biológicas e a melhor inserção do profissional Biólogo no Sistema Único de Saúde – SUS, sem deixar de levar em conta os apontamentos específicos que cada profissão pode levar ao CNE de maneira direta.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

RELATÓRIO
GRUPO DE TRABALHO SOBRE
ESPECIALIDADES PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

O Grupo de Trabalho sobre Especialidades Profissionais da Área da Saúde (GT Especialidades) reuniu-se nos dias 21 de novembro, 5 de dezembro de 2024, 11 de fevereiro e 11 de março de 2025.

Contou com a participação de:

- CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS - Coordenação de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde
- DEGES/ SGTES/ MS - Departamento de Gestão da Educação na Saúde
- MNNP-SUS - Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
- CFN – Conselho Federal de Nutrição
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- COFEF – Conselho Federal
- CFO – Conselho Federal de Odontologia
- CFBio – Conselho Federal de Biologia
- CFMV – Conselho Federal de Medicina Veterinária
- CEPEDISA – Centro de Pesquisas em Direito Sanitário – Universidade de São Paulo

DEFINIÇÃO DE ESPECIALIDADES

A partir de definições utilizadas em resoluções dos conselhos federais de Nutrição, Fonoaudiologia e Odontologia, chegou-se a uma definição de consenso que possa ser utilizada por todos os conselhos:

> *Especialidade é uma área específica de uma profissão na qual o profissional aprofunda seu conhecimento de saúde e aborda casos de maior complexidade.*

A definição não pode ser confundida com a definição de "habilitação" utilizada por alguns conselhos. O GT trabalhou preliminarmente com dois conceitos de habilitação:

> *Definição 1: Habilitação – Área de atuação da profissão para a qual o profissional é direcionado desde a graduação, ou para a qual pode ser habilitado por estágio curricular supervisionado, experiência profissional comprovada ou por curso de pós-graduação após o início de seu exercício profissional*

> *Definição 2: Habilitação: processo pelo qual um profissional, devidamente formado e registrado, obtém a autorização ou a capacitação específica para exercer determinadas atividades ou especialidades dentro de sua profissão.*

PRINCÍPIOS

O GT Especialidades acordou seguir os seguintes princípios:

Decidiu-se tratar do tema, segundo os seguintes critérios:

1) **Transparência e Segurança Jurídica**: que os profissionais tenham segurança do reconhecimento de sua formação e competências, e que a população tenha informação clara e precisa sobre o especialista que deve procurar;
2) **Ampliar o acesso a especialistas**: o Ministério da Saúde deverá discutir a formação de profissionais especialistas necessários ao SUS e que os gestores possam contratá-los com segurança para atender às necessidades da população de forma adequada; e
3) **Modernizar a formação de especialistas**: que a formação e reconhecimento de especialistas sejam rigorosos o bastante para garantir a competência do especialista e que seja ao mesmo tempo flexível o bastante para incorporar as inovações tecnológicas e mudanças sociais e epidemiológicas que ocorrerão no futuro.

A seguir, foram tratados os seguintes temas:

- Necessidade de padronizar as terminologias sobre especialidades profissionais, em função das necessidades do SUS, no âmbito de cada Conselho Federal; e
- Necessidade de regulamentar os requisitos de formação ou de experiência profissional no âmbito de cada Conselho Federal.

ENCAMINHAMENTOS

Os **encaminhamentos do grupo** foram:

- Apresentar nova definição de especialidades para aprovação no plenário da próxima reunião da CRTS;
- Validar no plenário da CRTS a solicitação de envio de ofício aos CFs solicitando:
  - descrição sucinta de cada especialidade;
  - descrição do processo de formação dos especialistas; e
  - definição sobre como o CF reconhece e concede os títulos de especialista.
- Solicitar à CGPFTS/DEGERTS/SGTES/MS estudo sobre número de especialistas de todas as profissões de saúde e sobre as necessidades de especialistas no SUS; e

RELATÓRIO Nº 01/2025

GRUPO DE TRABALHO SOBRE

ESTÉTICA E ESCOPOS DE PRÁTICAS

O Grupo de Trabalho sobre Estética e Escopos de Práticas – GT Estética foi constituído na 44ª reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde – CRTS, realizada nos dias 22 e 23 de outubro de 2024, com a seguinte composição:

- Conselho Federal de Biologia - CFBio;
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa;
- Conselho Federal de Medicina – CFM;
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS/MS; e

Foram realizadas 4 reuniões virtuais no período entre novembro de 2024 e março de 2025. Ao final desse período decidiu-se apresentar o presente Relatório ao plenário da CRTS.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, o Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa, o Conselho Federal de Farmácia – CFF e o Conselho Federal de Biomedicina – CFBM solicitaram participação no GT. O COFEN participou desde a primeira reunião, enquanto os demais conselhos solicitantes participaram da terceira reunião realizada em 11 de fevereiro de 2025.

<u>SOBRE O PROFISSIONAL ESTETICISTA/COSMETOLOGISTA E A LEI 13.643/2018</u>

O GT discutiu sobre os limites de competência dos profissionais esteticistas, de acordo à Lei nº 13.643, de 3 de abril de 2018.

Nesse sentido, houve consenso entre os membros do GT quanto à análise contida na NOTA TÉCNICA Nº 2/2024/SEI/GGTES/DIRE3/ANVISA.

A ANVISA considerou a competência do técnico em estética e do esteticista/cosmetólogo disposta no Artigo 5º, inciso I da Lei 13.643/2018, a saber:

> *"executar procedimentos estéticos faciais, corporais e capilares, utilizando como recursos de trabalho produtos cosméticos, técnicas e equipamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)".*

Não há referência na Lei à utilização de medicamentos pelo profissional esteticista, portanto, não há competência do esteticista para prescrever ou aplicar medicamentos.

A Anvisa considerou ainda: a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, artigo 3º, inciso ..... que considera os cosméticos como produtos para uso externo, destinados à proteção ou ao embelezamento das diferentes partes do corpo; e a Resolução da Diretoria Colegiada nº 752, de 19 de setembro de 2022, Artigo 3º, inciso XVI, que igualmente descreve os cosméticos como produtos de uso externo, o que não inclui produtos injetáveis.

Tendo em vista que nenhum dos produtos cosméticos registrados na ANVISA é produto injetável, não há fundamento legal que autorize ao esteticista utilizar tais produtos. Ademais, alcançou-se o consenso de que nenhum produto que não seja classificado como cosmético pode ser prescrito ou aplicado por esteticista, diante do exposto nas Lei 13.643/2018. Evita-se desta forma que qualquer produto de risco, injetável ou não seja utilizado por esteticista

Assim, o GT entende que os esteticistas não podem executar procedimentos que incluam injeção de toxina botulínica, ácido hialurônico, plasma rico em plaquetas ou outros produtos injetáveis. Tampouco são legalmente habilitados para a aplicação de produtos de risco não classificados como cosméticos, mesmo que aplicados sobre a pele.

Em função da interpretação consensuada da legislação vigente, foi discutida uma lacuna regulatória no sistema educacional do país. O Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnologia de 2024 dispõe como parte do currículo de formação de tecnólogo esteticista a exigência de conhecimentos sobre intradermoterapia. Este é um procedimento com uso de injetáveis que não são cosméticos, o que pode configurar conflito com a Lei nº. 13.643/ 2018

O GT propõe que este fato seja levado ao conhecimento do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, de forma que possa ser discutido no âmbito do Grupo de Trabalho Interministerial Educação-Saúde.

~~Foi acordado que normativa legal ou infralegal deveria definir que os procedimentos de estética devem ser feitos no interior de centros de estética, bem como definir o rol de procedimentos a serem realizados em tais centros pelos profissionais, sob supervisão de responsável técnico da saúde. Esta decisão fortaleceria a capacidade de atuação da Anvisa na fiscalização de centros de estéticas.~~

Foi proposto ainda que se normatize a anotação de responsabilidade técnica do esteticista, em cumprimento ao art. 6º, inciso I da Lei 13.643/2019, que dispõe com competência do esteticista e cosmetólogo “a responsabilidade técnica pelos centros de estética que executam e aplicam recursos estéticos”.

Encaminhamentos:

De forma a aprimorar e esclarecer a legislação vigente sobre a profissão esteticista, o GT se propõe a elaborar minuta de decreto para regulamentação da Lei 13.643/2018 e submetê-la ao plenário da CRTS, para que seja levada como proposta à SGTES/MS.

A proposta deverá outorgar condições e prerrogativas explícitas à Anvisa para fiscalizar tecnicamente os estabelecimentos onde o esteticista atua – centros de estética – e definir quais procedimentos podem ou não serem realizados.

Foi acordado levar uma moção a plenária da CRTS relativa ao questionamento ao MEC sobre a exigência de conhecimento em intradermoterapia no Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnólogo em Estética (2024).

SOBRE OS PROCEDIMENTOS DE ESTÉTICA QUE SÃO EXECUTADOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Durante as citadas reuniões foram realizados debates sobre conceitos, definições, e categorização de procedimentos invasivos, minimamente invasivos, injetáveis e tóxicos relacionados ao escopo de prática de profissionais da estética. Não se alcançou consenso sobre as definições ou categorizações, portanto o tema será discutido nas reuniões seguintes.

