ATA

47ª REUNIÃO DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE – CRTS

Realizou-se nos dias **02 e 03 de junho de 2025** a **47ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)**, no Auditório Carlyle Guerra de Macedo – Organização Pan-Americana da Saúde. (Opas/OMS), Lote 19, Avenida das Nações, SEN – Asa Norte – Brasília/DF. Participaram da reunião como membros da Câmara, previamente indicados (as):

1) DEGERTS/SGTES/MS – Evellin Bezerra da Silva (titular), Diretora 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 - 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;
3) DEGES/ SGTES/ MS – Laila Talita da Conceição Costa (suplente) – Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
4) SECTICS/MS - Jaqueline Rocha Borges dos Santos (titular) – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, Ministério da Saúde
5) SESAI/MS – Lucas Ferreira dos Santos (suplente) – Secretaria de Saúde Indígena, Ministério da Saúde;
6) SEIDIGI – Paulo Henrique Weiss de Carvalho (titular) – Secretaria de Informação e Saúde Digital;
7) ANVISA - Alice Alves de Souza (suplente) – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
8) MNNP-SUS – Solange Caetano (titular) – Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;
9) MNNP-SUS – Jorge Darze (suplente) – Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;
10) CNS – Francisca Valda da Silva (titular) – Conselho Nacional de Saúde;
11) CONASS – Haroldo Jorge de Carvalho Pontes (titular) – Conselho Nacional de Secretários de Saúde;
12) CFBio - Fernando César de Sousa Santos (titular) – Conselho Federal de Biologia;
13) CFM – Alceu José Peixoto Pimentel (titular) – Conselho Federal de Medicina;
    CFM – Antônio Henriques de França Neto (suplente) – Conselho Federal de Medicina;
14) CFBM – Renato Minozzo (titular) – Conselho Federal de Biomedicina;
    CFBM – Marco Antônio Zonta (suplente) – Conselho Federal de Biomedicina;
15) CONFEF – Carlos Alberto Eilert (titular) – Conselho Federal de Educação Física;
16) COFEN – Ludmilla Magalhaes R. da Cunha (titular) – Conselho Federal de Enfermagem;
17) CFESS – Vanda Micheli Burginski (suplente) – Conselho Federal de Serviço Social;
18) CFF - Zilamar Costa Fernandes (titular) – Conselho Federal de Farmácia;
19) 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;
20) CFMV - Ingrid Bueno Atayde (titular) – Conselho Federal de Medicina Veterinária;
    CFMV – Paulo Augusto Aragão Zunino (suplente) – Conselho Federal de Medicina Veterinária;
21) CFO – Gilmar Trevizan (titular) – Conselho Federal de Odontologia;
    CFO – Rafael Gomez Ditterich (suplente) – Conselho Federal de Odontologia;
22) CFP – Marina Greghi Sticca – Conselho Federal de Psicologia;
23) CFFa – Neyla Arroyo Lara Mourão – Conselho Federal de Fonoaudiologia;
24) CFN – Amélia Borba Costa Reis (suplente) – Conselho Federal de Nutrição;

Participaram da Reunião como convidados:

1) Felipe Proenço - Secretário de Gestão do Trabalho em Saúde, Ministério da Saúde (SGTES/ MS);
2) Adauto Martins Soares Filho – 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);
3) Aline Martins – Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), Ministério do Trabalho e Emprego (CBO/ MTE);
4) Ariane Vitalino Nascimento – 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);
5) Carlos Cardoso – Secretaria de Educação Superior, Ministério da Educação (SESu/ MEC);
6) Cláudia Oliveira – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Ministério da Saúde (SAES/ MS);
7) 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);
8) Ezequias Ferreira das Virgens – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (SGTES/ MS);
9) Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa – 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);
10) Fiamma Aciole Vanderlei Teixeira – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (SGTES/ MS);
11) Janaína Sampaio Guerra Oliveira – 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);
12) José Barreto Campelo Carvalheira – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Ministério da Saúde (SAES/ MS);
13) 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);
14) Lívia Angeli Silva – 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);
15) Márcia Helena de Moraes Diniz – 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);
16) Mavie Eloy Kruschewsky – Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/ SGTES);
17) Patrícia Ferrás Araújo da Silva – 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);
18) Pedro Gabriel Lopes – Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (CEPEDISA/ USP);
19) Rafael Vitor Soares Fernandes – Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS);
20) Raquel Nunes da Silva Veiga – 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);
21) Roselaine Muner, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);
22) Wingliton Bertulani – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (SGTES/ MS).

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 **Programação** e a **Lista de Presença** desta Reunião como **ANEXO I e ANEXO II a** esta Ata.

Mesa de Abertura

A mesa de abertura da reunião foi composta por: 1) Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), Filipe Proenço de Oliveira; 2) Diretora do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS) e coordenadora desta Câmara, Evellin Bezerra da Silva; 3) Representante do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), Mavie Kruschewsky; 4) Coordenador Substituto do Fórum dos Conselhos Federais da Saúde (FCFAS), Alceu Pimentel; e 5) Representante da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), Jorge Darze.