Os encaminhamentos acordados foram os seguintes:

- Pactuar documento público, como lista de padronização (ou equivalência) da nomenclatura de procedimentos de estética de forma consensuada e que seja acessível com o objetivo de facilitar a atuação fiscalizatória da ANVISA;

- Definir orientações para a parceria entre Anvisa e Conselhos Profissionais para a melhor fiscalização;

- Solicitar aos Conselhos Profissionais que comuniquem à ANVISA sempre que surgir um novo procedimento em estética autorizado para um profissional do respectivo Conselho;

- Propor campanha nacional de orientação à sociedade sobre capacitação do profissional de estética, riscos de procedimentos estéticos pelo Ministério da Saúde, em parceria com Conselhos Profissionais e em colaboração às ações da ANVISA;

- Os Conselhos Federais, que trabalham com procedimentos estéticos (Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Medicina e Odontologia) deverão elaborar Nota Técnica Conjunta da CRTS sobre os riscos da estética para divulgação à sociedade, incluindo exemplos de denúncias de procedimentos executados com imperícia, má fé ou descumprindo normativa vigente;

~~- Submeter à CRTS instrumento normativo (Decreto ou Resolução da Diretoria Colegiada - RDC da Anvisa), para dar condições e prerrogativas explícitas à Anvisa para fiscalizar tecnicamente os estabelecimentos onde o esteticista atua – centros de estética – e definir quais procedimentos podem ou não serem realizados; e~~

- Apresentação do Projeto de Lei n. 2.717/2019 para análise do Plenário da CRTS.

46ª reunião da CRTS:

Formas de seleção e contratação da Força de Trabalho em Saúde

André Bastos Lopes Ferreira
CEPEDISA/USP

Objetivos da Apresentação:

1

Seleção

Formas de se escolher profissionais.
Define **quem** pode prestar o serviço.

Exemplos:
- Pregão
- Concurso Público
- Contratação direta

2

Contratação

Formas de se formalizar o vínculo com o profissional ou a empresa escolhida.

Exemplos:
- Relação de emprego
- Trabalho autônomo
- Terceirização ou quarteirização

Procedimentos de Seleção
da força de trabalho na saúde

1

Pregão

Definição:

Modalidade de licitação voltada à contratação de bens e serviços **comuns** (arts. 6º, XLI e 28, I, Lei 14.133/2021).

Licitantes **competem** para a apresentação do menor preço ou maior desconto.

Exemplo na saúde:

Pregão eletrônico para contratar exames de ultrassonografia para o município de Paulínia.

Edital nº 4/2025
Prefeitura de Paulínia/SP

2

Concurso Público

Definição

Processo seletivo para cargo ou emprego público (art. 37, II, CF).

Objetividade e meritocracia.

Serve para mensurar os conhecimentos técnicos e a aptidão física dos candidatos.

Composto de provas ou de provas e títulos.

Exemplo na saúde:

Concurso do TRT-1ª Região, com vagas para especialidades de Enfermagem do Trabalho, Medicina, Psicologia, Serviço Social, dentre outras áreas.

Edital nº 01/2025
Tribunal Regional do Trabalho da 1ª Região

Inexigibilidade e Dispensa de licitação

Definição: Formas de contratação direta, sem licitação (art. 72, Lei 14.133/21)

3

Inexigibilidade (art. 74)

- Fornecedor exclusivo
- Objeto que pode ser contratado por credenciamento

Dispensa (art. 75)

- Medicamentos para doenças raras
- Casos de emergência ou de calamidade pública
- Transferência de tecnologia de produtos estratégicos para o SUS

Exemplos na Saúde

- **Inexigibilidade**

Aquisição, pelo Ministério da Saúde, do medicamento Sirolimo, da Pfizer.
Motivo: Objeto que possui um único fornecedor (art. 74, I).

Inexigibilidade de Licitação 113/2025
Processo nº 25000.089909/2024-13

- **Dispensa**

Aquisição, pelo Ministério da Saúde, dos medicamentos Canaquinumabe, Osimertinibe e Sorafenibe, fornecidos pela Novartis, Astrazeneca e Accord.
Motivo: atendimento de decisões judiciais (emergência - art. 75, VIII).

Dispensa de Licitação nº 637/2024
Processo nº 25000.153963/2024-11

Credenciamento

4

Definição

Procedimento auxiliar para contratação direta por inexigibilidade **(art. 79, Lei 14.133/21).**

A Administração Pública convida interessados para que se credenciem para prestar serviços ou fornecer bens quando convocados.

Feito o credenciamento, em algum momento posterior, ocorre a contratação direta do fornecedor.

Exemplo na saúde:

Credenciamento de clínicas e hospitais para prestação de serviços ambulatoriais de assistência médica, consultas e SADT, para atendimento dos beneficiários da Assistência à Saúde do IPREF.

Edital de Chamamento Público nº CRE 8/2024 Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Municipais de Guarulhos – IPREF

Outros processos seletivos

Definição

Procedimentos para contratação de residentes, estagiários e outros bolsistas.

Procedimento mais flexível, elaborado pelo próprio ente contratante.

Geralmente, é precedido da publicação de edital.

Não se enquadra em nenhuma das modalidades anteriores, por falta de vinculação legal nesse sentido.

Exemplo na saúde:

Processo Seletivo para formação de cadastro de reserva para vagas de estágio remunerado no Hospital Federal do Andaraí, com vagas para alunos dos cursos de Farmácia, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e Nutrição, dentre outros.

Edital 33367.088966/2024-46 Hospital Federal do Andaraí/RJ

Formas de contratação
da força de trabalho na saúde

Relação de Emprego

Definição

Vínculo entre empregador e empregado, com os seguintes requisitos (arts. 2° e 3° da CLT):

Não eventualidade
Subordinação
Onerosidade
Pessoalidade

Seleção: processo seletivo comum ou concurso público.

Exemplo na saúde

Hospital contrata médico cardiologista (pessoa natural) para atender pacientes em consultas 5 vezes por semana, das 8h às 18h (habitualidade), com carteira assinada e salário fixo mensal (onerosidade), não podendo substituir-se por outra pessoa na prestação deste serviço (pessoalidade) e devendo submeter-se às ordens do empregador (subordinação).

Implicações

Falta de flexibilidade

1

- Jornada de trabalho (art. 58, CLT)
- Processo de desligamento (art. 477, CLT)

Impacto no valor da remuneração paga ao profissional:

2

- Salário reduzido como resposta do mercado
- INSS: de 7,5% a 14% de contribuição do empregado (art. 20, Lei 8.212/1991 e Portaria Interministerial MPS/MF nº 2)
- IRPF: até 27,5% (art. 1º, XI, Lei 11.482/2007)

Encargos trabalhistas e tributários

3

- Horas extras: pelo menos 50% (art. 7º, XVI, CF e art. 59, §1º, CLT)
- 13º salário (art. 7º, VIII, CF e art. 1º, Lei 4.090/1962)
- Férias acrescidas de 1/3 (art. 7º, XVII, CF e art. 129, CLT)
- INSS: 20% de contribuição patronal (art. 22, I, Lei 8.212/1991)
- Outros encargos: benefício como plano de saúde, vale refeição ou alimentação, vale transporte, normas do sindicato, sistema S, fatores de risco, provisões etc.

2

Regime estatutário

Definição

Regime jurídico aplicável a servidores públicos concursados, diferente do regime celetista (CLT).

Regulamentado por leis específicas de cada ente federativo:

Federais → Lei 8.112/1990
Estaduais e municipais → Regras próprias

Garante direitos especiais, como estabilidade após três anos de exercício e licenças remuneradas.

Exemplo na saúde

Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem concursados em hospitais públicos estaduais ou municipais que integram o SUS

Implicações

Rigidez na gestão de pessoal

1

- Estabilidade após três anos de estágio probatório, com exoneração excepcional (art. 41, CF).

Remuneração e benefícios

2

- Salário definido em lei e plano de carreira, sem negociação individual.
- RPPS: alíquotas que podem variar entre 7,5% e 22% (art. 40, CF e EC 103/2019).
- IRPF: alíquota progressiva de até 27,5% (art. 1º, XI, Lei 11.482/2007).

Encargos para a Administração

3

- Direito a licença remunerada para capacitação (art. 87, Lei 8.112/1990).
- Afastamento para mandato eletivo (art. 94, Lei 8.112/1990)
- Disponibilidade remunerada (art. 41, §3º, III, CF).

3

Trabalho Autônomo (RPA)

Descrição

Trabalhador atua por conta própria, sem a subordinação a um empregador, com autonomia (art. 442-B, CLT).

Não inclui encargos trabalhistas tradicionais.

Formalizada através de contratos de prestação de serviço.

Seleção: pode ser contratado por pregão ou processo seletivo comum.

Exemplo na saúde

Hospital contrata médicos cardiologistas como autônomos para atender seus pacientes em consultas durante o horário de funcionamento da clínica, com flexibilidade para gerenciar sua própria agenda.

A remuneração é acordada por consulta realizada e a clínica emite RPAs pelos serviços prestados.