Os componentes da mesa proferiram palavras de boas-vindas e destacaram a importância da agenda de trabalho e o debate de assuntos, tais como a formação em Ensino à Distância nas áreas da saúde e a interlocução com o MEC em função da promulgação do Decreto 12.456/2025, a carreira única e as categorias profissionais no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o lançamento do programa Agora Tem Especialistas, voltado para a atenção especializada e para a redução do tempo em filas de espera no SUS, a questão da oncologia como tema importante para debate do colegiado, e a formação e provimento profissional para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

O Coordenador-Geral Substituto de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde aproveitou o momento para anunciar a publicação da Portaria GM/MS Nº 6.925, de 19 de maio de 2025, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para atualizar a composição da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde - CRTS no âmbito do Ministério da Saúde. Por meio desta Portaria, o Conselho Federal de Biomedicina é incluído oficialmente como membro desta Câmara.

Seguiu-se para **apresentação dos participantes** e **verificação do quórum** na plenária.

Leitura e aprovação da ata da 46ª Reunião de Reinstalação da CRTS

Houve uma breve apresentação da Ata da 46ª Reunião da CRTS, enviada previamente a todos os membros deste colegiado, realizada entre os dias 17 e 18 de março de 2025.

Passou-se para às **considerações** dos membros:

Rafael Ditterich (CFO) pontuou que o Conselho de Odontologia (CFO) não consta como integrante do Grupo de Trabalho que tratará das DCNs na área da saúde.

Osvaldo Filho (CODEDTS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) sugeriu a aprovação da ata com as alterações realizadas pelo representante do CFO relativas à composição do GT DCNs. Mencionou que os demais Conselhos Federais que não fazem parte da composição do GT podem informar à Secretaria Executiva.

A Ata, com as alterações sugeridas pelo CFO, foi aprovada pelos membros da CRTS presentes, com exceção do representante do CONASS que se absteve, por não ter participado da 46ª CRTS.

Apresentação: Experiências internacionais de regulação sobre prescrição de medicamentos por profissionais da Enfermagem.

O pesquisador Pedro Lopes, do Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (CEPEDISA/USP), realizou uma apresentação sobre as experiências internacionais de regulação da prescrição de medicamentos por profissionais da Enfermagem. A apresentação encontra-se na Ata como **ANEXO III**.

Passou-se ao **debate** do plenário.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) perguntou sobre a diferença entre "advanced level nurse" e "advanced practice nurse".

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) pontuou que a diferença reside no grau de autonomia entre esses dois profissionais, que podem realizar a prescrição de medicamentos de forma a garantir que tenham maior liberdade no exercício das práticas necessárias para assegurar o acesso à saúde. Ressaltou que, ao abordarmos essa prática em nível avançado, tratamos de um modelo no qual enfermeiros podem prescrever medicamentos, mas não têm autonomia total, ou estão vinculados a alguma condição estabelecida, como no caso brasileiro, a um programa de saúde pública ou à recomendação médica. Há outros critérios que influenciam em menor grau, como a formação. Ponderou que o modelo brasileiro é um modelo em que os profissionais de enfermagem estão na regulação de nível avançado; as possibilidades de prescrição estão previstas pela Lei n. 7.498/1986, que permite a prescrição desde que o medicamento esteja inserido em um programa de saúde pública e siga os fluxos e procedimentos dentro da instituição de saúde. Esse modelo é semelhante ao mexicano, que também é uma prática em nível avançado vinculada ao compêndio estabelecido pela Secretaria de Saúde, diferentemente dos modelos britânico e norte-americano, onde a prescrição por profissionais de enfermagem é mais ampla e eles possuem maior autonomia, sem a obrigatoriedade de estar previsto em algum programa ou sob supervisão médica.

Ludmilla Cunha (COFEN) agradeceu e destacou os dados sobre os contextos nacional e internacional. O conhecimento da realidade externa é muito importante; ressaltou o investimento do COFEN em pesquisas comparativas sobre o tema, analisando modelos exitosos para fomentar o debate no Brasil. Destacou a realidade diversa do país em relação à formação, quantidade de profissionais e qualificação. Considerou a Lei n. 7.498/1986 e os desafios que ainda se impõem aos profissionais de enfermagem, além da necessidade de avançar no acesso à saúde qualificada para a população brasileira, na perspectiva multi e interprofissional. Abordou a necessidade de desmistificar a atuação do enfermeiro, uma vez que os profissionais realizam a avaliação do paciente por meio da consulta de enfermagem e fazem a prescrição medicamentosa dentro dos protocolos estabelecidos no âmbito da saúde pública. Destacou que a enfermagem brasileira possui mais de sessenta especialidades regulamentadas e que o conselho está avançando no debate sobre práticas avançadas, com o acompanhamento do Ministério da Saúde (MS) e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Mencionou a existência de um grupo de trabalho interno ao COFEN que trata da prescrição de medicamentos por enfermeiros à luz da base legal, internacional e científica, em termos de competência para avançar com segurança técnica e jurídica, que é parte da assistência integral ao paciente.

Lívia Angeli (DEGERTS/SGTES/MS) enfatizou a importância de tratar o tema. Pontuou a necessidade de fortalecimento do modelo regulatório para os escopos de prática e o planejamento da força de trabalho no SUS. As experiências internacionais foram consideradas como inspiração para o debate interno. Ressaltou que precisamos pensar na prescrição do enfermeiro dentro do seu escopo de prática, sendo a prescrição realizada na consulta de enfermagem e não na consulta médica, odontológica ou farmacêutica. Na sua visão, é necessário discutir essa questão internamente nesta Câmara para evitar judicializações e não gerar insegurança aos profissionais e usuários do SUS. Por fim, perguntou sobre informações relacionadas aos aspectos da insegurança jurídica em contextos que não permitem a prescrição de medicamentos por profissionais da enfermagem, frente à discussão sobre a subutilização da força de trabalho em enfermagem.

Marco Zonta (CFBM) questionou a mesa sobre a responsabilidade profissional em casos de iatrogenia ou óbito de pacientes em situações que envolvam a diferença de prescrição entre médicos e enfermeiros, ou profissionais da saúde em geral.

Alceu Pimentel (CFM) parabenizou o tema abordado, que gera judicialização. Citou um documento da OMS de 2004 que trata sobre recursos humanos na saúde, para trazer ao plenário a discussão sobre redução de custos na substituição de profissionais no mercado de trabalho e a desvalorização da formação profissional, na suposta substituição de um profissional por outro com menos valor social para o mercado. Resgatou pontos apresentados pelo pesquisador Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) para considerar que nenhum médico treinado pode exercer plenamente as competências de outro profissional, quer seja

fisioterapeuta ou farmacêutico, por não possuir formação para tal. Esse debate escamoteia o tema por uma discussão reducionista de gastos que desvaloriza a formação, sendo uma agressão à formação profissional na área da saúde, na sua visão. Discordou do fato de outro profissional poder iniciar medicação com base em diagnóstico laboratorial de doenças infecciosas, uma vez que o diagnóstico laboratorial é uma orientação para elaborar um diagnóstico mediante a comparação com a avaliação clínica do paciente e outros fatores para iniciar uma medicação. Além disso, considerou que, em casos de coincidência entre diagnóstico laboratorial e clínico, a medicação não é sempre a mesma, dados os fatores individuais que modificam a prescrição, como a função renal e a nutrição. Destacou que todo esse conhecimento em jogo é oriundo dos anos de formação profissional na área da medicina, e que não podemos desconsiderar isso ao achar que um profissional bem treinado pode substituir outro; no caso, um enfermeiro bem treinado não pode substituir um médico. Apontou para que as orientações desta Câmara sigam a legislação do Estado democrático de direito. Questionou a narrativa da OMS acerca da substituição de profissionais, afirmando que médicos não têm as competências de outros profissionais e vice-versa, e que tal narrativa não se guia pela teoria principialista seguida por profissionais de saúde no campo da bioética.

Evellin Bezerra (DEGERTS/SGTES/MS) destacou que esse debate foi trazido para o interior desta Câmara com a intenção de mostrar os estudos teóricos e jurídicos, uma vez que esta agenda é uma demanda ministerial. Fazer este debate no espaço deste colegiado fortalece a posição em relação ao tema, frente aos vários instrumentos que chegam ao Ministério da Saúde. A intenção não foi desprestigiar uma profissão em detrimento da outra. A proposta foi trazer um debate que é real e pensar qual o encaminhamento possível que este colegiado poderia considerar.

Lívia Angeli (DEGERTS/SGTES/MS) destacou que a discussão do Dr. Alceu convida a todos a ler o Relatório sobre as Práticas de Enfermagem no Brasil, disponível no site do CENITS, fruto das discussões de um ano e meio do grupo de trabalho. Ressaltou que a crítica feita aos modelos internacionais se refere justamente à utilização da força de trabalho de enfermagem em substituição à força de trabalho médica. Assim, está explícito no relatório que tal aspecto não atende às necessidades do Brasil, nem à substituição, nem à questão da contratação mais barata. O Relatório foca nos escopos de práticas do trabalho multiprofissional já existente e no fortalecimento das equipes.