Implicações

Emissão da RPA

1

- É preciso que a empresa contratante emita a RPA e desconte os encargos, sob pena de riscos tributários

Encargos

2

- INSS: 20% de contribuição patronal + 11%, até o teto do INSS, pelo trabalhador (arts. 21 e 22, I e III, Lei 8.212/1991)
- IRPF até 27,5% (art. 1º, XI, Lei 11.482/2007)
- ISS: de 2 a 5% sobre o preço do serviço (arts. 8º e 8º-A, Lei Complementar 116/2003)

Risco de conversão em relação de emprego

3

- Preenchidos os requisitos da relação de emprego, o contrato é nulo (art. 9º, CLT)
- E o trabalhador recebe todos os encargos a que tem direito (art. 483, CLT)

4

Sociedade em Conta de Participação (SCP)

Descrição

- Forma de associação prevista nos arts. 991 a 996 do Código Civil:

- Sócios ocultos investem capital e participam dos resultados
- Sócio ostensivo exerce a atividade empresarial em seu próprio nome e responde perante terceiros
- Não pode haver relacionamento do sócio ostensivo com terceiros

Sociedades, no geral, são selecionadas em pregões, credenciamentos e outras formas de contratação direta.

Exemplo na saúde

Empresa, como sócia ostensiva, conduz as atividades da sociedade em nome próprio, e inclui, como sócios participantes, vários médicos que prestam serviços dentro da estrutura do próprio sócio ostensivo.

Nessa prática **fraudulenta**, os médicos, na realidade, exercem funções típicas de empregados. Porém, evita-se a incidência de encargos trabalhistas e previdenciários.

Implicações

Abuso de forma jurídica

1

- Sócios participantes não podem tomar parte nas relações com terceiros (art. 993, parágrafo único, CC)

Fraude trabalhista

2

- “Socialização empregatícia”
- Preenchidos os requisitos da relação de emprego, o contrato é nulo (art. 9°, CLT)
- E o trabalhador recebe todos os encargos a que tem direito (art. 483, CLT)

Simulação tributária

3

- Condenação ao pagamento do imposto de renda devido, com multa de 75% e juros (art. 44, I, Lei 9430/1996).
- Constatado simulação, fraude e sonegação tributárias, a multa será de 150% (art. 44, §1°, Lei 9430/1996).

5

Sociedades Personificadas

Descrição

Forma de associação em que a sociedade tem personalidade jurídica própria (arts. 985 e 1.150, CC):

Autonomia patrimonial: protege-se o patrimônio pessoal dos sócios das obrigações contraídas pela empresa.

Tipos mais comuns: Simples Pura, Simples Limitada e Empresária Limitada.

Exemplo na saúde

Médicos são formalmente registrados como sócios de sociedades personificadas. No entanto, na prática, eles continuam a exercer suas funções sob condições típicas de emprego.

Nessa prática fraudulenta, remuneração dos médicos é mascarada como distribuição de lucros, que, em condições normais, não estaria sujeita a encargos trabalhistas e previdenciários.

Implicações

Maior risco de governança

1

- Diferentemente da SCP, nas sociedades personificadas, os médicos, sendo sócios de direito, podem legalmente participar das deliberações sociais.

Fraude trabalhista

2

- “Socialização empregatícia”
- Preenchidos os requisitos da relação de emprego, o contrato é nulo (art. 9º, CLT)
- E o trabalhador recebe todos os encargos a que tem direito (art. 483, CLT)

Simulação tributária

3

- Risco tributário menor, em comparação com as SCPs.
- Condenação ao pagamento do imposto de renda devido, com multa de 75% e juros (art. 44, I, Lei 9430/1996).
- Constatado simulação, fraude e sonegação tributárias, a multa será de 150% (art. 44, §1º, Lei 9430/1996).

Sociedades Cooperativas

Definição

Forma de associação que tem por objetivo prestar serviços a seus membros em benefício comum, sem visar ao lucro (art. 3° da Lei 5764/1971).

Diversas particularidades: número ilimitado de associados; singularidade de voto; quórum deliberativo baseado no número de associados (art. 4°, Lei 5764/1971).

Autonomia dos cooperados: todos os seus membros são autônomos, inexistindo vínculo empregatício (art. 442, parágrafo único, da CLT).

Exemplo na saúde

A cooperativa e assume postura de empresa intermediadora de mão-de-obra para a prestação de serviços.

Nessa prática fraudulenta, a cooperativa, composta de uma cúpula gestora, realiza contratos e coloca os profissionais como empregados, sujeitos ao cumprimento de jornada, submetidos às ordens de prepostos e a salário fixo, classificando-se verdadeiramente como empresa.

Implicações

Abuso de forma jurídica

1

- Configuração de situação de intermediação de mão de obra pela cooperativa, o que é vedado pelo ordenamento jurídico.

Fraude trabalhista

2

- Sujeição a multa (arts. 17 e 18, Lei 12.690/2012).
- Preenchidos os requisitos da relação de emprego, o contrato é nulo (art. 9°, CLT)
- E o trabalhador recebe todos os encargos a que tem direito (art. 483, CLT)

Simulação tributária

3

- Desconsideração do vínculo, com enquadramento do médico como contribuinte empregado, em vez de individual (art. 229, §2°, Decreto 3048/1999).
- Condenação ao pagamento das contribuições previdenciárias devidas, com multa de 75% e juros.
- Constatado simulação, fraude e sonegação tributárias, a multa será de 150%.

7

Terceirização & Quarteirização

Definição

Formas de contratação previstas no art. 4°-A da Lei 6.019/1974.

Terceirização: uma empresa contrata outra empresa para lhe prestar serviços, tanto para atividades-meio quanto atividades-fim da contratante (ADPF 324).

Quarteirização:
“Terceirização em cadeia”
“Gestora de serviços terceirizados" ou "quarteirizadora"

Não há vínculo empregatício com empresa contratante, que apenas recebe os serviços.

Os trabalhadores são empregados ou sócios da empresa prestadora de serviços, que é responsável pela contratação, remuneração e gestão desses trabalhadores (art. 4°-A, §§1° e 2°, Lei 6.019/1974).

A tomadora de serviços tem responsabilidade subsidiária pelas obrigações trabalhistas (art. 5°-A da Lei 6.019/1974).

Exemplos na saúde

Terceirização:

Terceirização: um hospital contrata uma empresa para fornecer serviços de saúde, que é responsável pela contratação, remuneração e gestão dos profissionais que atuam nas instalações do hospital.

“Terceirização por pejotização”: um médico é contratado para prestar serviços a um hospital, mas o contrato é firmado entre o hospital e uma pessoa jurídica da qual o médico é sócio.

Quarteirização:

Em cadeia: Um hospital contrata uma terceirizada para gerenciar a limpeza hospitalar. Essa empresa, por sua vez, subcontrata outra, especializada em desinfecção hospitalar para atuar exclusivamente nas áreas de UTI.

Com gestora de mão de obra: Um hospital contrata uma empresa gestora de serviços de saúde para subcontratar outras empresas especializadas para fornecer os profissionais necessários.

Implicações

Idoneidade da terceirizada

1

- A contratante deve evitar a contratação de terceirizadas que utilizem as formas fraudulentas apresentadas anteriormente.

Fraude trabalhista

2

- Preenchidos os requisitos da relação de emprego, o contrato é nulo (art. 9º, CLT)
- E o trabalhador recebe todos os encargos a que tem direito (art. 483, CLT)

Simulação tributária

3

- Desconsideração do vínculo, com enquadramento do médico como contribuinte empregado, em vez de individual (art. 229, §2º, Decreto 3048/1999).
- Condenação ao pagamento das contribuições previdenciárias devidas, com multa de 75% e juros (art. 44, I, Lei 9430/1996).
- Constatado simulação, fraude e sonegação tributárias, a multa será de 150% (art. 44, §1º, Lei 9430/1996).

8

Estágio e Residência

Definição

Modalidades de contratação voltadas para estudantes de ensino fundamental, médio e superior (estágio) ou já graduados (residência).

Vinculo temporário.

Tem por objetivo o aprendizado prático dos alunos.

Exemplo na saúde:

Estágio obrigatório para estudantes de cursos da saúde em hospitais públicos.

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em que profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos atuam na Atenção Primária do SUS.

Implicações

Vínculo

1

- Não caracteriza vínculo empregatício, alunos recebem bolsa de ensino.
- Não são devidos FGTS, 13º salário ou férias remuneradas.

Temporariedade

2

- Estágio: máximo de dois anos no mesmo local (art. 11, Lei 11.788/2008).
- A residência pode durar de 1 a 5 anos, dependendo da especialidade (art. 1º, §2º, Decreto nº 80.281/1977).

Peculiaridades

3

- Carga horária máxima a ser observada:

  Residência: até 60 horas semanais, incluindo plantões (art. 4º, Lei 6.932/1981).

  Estágio: até 6h diárias e 30h semanais (art. 10, Lei 11.788/2008).
- Supervisão obrigatória:

  Residência: por preceptores credenciados (art. 1º, Decreto 80.281/1977).

  Estágio: por um profissional da área (art. 3º, §1º, Lei nº 11.788/2008)

Conclusões

A força de trabalho na saúde pode ser selecionada e contratada de **diversas formas**, cada uma com regras específicas e implicações jurídicas e financeiras.