Solange Caetano (MNNP-SUS) parabenizou Pedro pela apresentação. Considerou que os dados apresentados são importantes para o debate sobre práticas avançadas e que o Relatório foi fruto de um ano de discussões entre instituições e governo, é completo e pode nos ajudar a continuar essa conversa. Reafirmou que não estamos tratando práticas avançadas como uma substituição de profissionais, sejam médicos, fisioterapeutas ou farmacêuticos. E que o foco é discutir o que os enfermeiros já fazem no dia a dia, especialmente em áreas remotas onde eles são os únicos profissionais disponíveis. Ressaltou que não há acordo entre as entidades para substituir ou desvalorizar qualquer mão de obra, pois é reconhecida a importância do trabalho do enfermeiro e que não se acredita que a prática do enfermeiro deva ser mais barata do que a do médico. Destacou que se defende uma carreira única e isonômica para todos, e isso é o que se busca na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) considerou que a proposta de trazer esse debate visa justamente fomentar a discussão, sem qualquer outra intenção. Esclareceu que não há orientação sobre qual modelo é melhor, somente apresentou modelos existentes na realidade internacional, as considerações da OMS, e como se comparam com o modelo brasileiro frente aos internacionais, sem juízo de valor. Em relação à substituição médico-enfermeiro, ressaltou que essa discussão é mais ampla do que apenas os escopos de prática. Embora o estudo abordado mencione a ideia de substituição, ele não se limita à questão de custos. A revisão sistemática apresentada foi rigorosa, incluindo apenas evidências moderadas ou altas para garantir a validade dos dados. Afirmou que o estudo é relevante para entender a relação entre médicos e enfermeiros, abordando também questões de ampliação do acesso e redução de custos. Enfatizou que a possibilidade de prescrição por enfermeiros não menospreza a formação médica, reconhecendo que os médicos têm formação longa e abrangente, incluindo seis anos de graduação e residências. Destacou que a prescrição por profissionais de enfermagem não diminui a formação dos médicos e que o objetivo é trazer à tona o que ocorre globalmente. Observou que, embora o debate sobre a OMS seja relevante, o documento em questão

possui 20 anos e a visão da OMS sobre acesso à saúde evoluiu. Enfatizou que há discussões contínuas sobre o impacto da prescrição na redução de custos do sistema e na assistência aos pacientes, indicando que esse debate permanecerá relevante, independentemente das questões de prescrição discutidas. Destacou que o cenário atual exige a ampliação do acesso à saúde e a integralidade, conforme preconizado pela OMS desde os anos 2000, que incentiva modelos universais de saúde e a participação dos profissionais de saúde nesse debate é essencial. Ponderação sobre a legislação brasileira de que nenhuma informação apresentada contraria a legislação vigente, mencionando que a Lei nº 7498 permite a prescrição por enfermeiros. Concordou sobre a necessidade de protocolos e fluxos adequados para garantir a prática correta. Ainda observou que o CFM também reconhece essa necessidade e recomendou a leitura da resolução do CFM sobre atos médicos, a resolução do CFM estabelece procedimentos específicos para a prescrição por profissionais de enfermagem e que o CFM já se manifestou favoravelmente à prescrição de enfermagem em um parecer de 2016. Considerou que a metodologia apresentada é adequada para entender como os profissionais percebem a questão. Por fim, abordou uma afirmação sobre a visão dos médicos em relação à capacidade dos enfermeiros de prescrever, caso possuam a qualificação necessária, destacando que tal aspecto está atrelado à formação durante a universidade. Mencionou que a OMS não sugere que profissionais de enfermagem assumam atribuições exclusivas dos médicos, mas sim que, se formados para tal, podem exercer determinadas atividades. Destacou que essa discussão não deve ser confundida com o contexto do Reino Unido, onde há debates sobre a substituição de profissionais e o desmantelamento do NHS. Pontuou que a discussão não deve se limitar à redução de custos do sistema, defendendo a importância de promover um debate construtivo para encontrar soluções fora do âmbito judicial. Expressou sua preferência por resolver questões através da política em vez do judiciário, que considera incerto. Ao final, agradeceu aos presentes e se colocou à disposição.

Evellin Bezerra (DEGERTS/SGTES/MS) agradeceu a mesa. Destacou que a discussão sobre a transversalidade do trabalho nas redes de atenção e cuidado é de grande relevância. Embora todos os pontos abordados sejam importantes, este, em particular, traz um valor atual significativo para o MS. Há necessidade de refletir sobre as redes de atenção e as linhas de cuidado, visando promover um diálogo que permita a organização e integração efetiva dos serviços de saúde. Em seguida, passou a palavra para o palestrante.

Apresentação: Linha de Cuidado do Câncer e necessidades de profissionais especializados.
José Barreto

O Coordenador-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, Secretaria de Atenção Especializada, Ministério da Saúde (SAES/ MS), José Barreto Campelo Carvalheira realizou apresentação sobre as necessidades do SUS de profissionais especializados na linha de cuidado do Câncer. A apresentação encontra-se na Ata como **ANEXO IV**.

Passou-se ao debate do plenário.

Gustavo Vieira (COFFITO) parabenizou a apresentação e iniciativa do governo federal em relação ao atendimento oncológico. Destacou a importância do projeto, mas expressou preocupações sobre a falta de atenção ao pós-tratamento, pensando como representante da sua categoria profissional. Foi ressaltado que a apresentação focou apenas no tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico, sem considerar o atendimento necessário após essas etapas. Enfatizou a importância da inclusão de outras especialidades e categorias profissionais no cuidado integral dos pacientes oncológicos, como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia etc. Foi apontada a ausência de uma abordagem multidisciplinar no novo programa do governo federal, enfatizando a necessidade de garantir um atendimento completo e integrado aos pacientes. Destacou que as 26 policlínicas regionais na Bahia não oferecem tratamento multidisciplinar, limitando-se apenas ao atendimento médico. Foi ressaltada a necessidade de atenção a essa questão, uma vez que pacientes do SUS frequentemente precisam de serviços como fisioterapia e terapia ocupacional, mas não conseguem acesso nas policlínicas. Disse que muitos recorrem a clínicas e escolas de faculdades como única opção pelo Sistema Único de Saúde. A ausência de profissionais especializados em fisioterapia, terapia ocupacional e reabilitação nas policlínicas foi enfatizada, especialmente para o atendimento de