Cada formato tem vantagens e desafios, o que exige **planejamento e conformidade** com a legislação para evitar irregularidades trabalhistas e tributárias e garantir eficiência.

O desafio na gestão da força de trabalho em saúde está em garantir a contratação **mais adequada** em cada situação, **fiscalizar o processo** de contratação e de execução dos serviços, para evitar a ocorrência de ilegalidades e, assim, **assegurar a qualidade** do atendimento à população.

Equipe do CEPEDISA/USP

André Bastos Lopes Ferreira
Larissa Bezerra Cuervo
Thárick Hernani Mafra
Victor Dantas de Maio Martinez

CEPEDISA

NÚCLEO DE PESQUISA EM DIREITO SANITÁRIO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Modelos de Gestão da
Força de Trabalho
na Saúde

DIAGNÓSTICO SOBRE AS RELAÇÕES DE TRABALHO NOS MODELOS DE GESTÃO ALTERNATIVOS À GESTÃO DIRETA DO ESTADO NO SUS

MARCIA TEIXEIRA - ENSP/FIOCRUZ
KÁTIA REJANE MEDEIROS - IAM/FIOCRUZ
CIANE DOS SANTOS RODRIGUES - ENSP/FIOCRUZ
JÚLIA MATOS DA FONSECA - ENSP/FIOCRUZ
TEREZA CRISTINA GUIMARÃES - ENSP/FIOCRUZ
RAPHAEL BARRETO – ENSP/FIOCRUZ
PEDRO ROCHA – ENSP/FIOCRUZ
RODRIGO BARBOSA – ENSP/FIOCRUZ
FLAVIA REIS - IAM/FIOCRUZ
MARCIANA FELICIANO - IAM/FIOCRUZ
ROBERTA REIS - IAM/FIOCRUZ

Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

Objetivo Geral

O projeto objetiva contribuir para fortalecimento do campo da gestão do trabalho no SUS, por meio do desenvolvimento de ações, alinhadas as diretrizes das políticas orientadoras da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) direcionadas à qualificação da gestão do trabalho em saúde, para a construção de estratégias de enfrentamento à precarização e defesa do trabalho decente e realizado em permanente cooperação com diferentes instâncias do sistema de saúde.

Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

Eixos de Ação

1) Identificação dos modelos alternativos à gestão direta do Estado que atuam na saúde;
2) Análise dos modelos jurídicos institucionais dos diferentes formatos de gestão, com foco nos itens que tratam das relações de trabalho nas peças legislativas;
3) Territorialização das experiências por meio de elaboração de mapas sobre os modelos de gestão;
4) Estudos de caso com análise dos termos contratuais de experiências selecionadas para um acompanhamento mais aprofundado;
5) Levantamento estatístico sobre a força de trabalho empregadas nessas instituições;
6) Disseminação do conhecimento sobre o trabalho nos modelos alternativos à gestão direta no SUS; e
7) Ampliação de conhecimento de gestores e trabalhadores sobre a organização de parcela importante do mercado de trabalho em saúde, sobre as regras quanto ao trabalho estão expostos trabalhadores e gestores do SUS.

Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

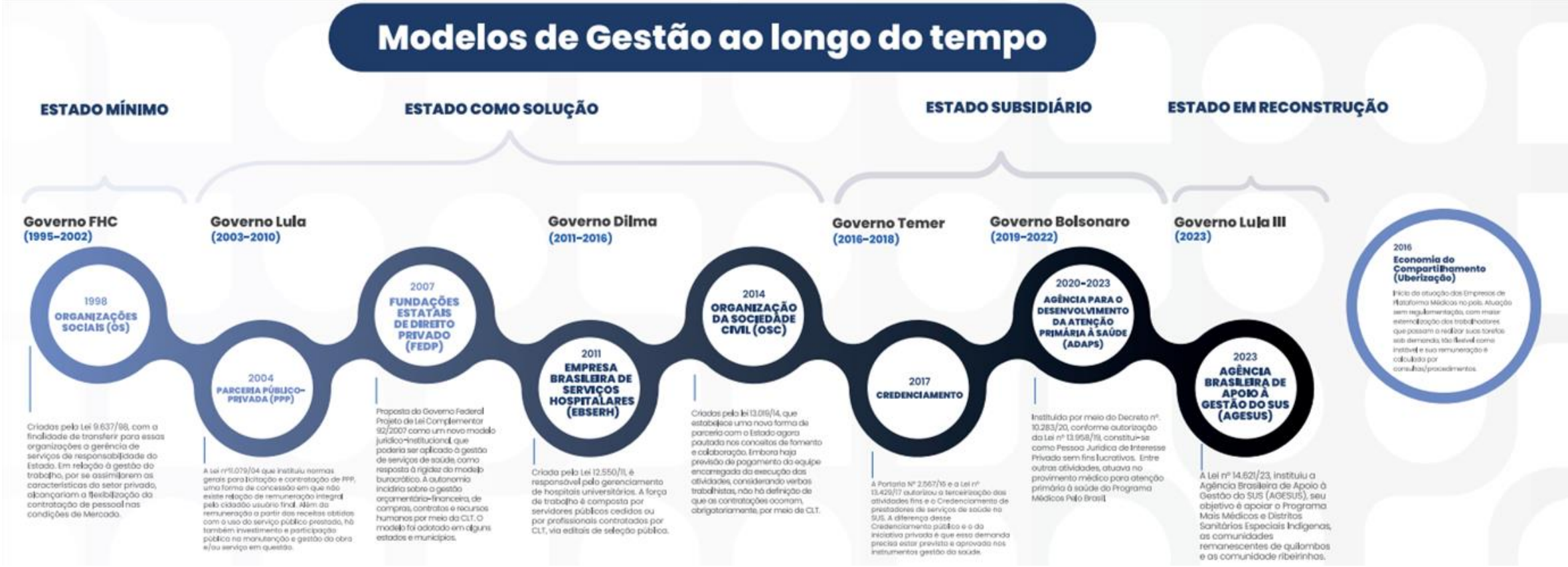
Método

O projeto parte da análise das relações de trabalho que se estabelecem nos serviços públicos de saúde, cuja força de trabalho é incorporada e gerida por instituições qualificadas como modelos de gestão alternativos à gestão direta do Estado. Para o levantamento, tratamento e análise dos dados seguiremos as seguintes etapas que, em alguns momentos, aconteceram de forma simultânea:

- Seleção dos modelos de gestão (OS, PPP, FEDP, EBSERH, OSC, Credenciamento, AgSUS e Plataformização);
- Revisão bibliográfica de publicações que tratem sobre relações de trabalho nos modelos selecionados;
- Levantamento regulatório dos modelos de gestão selecionados (leis, decretos, portarias, contratos, termos de uso, entre outros);
- Análise documental dos itens que tratam das relações de trabalho, nas normativas relacionadas aos modelos de gestão selecionados;
- Análise de bases de dados para levantamento estatístico sobre a força de trabalho empregada nesses modelos.

Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

Resultados Parciais



Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

Números Importantes da Pesquisa

439 municípios com Legislação de Gestão por Oss

2.609 estabelecimentos municipais geridos por Oss

25 Estados com Estabelecimentos geridos por Oss

327 estabelecimentos estaduais geridos por Oss

→ 664 leis e decretos estaduais e municipais encontrados

20 Leis estaduais e municipais de Fundações Estatais de Direito Privado

45 Contratos da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH

22.078 Organizações da Sociedade Civil na área de saúde OSC – sendo 154 qualificadas como OS

→ 207 leis e decretos estaduais e municipais encontrados)

FIOCRUZ BRASIL BEM CUIDADO SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

Números Importantes da Pesquisa

Estamos avaliando:

10 experiências de Credenciamento

54 empresas plataformas de trabalho médico

11 experiências da AgSUS

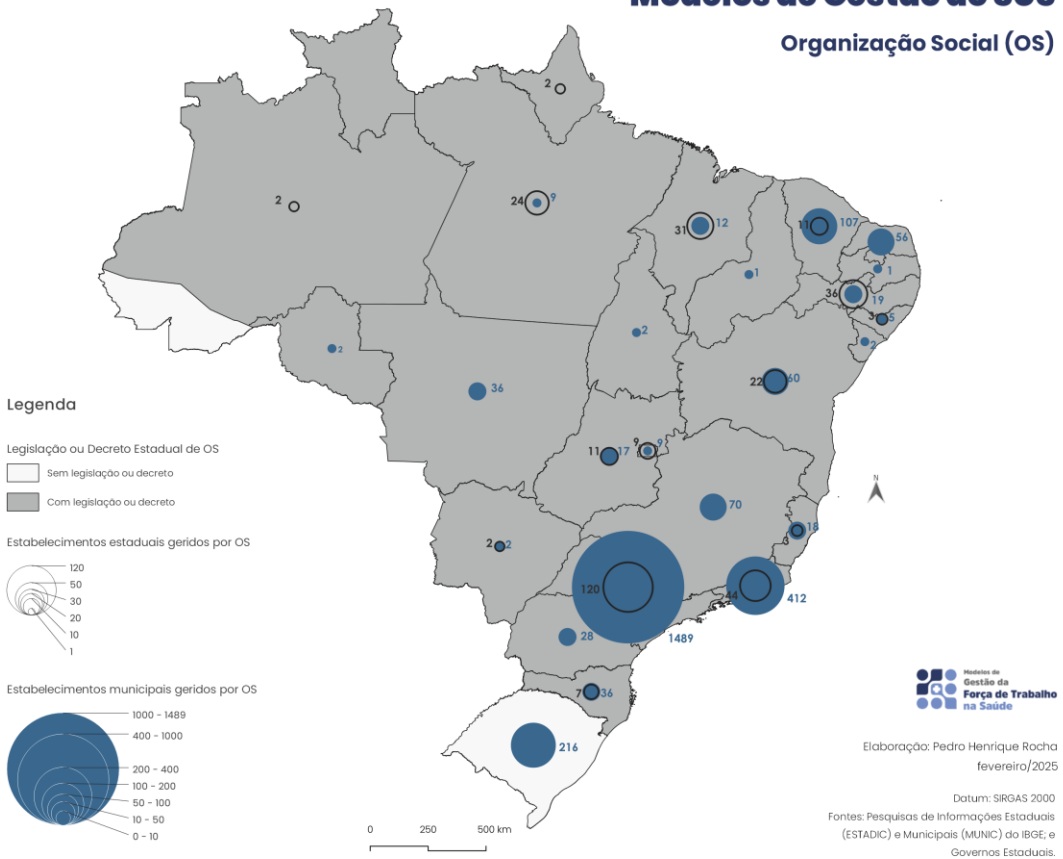
Tabela 1 – Mapeamento das modalidades de gestão alternativas à gestão direta do SUS

UF	Modelos de Gestão						
	Estabelecimentos geridos por OS[1]		PPP[2]	FEDP[3]	EBSERH (hospitais)[4]	OSC[5]	OS habilitadas como OSC[5]
	Municipais	Estaduais					
AC						81	3
AL	5	3			1	236	
AM		2	1		1	83	6
AP		2			1	190	
BA	60	22	1	3	2	1094	8
CE	107	11		1	2	735	25
DF	9	9			1	365	3
ES	18	3		1	1	406	3
GO	17	11			1	657	14
MA	12	31			1	413	3
MG	70		2		4	2940	10
MS	2	2		2	2	290	
MT	36			1	1	346	
PA	9	24			3	432	11
PB	1				3	296	
PE	19	36			2	806	4
PI	1	0		1	1	197	1
PR	28	0		2	2	1411	2
RJ	412	44		4	4	1807	25
RN	56				3	272	7
RO	2					172	4
RR					1	47	
RS	216			4	3	1915	
SC	36	7			1	1470	2
SE	2				2	160	1
SP	1489	120	1	2	1	5119	22
TO	2				1	138	
Total	**2609**	**327**	**5**	**20**	**45**	**22078**	**154**

Fontes: 1 - Pesquisas de Informações estaduais (ESTADIC) e municipais (MUNIC) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021); 2 – BNDES; 3 – ANFES; 4 – EBSERH; 5 - IPEA, Base de Dados OSCs por área/subárea;.

Modelos de Gestão do SUS

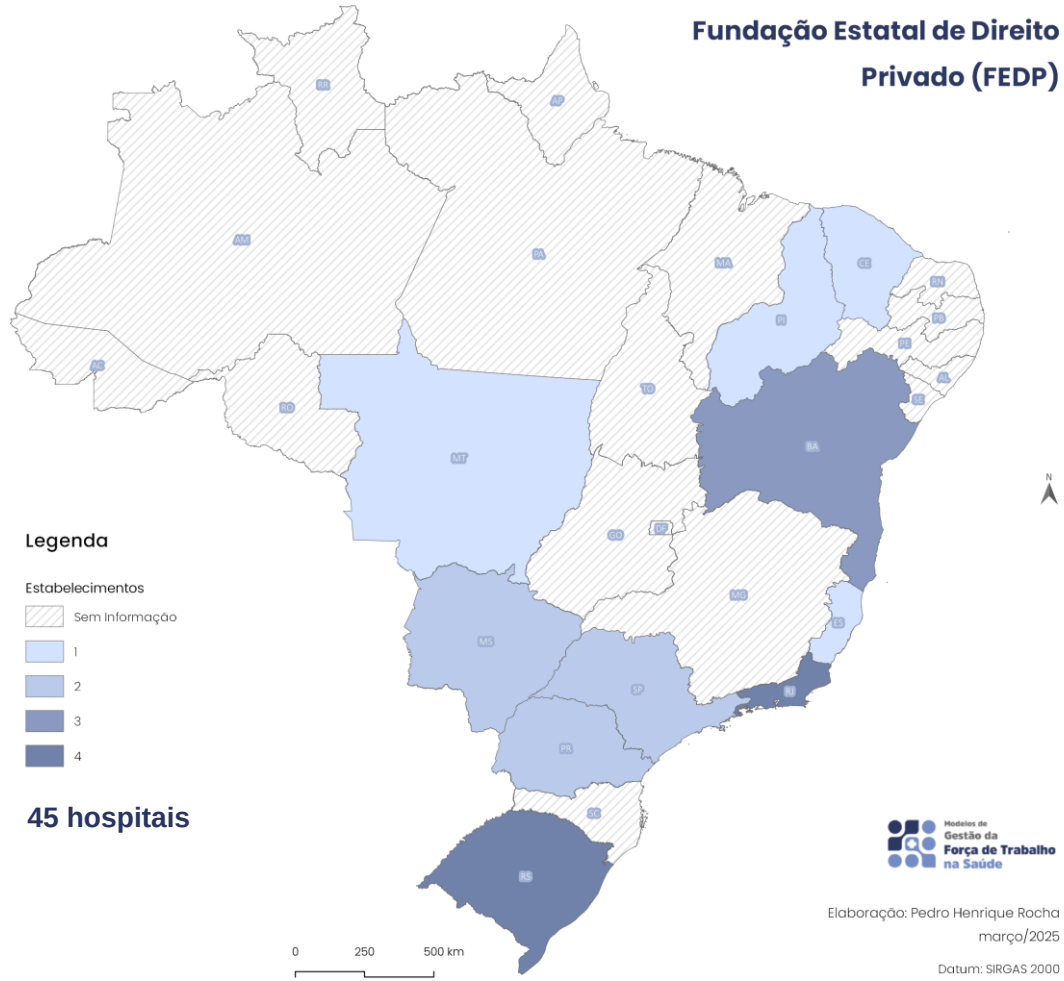
Organização Social (OS)



2.936 estabelecimentos

Modelos de Gestão do SUS

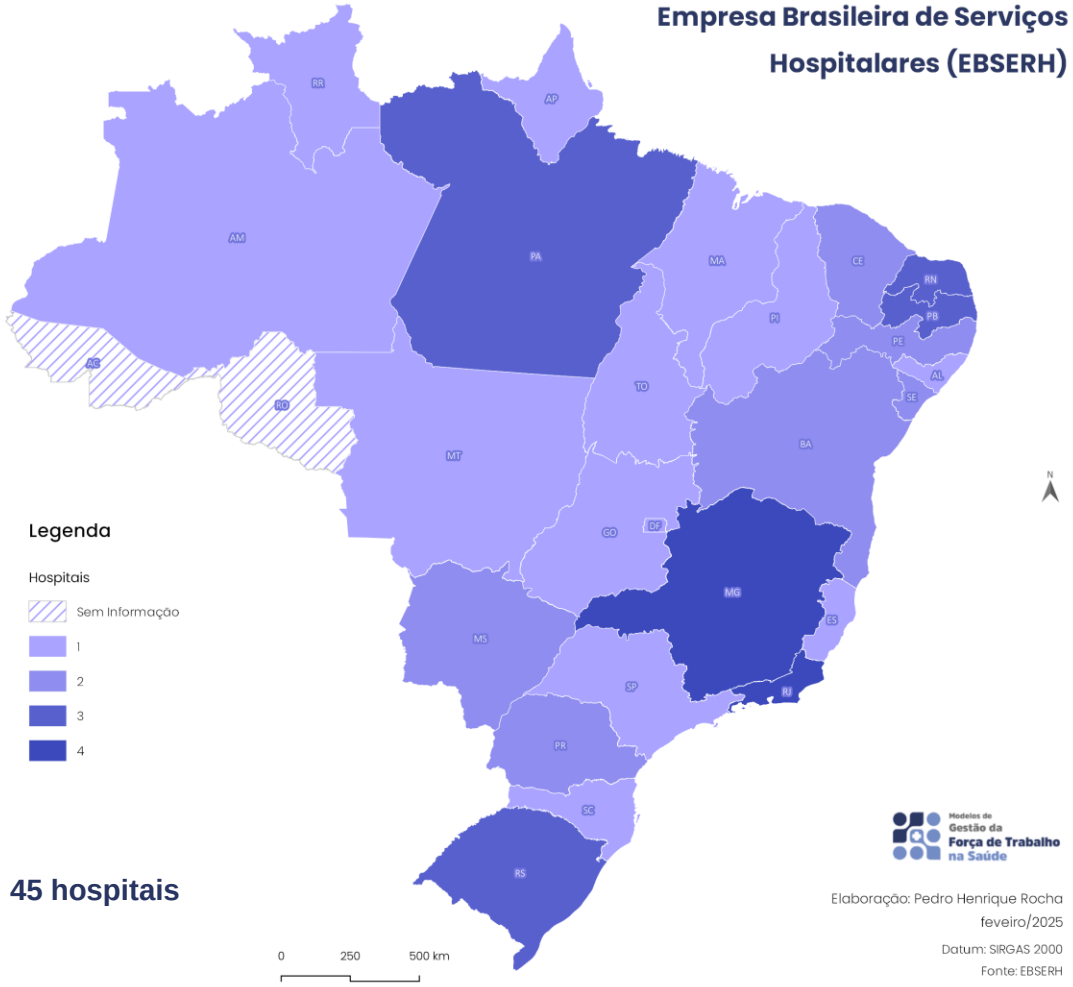
Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP)