pacientes oncológicos. Foi feito um apelo para ampliar o acesso a esses serviços, reconhecendo que, embora os tratamentos médicos salvem vidas, o suporte multidisciplinar é fundamental para a qualidade de vida dos pacientes após os tratamentos. Por fim, colocou-se à disposição para dialogar com o MS e o poder Executivo sobre a inclusão de todos os profissionais na elaboração de projetos futuros.

Marcos Zonta (CFBM) parabenizou a palestra, e compartilhou sua experiência em trabalhar com o Dr. Teixeira, da Unicamp, na política de rastreamento do câncer de colo uterino. Mencionou que é líder do grupo de saúde da mulher no Butantan, destacando a importância das políticas de conscientização e prevenção, especialmente utilizando genotipagem. Considerou que o projeto do MS é significativo, mas a quantidade de profissionais médicos na área de patologia e colonoscopia é insuficiente para atender à demanda do mercado. O participante enfatizou a necessidade do CFM em formar mais profissionais para suprir essa necessidade. Destacou a relevância da fala do colega da fisioterapia e mencionou que nos congressos mundiais de ginecologia há uma preocupação maior com a assistência do que com o rastreamento e diagnóstico. A medicina de precisão ainda é um campo em desenvolvimento no Brasil. Ressaltou a nova política do SUS para rastreamento por genotipagem, que já é praticada em outros países há 20 anos. Mencionou a meta da OMS de erradicar o câncer, especialmente o câncer de colo uterino, através da vacinação e genotipagem para reduzir os altos índices dessa doença. Citou Finlândia, Alemanha, Holanda e Austrália que estão a caminho de atingir a meta OMS para erradicação do câncer de colo uterino, alcançando 80% dessa meta. Expressou preocupação com a falta de foco na prevenção e no uso de alta tecnologia para rastreamento, mencionando o centro de pesquisa privado que realiza treinamentos em genotipagem em diversas regiões do Brasil, enfatizando a necessidade de educação para médicos e profissionais de saúde sobre essa nova modalidade de rastreamento. Apesar das discussões e consultas públicas já realizadas, a introdução da genotipagem pelo MS ainda não ocorreu, cerca de 80% dos secretários de saúde estaduais e municipais desconhecem a genotipagem e continuam a insistir no uso do exame de papanicolau. Ele compartilhou sua formação em anatomia patológica destacando sua experiência com nano diagnóstico e enfatizou a importância da educação continuada para médicos e profissionais de saúde. Questionou a proposta do MS para a incorporação dessas novas metodologias e a inclusão de profissionais multiprofissionais no processo, ressaltando que os responsáveis pelo diagnóstico são fundamentais. Ele destacou que esses profissionais estão diretamente envolvidos na emissão de laudos e têm a capacidade técnica necessária para oferecer serviços e treinar outros colegas.

Rafael Ditterich (CFO) parabenizou pela apresentação, mas expressou estranheza quanto à ausência de visão multiprofissional, especialmente em relação à saúde bucal. Ele destacou que o câncer de boca está entre os cinco tipos mais incidentes no Brasil e mencionou os esforços nesse contexto. Sugeriu que, em futuras apresentações seja considerado o contexto das outras áreas, especialmente a oncologia e a saúde bucal. Ressaltou a carência de recursos humanos nesta última área, afirmando que a situação é ainda mais crítica para patologistas bucais do que para patologistas médicos. Mencionou a necessidade de qualificação de estomatologistas e profissionais especializados em prótese bucomaxilofacial, indicando a falta de formação adequada para reabilitações oculares, de mandíbula e de face. Considerou necessidade de despertar para essas demandas na área da saúde bucal. A apresentação teve um foco excessivo na qualificação e formação de médicos, negligenciando a necessidade de uma abordagem multiprofissional. Ele destacou a carência de qualificação em hospitais de oncologia para profissionais de bucomaxilofacial e prótese bucomaxilofacial, citando uma iniciativa inovadora em seu estado que ainda não está disponível em muitos outros. Enfatizou a importância de considerar todas as áreas profissionais ao discutir linhas de cuidado, especialmente no contexto do atendimento a neoplasias, que devem ser tratadas dentro do prazo estabelecido por lei. Ele sugeriu que a rede de serviços deve incluir não apenas os pontos de atenção médica, mas também serviços odontológicos, como CEO (Centros de Especialidades Odontológicas), SESB (Serviço de Especialidades em Saúde Bucal), CACON (Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia) e UNACON (Unidade de Alta Complexidade em Oncologia). Argumentou que a linha de cuidado deve ser integrada e não fragmentada por especialidades ou categorias profissionais. Ponderou que, para garantir uma abordagem efetiva, é crucial reestruturar os diferentes pontos de atenção na rede, incorporando múltiplas perspectivas desde o diagnóstico até a reabilitação. Também ressaltou que a atenção deve ser

especialmente cuidadosa para pacientes nos estágios 3 e 4 da doença, onde as intervenções podem ser mais complexas e impactantes. Finalizou com a importância de incluir diversas categorias profissionais para proporcionar um cuidado abrangente e eficaz.

Evellin Bezerra (DEGERTS/SGTES/MS) reiterou a importância da iniciativa de trazer o debate sobre a organização da rede de cuidados, expressando satisfação com a presença dos profissionais e suas trajetórias, ressaltando a necessidade de se reconhecer como partes essenciais dessa estrutura. O objetivo principal da apresentação foi promover uma discussão concreta sobre a linha de cuidado, abordando temas tradicionais como a formação de médicos patologistas e radiologistas, conforme mencionado. Apesar do foco em formações tradicionais, é crucial avaliar o cenário atual dessas especialidades. Reconheceu os desafios enfrentados, especialmente na colaboração em equipe para o cuidado ao paciente. E enfatizou a importância de avançar nesse contexto, criando um espaço para diálogo e construção coletiva de soluções. A intenção foi provocar uma reflexão sobre as ausências ainda presentes na organização das redes de cuidado, sem descrever apenas as deficiências, mas buscando caminhos para superá-las. Considerou que a discussão não se limita às ausências sentidas nas apresentações, mas também à necessidade de reconhecer a rede de saúde bucal aprovada no ano anterior. A intenção era trazer uma devolutiva inicial dos participantes sobre como esta Câmara pode se reconhecer nessa discussão, considerando tanto a relação individual quanto a multiprofissional. O objetivo é que essa rede avance e se torne concreta. Além disso, propôs aprofundar a discussão no contexto do planejamento da força de trabalho, unindo esforços para abordar a grande agenda relacionada à rede do câncer no Brasil. Enfatizou que é essencial planejar adequadamente os serviços, considerando quais trabalhadores e profissionais são necessários, bem como as formações que precisam continuar a ter. Por fim, disse que essa agenda é uma das prioridades do governo federal, e que, portanto, o encontro teve como estratégia reunir todos para discutir essas questões e avançar na organização dos serviços de saúde.

José Barreto (SAES/ MS) relatou que a apresentação visou tratar a transição de um modelo hospitalocêntrico para abordagem que abrange diversas áreas dentro da linha de cuidado, destacando a importância de trabalhar cada ponto dessa rede. Foi mencionado o papel do COFFITO em relação à reabilitação, que está sendo integrado ao departamento de urgência e hospitalar, em que também se realiza o cuidado paliativo. A criação de uma rede de observação em cada área tem demonstrado um aumento na eficácia do cuidado. Compartilhou sua colaboração contínua no desenvolvimento dessas iniciativas. Contudo, ressaltou que a oferta de cuidado integrado ainda não inclui a área de cabeça e pescoço, que será uma das próximas prioridades. Ele expressou a necessidade de traçar linhas mais definidas para o andamento deste projeto. Além disso, foi sugerido incluir o estomatologista na anatomia patológica como parte das ações integradas, destacando que essas propostas não limitam outras especialidades, mas sim promovem um funcionamento harmônico da rede. A estrutura da rede permanece centrada no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Ressaltou a importância do aspecto multiprofissional. Também foi destacado que a nova diretoria permitirá a inclusão de todas as áreas na coordenadoria para combate ao câncer. Uma reunião recente com diversas sociedades, incluindo fisioterapia e odontologia, reforçou essa colaboração. Enfatizou a urgência em criar uma rede de atenção para o câncer de colo do útero e a necessidade de desenvolver serviços de radioterapia em locais onde ainda não existem, reconhecendo o alto déficit atual. Foi ressaltado o déficit em diversos pontos da oncologia, mas a criação da nova estrutura e a implementação da rede representam um grande avanço, com reuniões com sociedades, criação de CACON, rede de voluntariado e discussão intersetorial. Destacou-se a importância da colaboração de todos, especialmente nas áreas de reabilitação, fisioterapia, reabilitação motora, oral e pós-câncer de mama. Mencionou que as práticas de linfadenectomia estão menos mutilantes atualmente, mas ainda há necessidade de cuidados como drenagem linfática, sob a responsabilidade da fisioterapia. Considerou que a ideia é integrar a rede com as prioridades estabelecidas na política recente, com ações multiprofissionais. Também enfatizou seu trabalho

com imunometabolismo e a colaboração com nutrição e educação física, sugerindo que a educação física precisa de mais espaço na abordagem. A pauta do câncer de colo uterino foi considerada essencial, com diretrizes já elaboradas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), com o objetivo de desenvolver um plano nacional dividido em oito eixos, focando no rastreamento do HPV e na organização do processo. Exemplificou que embora em Campinas tenha alcançado uma taxa inferior a 4% de câncer de colo uterino devido a ações específicas, ainda existem desafios a serem enfrentados. Pontuou que A vacinação em meninas está em 82%, enquanto o rastreamento apresenta uma taxa insatisfatória, nesse sentido foram mencionadas oficinas recentes sobre rastreamento e dois Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) em andamento para melhorar a formação na coleta líquida e na citologia reflexa para pacientes com HPV ontogênicos. O plano é abrangente, incluindo vacinação, educação e gestão do câncer de colo uterino. Ressaltou que não houve intenção de desconsiderar outras áreas, pelo contrário, porém foi enfatizada a urgência extrema em relação ao cuidado de pacientes em estágios 3 e 4 e existe necessidade de uma ação de mudança significativa, focando no rastreamento e diagnóstico precoce como medidas essenciais.