45 hospitais

Modelos de Gestão do SUS

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)



Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

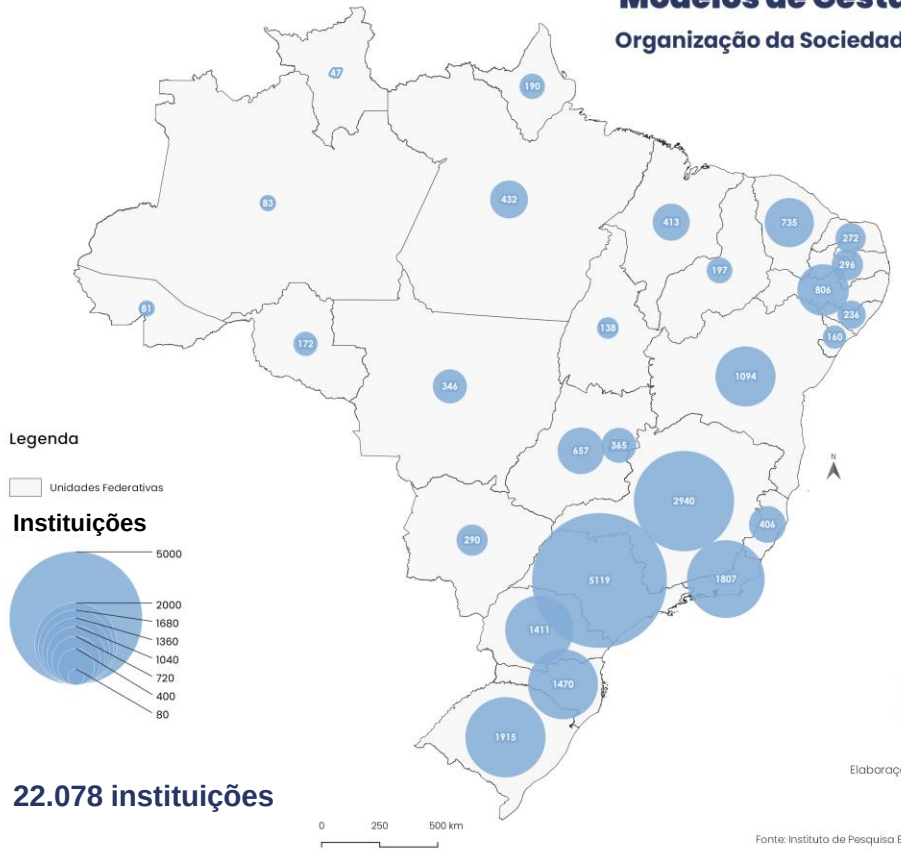
Elaboração: Pedro Henrique Rocha
fevereiro/2025

Datum: SIRGAS 2000
Fonte: EBSERH

45 hospitais

Modelos de Gestão do SUS

Organização da Sociedade Civil (OSC)



Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

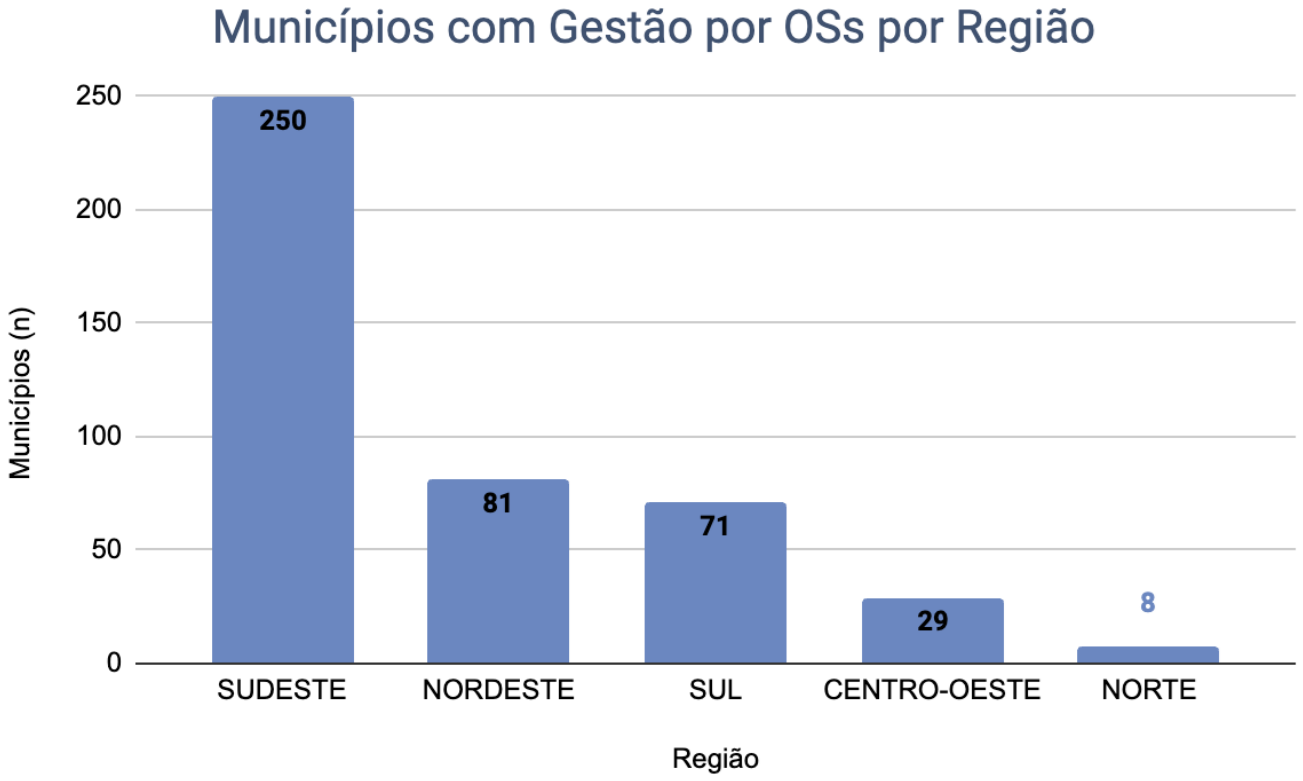
Elaboração: Pedro Henrique Rocha
fevereiro/2025

Datum: SIRGAS 2000
Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) - Base de Dados OSCs por área/subárea.

22.078 instituições

Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

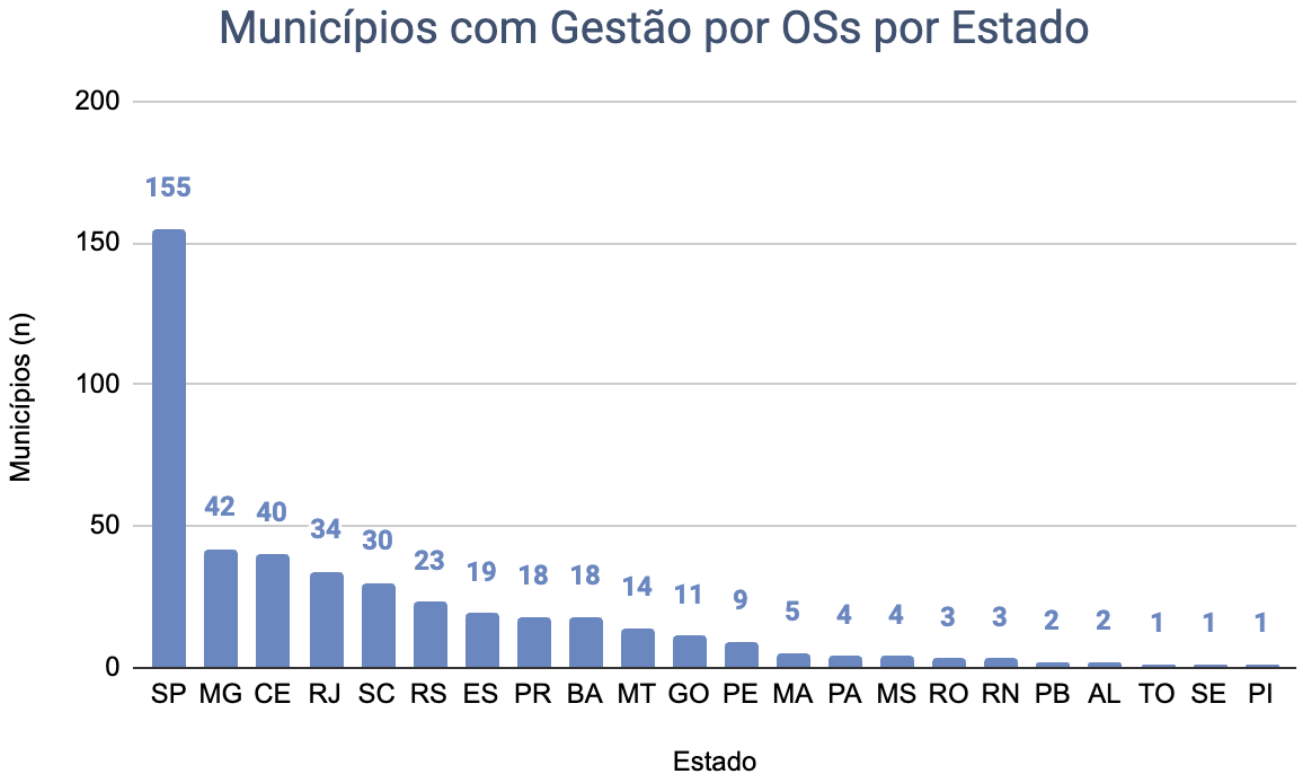
Números Importantes da Pesquisa



Distribuição dos 439 Municípios com Legislação de OSs por Grandes Regiões

Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

Números Importantes da Pesquisa



Distribuição dos 439 Municípios com Legislação de OSs por Estados

Modelos de Gestão da Força de Trabalho na Saúde

Resultados Parciais

As políticas de ajuste fiscal como a Reforma do Aparelho do Estado, a Lei de Responsabilidade Fiscal, a Reforma Trabalhista, a Lei da Terceirização, e ainda, a Reforma da Previdência contribuíram para ampliar a precarização, impactar a organização coletiva dos trabalhadores e modificar o funcionamento de instituições públicas voltadas às ações de saúde.

Vale lembrar, que todo esse conjunto de reformas ocorreu em um contexto de transformações da estrutura produtiva e de serviços, com introdução de novas ferramentas e modos de gestão que visaram aumentar a intensidade e controle sobre o trabalho, como o teletrabalho e a plataformização de atividades geridas por algoritmos.

As experiências locais têm variado: de acordo com experiências pretéritas de formatos alternativos à gestão direta; concepções mais ou menos inclusivas de participação da sociedade organizada, e, com o grau de organização e ativismo político dos trabalhadores, tanto nos momentos de formulação quanto de implementação desses desenhos institucionais.

Considerações finais

A partir da análise dos diferentes modelos de gestão e suas práticas de contratação, remuneração e representação dos trabalhadores nos fóruns deliberativos e processo de gestão, o diagnóstico pretende contribuir para fortalecimento do campo da gestão do trabalho no SUS, do desenvolvimento de ações alinhadas as diretrizes das políticas orientadoras da SGTES e do DEGERTS, direcionadas para a qualificação da gestão do trabalho em saúde e para a construção de estratégias de defesa do trabalho decente.

É necessário que sejam criados dispositivos para evitar que o modelo de contratualização via as instituições estudadas, não utilize a busca pela flexibilidade na oferta de serviços de saúde, por meio da redução dos direitos trabalhistas. Sendo também necessário que, nos processos de qualificação para a gestão do trabalho sejam introduzidos conteúdos que ampliem o conhecimento sobre a organização do mercado de trabalho em saúde e as relações e regras com as quais se defrontam nos processos de trabalho.

OBRIGADO!

FIOCRUZ

BRASIL BEM CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Projeto de Lei º 2.717/2019

"Dispõe sobre o reconhecimento da Saúde Estética como área de atuação do profissional de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Fonoaudiologia".

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

BRASIL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Introdução

Trata-se do Projeto de Lei – PL nº 2.717/2019, de autoria do Deputado Federal Fred Costa (PRD-MG), que ““Dispõe sobre o reconhecimento da Saúde Estética como área de atuação do profissional de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Fonoaudiologia.”

O proponente apresenta as seguintes justificativas para o PL *in casu*:

“Saúde Estética são áreas de atuação de diversas profissões regulamentadas, dentre as quais podemos citar os biólogos, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

Há previsão legal nas respectivas profissões acima descritas, mas por insegurança jurídica, os profissionais que dedicaram anos de estudo, inclusive com pós-graduação para tanto, são impedidos de exercerem seus ofícios no âmbito de sua formação.

Neste sentido lançou-se o debate nesta Câmara Federal com o intuito de pacificar o tema e permitir que os profissionais desempenhem seus conhecimentos profissionais em saúde estética, desde que dentro dos limites de suas áreas de atuação, formação profissional e diretrizes curriculares, nos termos de suas legislações de regência e normas emanadas por seus Conselhos de Fiscalização Profissional.

Introdução

Destaque-se que foram consultadas todas as profissões, através dos seus respectivos Conselhos, para se chegar a um melhor texto para o projeto com o fim único e exclusivo de se atender o interesse público.

Importante ressaltar ainda que o Conselho Federal de Medicina considera o termo “estética” vago e não reconhece a Medicina Estética como especialidade. In verbis:

> ‘Em relação ao termo “estética”, temos que este é um termo muito vago e que pode induzir à falsa ideia de tratar-se de uma especialidade como por exemplo, dermatologia ou cosmiatria, que hoje não é mais reconhecida como área de atuação. Estética não é ciência médica o que é imprescindível para o reconhecimento da especialidade médica. Assim medicina estética é especialidade não reconhecida pelo CFM.” (NOTA TÉCNICA EXPEDIENTE Nº 46/2014) (Consulta em 24/04/2019 no endereço https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/notas/BR/2014/46)’.

Portanto, há determinados expedientes na área de saúde estética que podem ser executados pelos profissionais contemplados neste projeto.

Desta forma, acredita-se que a população tem o direito de escolher qual profissional de sua confiança para tratar questões estéticas vinculadas a sua saúde, desde que o profissional possua capacitação para tanto como exige o projeto.
(...)”

Texto do PL nº 27.17/2019

GOV.BR/SAUDE

minsaude

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Saúde Estética é reconhecida como área de atuação dos profissionais Biólogos, Biomédicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fonoaudiólogos e Fisioterapeutas.

§ 1º – Ficam ressalvados os procedimentos privativos da área de atuação dos profissionais da Medicina e Odontologia, nos termos das respectivas legislações em vigor.

§ 2º - A atuação profissional e procedimentos em saúde estética somente poderão ocorrer dentro dos limites definidos pelas legislações de regência de cada profissão e normas emanadas pelos seus respectivos Conselhos de Fiscalização Profissional.

Art. 2º - Os profissionais descritos no art. 1º desta lei deverão, no mínimo, possuir título de especialidade profissional regulamentado pelos seus respectivos Conselhos de Fiscalização Profissional.

Art. 3º – Os procedimentos desta Lei não abrangem o exercício profissional dos Esteticistas, Cosmetólogos e de Técnicos em Estética, nos termos da Lei 13.643/2018.

Art. 4º - O disposto nesta lei não impede que outras profissões regulamentadas ou que virão a ser regulamentadas, atuem em saúde estética se assim a legislação permitir.

Art. 5º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Posicionamento DEGERTS/SGTES/MS

GOV.BR/SAUDE

minsaude

O Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde DEGERTS/SGTES/MS emitiu, em 28 de janeiro de 2020, posicionamento “Contrário” ao PL nº 2.717/2019.

Na oportunidade, foram apresentados os seguintes esclarecimentos:

1) Não há uma definição do termo “saúde estética”;

2) O CFM não reconheceu a especialidade “medicina estética”;

3) Foram apresentadas as competências e as habilidades dos profissionais de saúde que terão reconhecida a “saúde estética” como mais um campo de atuação, de acordo com a legislação e as respectivas Diretrizes Curriculares;

4) Excepcionou-se a situação do farmacêutico que estaria mais próximo da estética

> por ser responsável pela manipulação de fórmulas e por analisar, pesquisar, desenvolver, controlar e garantir qualidade, e fiscalizar a produção de cosméticos. No entanto, isso não sustenta o reconhecimento da área de saúde estética, já que estes profissionais exercem essas atribuições há, pelo menos, 38 (trinta e oito) anos com responsabilidade exigida e anos após anos se aprimoram nas pesquisas e nos estudos sobre os fármacos”.

Posicionamento DEGERTS/SGTES/MS

GOV.BR/SAUDE

minsaude

O posicionamento do DEGERTS trouxe as seguintes conclusões:

“ (...)
O projeto de lei busca o reconhecimento da Saúde Estética como área de atuação para profissionais de saúde, contudo o Legislador-Autor não apresentou no texto propositivo a definição de Saúde Estética nem delimitou a atuação da nova área e os procedimentos permitidos. A proposta se limita a afirmar que os procedimentos da área não confrontarão os atos privativos do médico, odontólogo e dos Esteticistas, Cosmetólogos e de Técnicos em Estética.