Fernando Santos (CFBio) questionou sobre o déficit de patologistas, indagando se outros profissionais da saúde, como biólogos, farmacêuticos e biomédicos, também foram considerados nos estudos de déficit ou excesso de profissionais na área do câncer. E perguntou especificamente sobre a inclusão dos biólogos no treinamento em citopatologia, ressaltando que essa é uma área de atuação relevante para a categoria.

Gláucio Jesus (COFFITO) agradecimento pela palestra. Abordou a falha do MS em não reconhecer a importância de outras profissões, como fisioterapia e psicologia, na política nacional de prevenção e controle do câncer, que se concentra apenas nos cuidados médicos. Destacou-se que 60% dos diagnósticos de câncer são em estágios 3 e 4, indicando que muitos pacientes enfrentam dificuldades funcionais e sociais, necessitando de suporte de diversas áreas profissionais além da medicina. Pontuou incluir a questão da equidade no acesso ao diagnóstico e tratamento, mencionando que pacientes negros em situação de vulnerabilidade social tendem a ter diagnósticos mais tardios. Foi ressaltada a necessidade de intervenções pré e pós-diagnóstico, incluindo apoio psicológico e fisioterápico, para ajudar os pacientes a reintegrarem-se à sociedade após procedimentos cirúrgicos. Constatou-se que o foco deve ser ampliado para incluir uma abordagem multidisciplinar no cuidado ao paciente, considerando as particularidades regionais e sociais do país. Por fim, a importância de atualizar as informações nos sites do Ministério da Saúde foi enfatizada, para refletir a diversidade das profissões envolvidas no cuidado ao paciente e suas variadas necessidades terapêuticas.

Amélia Reis (CFN) lembrou a importância da conexão entre o campo e a cidade, citando o lema do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: “Se o campo não planta, a cidade não janta”. Destacou a complexidade e multifatorialidade dos problemas de saúde, especialmente no contexto do câncer, enfatizando a necessidade de uma rede de cuidados que considere os determinantes sociais da saúde (DSS). A alimentação foi apontada como um fator crucial na prevenção do câncer. O orador ressaltou que o acesso à comida saudável é um agravante para a doença, questionando as ações do MS em relação à alimentação da população. Mencionou a contaminação das frutas e verduras por químicos nas lavouras e a defasagem na formação em oncologia entre os profissionais de saúde. Questionou sobre as estratégias intersetoriais que estão sendo desenvolvidas para abordar a saúde alimentar, especialmente para populações vulneráveis, como trabalhadores rurais expostos a produtos químicos. Pediu um diálogo efetivo entre as áreas de assistência social, saúde e agricultura para enfrentar as questões relacionadas ao câncer e à alimentação. Finalizou enfatizando a importância de garantir acesso à alimentação adequada para pacientes em tratamento oncológico, reiterando que não adianta realizar tratamentos sem garantir uma nutrição adequada.

Renato Minozzo (CFBM) parabenizou pela discussão e apresentação. Ressaltou que o SUS tem falhado em agregar todas as profissões de saúde, e que nem todos os profissionais estão sendo utilizados

adequadamente. A biomedicina foi destacada, com 200 mil profissionais e mais de 900 cursos no Brasil, atuando em áreas como radioterapia, assim como outros profissionais da saúde. A falta de inclusão dos profissionais no SUS é vista como obstáculo para implementação da política de saúde eficaz. A diversidade de formação permite que os profissionais atuem em todas as etapas: prevenção, detecção, tratamento e pós-tratamento. Criticou a falta de reconhecimento pelo MS das diversas profissões, mencionando que o físico médico não está listado como profissional da saúde. Citou igualmente que a tabela SUS não é reajustada há mais de 25 anos, precarizando as condições de trabalho e resultando em salários baixos para profissionais de nível superior. Foi enfatizada a importância da inclusão de todos os profissionais nas políticas do SUS, e que cada um deles tem um papel significativo na saúde pública. O uso de agrotóxicos foi mencionado como um fator preocupante que contribui para o aumento de casos de câncer, destacando a necessidade de fiscalização sobre produtos químicos utilizados na agricultura. Finalizou pedindo uma maior atenção do MS às profissões existentes e à mão de obra disponível no Brasil.