A respeito disso, destaca-se a afirmação do CFM na Nota Técnica, supramencionada, de que o termo saúde estética é vago. Assim não permite análise mais profunda sobre a nova área e a possibilidade de os profissionais de saúde desempenhar funções e exercer atividades relacionadas à saúde estética.
No entanto, diante da legislação regulamentadora das profissões e das resoluções da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, que dispõem sobre as diretrizes curriculares nacional dos cursos de graduação das profissões de saúde, constata-se a inviabilidade da aprovação do presente projeto de lei, haja vista a ausência de qualificação, competências e habilidades dos profissionais no ordenamento normativo e nas grades curriculares. Destaque-se também que a aprovação desta propositura legislativa poderá afetar a segurança do paciente”.

Posicionamento DEGERTS/SGTES/MS

GOV.BR/SAUDE

minsaude

“Vale salientar que a aprovação do PL nº 2717/2019 confronta a Lei 13.643/2018 que regulamenta o exercício profissional dos Esteticistas, Cosmetólogos e de Técnicos em Estética, com a previsão dos habilitados e as competências de cada profissional. Distintamente, este PL busca o reconhecimento da área saúde estética sem definições conceitual e as competências, o que poderá gerar conflitos entre os profissionais no exercício da área. O DEGTS/SGTES/MS entende que o reconhecimento de uma nova área de atuação dos profissionais de saúde precisa atender requisitos mínimos, como conceito, competências, habilidades pertinentes e forma de qualificação.

Ademais, o reconhecimento da área de Saúde Estética causará impacto no orçamento dos entes federados em proporção desconhecida e afetará a competência do Sistema Público de atender as demandas da atenção primária, secundária e terciária da saúde, com a aprovação do projeto em análise ampliará para o SUS promover cuidados estéticos.”

Parecer Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados - CTRAB

O Parecer PRL nº 1 da Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados – CTRAB afirma que:

“

(...)

Entendendo a questão da estética como importante e da iniciativa do Deputado Federal Fred Costa como honesta e com grande mérito, mas também analisando situações atuais e as questões da atuação sem controle na área, optou-se por apresentarmos um substitutivo que defina melhor diversas situações no campo da estética, pois a estética como campo profissional, há muitas décadas é multiprofissional. Entendemos por manter de maneira clara a menção aos profissionais esteticistas, regulamentados primeiramente pela Lei nº 12.592, de 18 de janeiro de 2012, e depois pela Lei nº 13.643, de 3 de abril 2018, para não restar dúvidas de que seus direitos e prerrogativas estão mantidos, pois alguns acharam que o projeto retirava seus direitos de atuação, quando isso nunca foi mencionado no Projeto de Lei nº 2.717/2019, ou seja, não há chance de os esteticistas perderem áreas de atuação ou serem desregulamentados pela proposta legislativa.

Em contrapartida, resolvemos por melhor indicar o que não cabe aos profissionais que estariam habilitados em saúde estética na lei, que são os procedimentos estéticos classificados como invasivos (privativos de médicos no limite da lei), cirurgias plásticas (privativos de médicos), procedimentos e tratamentos para a saúde bucal (privativos do cirurgião-dentista), prescrição de dietoterapia (privativo do nutricionista) e a produção industrial e/ou manipulação de cosméticos e fórmulas farmacêuticas (parcialmente dividida entre químicos e farmacêuticos e outras privativas do farmacêutico)”.

Parecer Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados - CTRAB

O Parecer PRL nº 1 da Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados – CTRAB afirma que:

“

Também há a menção à necessidade do encaminhamento para outros profissionais da área da saúde quando necessário, a clara obrigatoriedade da atuação em ambiente regularizado tanto pelos conselhos de fiscalização profissional, como pelas vigilâncias sanitárias e por fim, a indicação de que, apesar de incluirmos diversas possibilidades de atuação, devido às particularidades de cada profissão, o conselho de fiscalização profissional possa ser mais restritivo que a lei, visto que apesar de todos serem profissionais da saúde, a formação não é uniforme entre as diversas categorias.

Por essas razões, somos pela APROVAÇÃO do Projeto de Lei nº 2717, de 2019, com Substitutivo a seguir apresentado”. (grifo no original)”

Substitutivo ao Projeto e Lei nº 2.717/20219

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A saúde estética é reconhecida como área de atuação dos profissionais biólogos, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

§ 1º Não fazem parte da atuação em saúde estética a prescrição e a execução dos procedimentos estéticos classificados como invasivos, cirurgias plásticas, procedimentos e tratamentos para a saúde bucal, prescrição de dietoterapia e a produção industrial e/ou manipulação de cosméticos e fórmulas farmacêuticas.

§ 2º A atuação profissional e procedimentos em saúde estética somente poderão ocorrer dentro dos limites definidos pelas normas emanadas pelos seus respectivos conselhos de fiscalização profissional, baseados em formação específica teórico-prática, mesmo que mais restritivos que esta lei.

§ 3º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta lei, são os caracterizados por invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos, em conformidade ao art. 4º, § 4º, Inciso III, da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013.

Substitutivo ao Projeto e Lei nº 2.717/20219

Art. 2º Compete aos profissionais descritos no art. 1º desta lei, ainda que não privativativamente, após certificação de seu respectivo conselho de fiscalização profissional para habilitação em saúde estética ou outra nomenclatura reconhecida, atuar individualmente ou em equipe multidisciplinar, nas seguintes atividades e atribuições:

I - prescrição e execução de procedimentos estéticos, com uso ou não de aparelhos, instrumentos, utensílios e/ou produtos cosméticos;

II - prescrição e uso de produtos farmacêuticos, químicos e/ou biológicos, suas moléculas e princípios ativos, além de produtos cosméticos, para uso exclusivo na área da estética;

III - prescrição de suplementos nutricionais, para fins de melhores resultados estéticos;

IV - prescrição de exames laboratoriais e de imagem, para fins e uso exclusivo na área da estética;

V – a indicação e encaminhamento para profissional médico, cirurgião-dentista, psicólogo ou nutricionista, para casos que não sejam exclusivamente estéticos, devendo observar os limites de sua própria formação e regulação;

VI – a indicação e encaminhamento para outros profissionais que atuam em estética, para casos que não possua habilitação na prescrição e execução dos procedimentos necessários, devendo observar os limites de sua própria formação e regulação;

Substitutivo ao Projeto e Lei nº 2.717/20219

VII – a responsabilidade, direção, coordenação e supervisão técnica de clínicas e centros de estética, bem como sua fiscalização sanitária e auditoria;

VIII – o ensino, supervisão, coordenação e direção de cursos e disciplinas na área da estética, respeitada a legislação de ensino e habilitação em saúde estética pelo seu respectivo conselho de fiscalização profissional;

IX – a realização de perícias judiciais na área da estética, devendo observar os limites de sua própria formação e regulação;

X – pesquisa e desenvolvimento de cosméticos, aparelhos e quaisquer outros produtos para fins estéticos;

XI – assessoria e consultoria na área da estética para fins de pesquisa clínica, processos administrativos, assuntos regulatórios e licenciamentos;

XII – outras atribuições previstas pelo respectivo conselho de fiscalização profissional.

Substitutivo ao Projeto e Lei nº 2.717/20219

Art. 3º Todo e qualquer procedimento estético, só poderá ocorrer em estabelecimentos com licença de funcionamento sanitário e assunção de responsável técnico legalmente habilitado, através de documento específico emitido por seu respectivo conselho de fiscalização profissional.

§ 1º Todos os profissionais que trabalham na área da estética e que atuam em clínicas ou centros de estética, devem possuir registro em seu respectivo conselho de fiscalização profissional, bem como as pessoas jurídicas devem manter o registro nos respectivos conselhos de fiscalização de acordo com a formação e profissão de seu responsável técnico.

§ 2º O responsável técnico é responsável por todo e qualquer procedimento estético realizado dentro do espaço físico do estabelecimento que ele responde tecnicamente, mesmo que por profissionais por ele supervisionado, sendo subordinado ou terceirizado, devendo possuir habilitação legal e técnica para os procedimentos realizados sob sua supervisão.

Substitutivo ao Projeto e Lei nº 2.717/20219

§ 3º As clínicas e centros de estética podem possuir mais de um responsável técnico, em razão das habilitações técnicas, funcionamento e turnos da empresa, de acordo com as resoluções dos conselhos de fiscalização profissional e normas sanitárias.

Art. 4º Esta lei não impede o pleno exercício profissional dos esteticistas, garantida nos termos da Lei nº 13.643 de 2018.

Art. 5º O disposto nesta lei não impede que outras profissões, regulamentadas ou que virão a ser regulamentadas, atuem em saúde estética se assim a legislação permitir.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Proposta de Encaminhamento

GOV.BR/SAUDE

minsaude

O DEGERTS/MS solicita que os conselhos profissionais que compõem a CRTS, em especial aqueles citados pelo Projeto de Lei nº 2.717/2019, encaminhem, no prazo de 10 dias, as suas considerações sobre o tema para que elas sejam utilizadas como subsídio para atualização do posicionamento da área acerca do PL nº 2.717/2019 e do Substitutivo aprovado pela CTRAB.

As contribuições devem ser encaminhadas ao e-mail codets@saúde.gov.br.

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Muito obrigado!

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

BRASIL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Osvaldo Martins de Morais Filho
Assessor Técnico
CODETS/CGERTS/SGTES/MS
osvaldo.morais@saude.gov.br