Jorge Darze (MNNP-SUS) parabenizou a apresentação sobre Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, reconhecendo a grande responsabilidade em coordenar essa área. Ressaltou que as discussões devem considerar o contexto atual das políticas públicas, que muitas vezes são influenciadas pelo mercado. Identificou que a situação apresentada pelo professor é um legado de políticas públicas ineficazes anteriores. Ele compartilhou sua experiência pessoal, enfatizando a precariedade do ensino na formação de profissionais de saúde e as dificuldades enfrentadas atualmente. Citou exemplos da gestão pública no Rio de Janeiro, onde hospitais estão sendo fatiados e entregues ao setor privado, comprometendo a qualidade do atendimento. Criticou a falta de concursos públicos para reposição de profissionais na saúde, resultando em uma redução da capacidade de atendimento de pessoas e precarização das condições de trabalho, com a pejotização. Além disso, mencionou o Instituto Nacional do Câncer como uma referência importante, mas que enfrenta riscos de mudanças na gestão. Destacou a falta de diálogo efetivo entre o poder público e a sociedade, apontando que propostas discutidas em conferências de saúde não são implementadas para enfrentar esses problemas. Por fim, afirmou que é necessário enfrentar as contradições impostas pelo mercado nas políticas públicas para avançar. Ele elogiou a iniciativa do governo em envolver o professor José Barreto na coordenação dos projetos e citou a proposta para uma carreira única dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) como um passo positivo rumo à solução da crise atual.

Evellin Bezerra (DEGERTS/SGTES/MS) abordou a importância do Cadastro Nacional de Especialistas, destacando os desafios enfrentados pelo MS na discussão de políticas públicas baseadas em dados. Alguns trouxeram pontos relevantes que evidenciam a necessidade de avançar nas discussões sobre a coleta e o compartilhamento de informações, especialmente em relação às especialidades profissionais. Esse debate se desdobra na agenda de planejamento da força de trabalho na saúde. Pontuou que, na parte da tarde, haveria discussão sobre a necessidade de debater a questão do escopo de prática organizadas por cada profissão em relação às especialidades, considerando se essa discussão é pertinente para todas as áreas da saúde, e que a fala de Lívia Angeli (DEGERTS/SGTES/MS) sobre a enfermagem seria nesse sentido. Destacou sua expectativa de que este encontro sirva como um ponto inicial para amadurecer a discussão, especialmente no GT de especialidades, além de outras iniciativas que possam surgir. Enfatizou a importância da promoção da saúde em todos os níveis, especialmente na atenção primária na saúde. Por fim, agradeceu a todos e reforçou que este momento é um convite à construção conjunta desta agenda por esta Câmara, com o reconhecimento do trabalho significativo que ainda precisa ser realizado.

José Barreto (SAES/ MS) ressaltou a importância da colaboração e destacou que, até o momento, não foi mencionado médico na portaria; todas as referências estão categorizadas como multiprofissionais. Foi mencionada a urgência em algumas questões discutidas, as demais ações continuem a ser executadas. Citou que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) não tem ameaça de ser remodelado e se destaca como órgão técnico e político. Foi mencionada a atuação do INCA em relação ao câncer colo uterino. Também foi abordada a participação do CONIC no INCA para o combate ao tabagismo e a importância da taxação de

bebidas adoçadas como parte das ações de prevenção e promoção de saúde. Em relação ao diagnóstico molecular, o palestrante destacou a dificuldade de implementação, especialmente para câncer de mama, devido à falta de aprovação dos exames na Conitec. A Sociedade Brasileira de Mastologia está trabalhando para apresentar um relatório sobre isso. Posicionou-se favorável à realização do diagnóstico molecular, mas ressaltou a questão custo-efetividade que é muito grande e complexa, havendo dificuldades para definir que laboratórios especializados poderiam realizar tais procedimentos. Destacou que estão trabalhando no assunto, mas ainda não há padronização. A questão do HPV-DNA e sua integração na atenção primária foi enfatizada, com a meta de dobrar o número de mulheres rastreadas. A proposta inclui a realização de citopatologia em meio líquido para melhorar a qualidade dos resultados, ao invés de papanicolau. Foi ressaltada a importância da colaboração entre do MS e as sociedades para pensar alternativas ao modelo hospitalar mais voltados para a promoção, considerando e a necessidade de um registro maior do número de câncer, visto que apenas 50% dos registros de câncer estão sendo feitos atualmente. A nova organização da diretoria proposta busca integrar todas as profissões envolvidas na oncologia, sem privilégio da área médica, visando enfrentar os desafios complexos do combate ao câncer na atenção primária. A proposta é aumentar atuação em todas as áreas. A reabilitação também foi mencionada como uma área crítica, onde é inaceitável a falta de suporte para pacientes oncológicos. Concluiu-se que a construção de uma nova rede com a participação ativa de todos é essencial para avançar nas pautas relacionadas ao câncer. A contribuição da Secretaria Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) será fundamental nesse processo.

Zilamar Fernandes (CFF) parabenizou a coordenação desta Câmara pela escolha da pauta, destacando que as apresentações foram desafiadoras e geraram questionamentos significativos sobre o papel dos profissionais de saúde. Pontuou que a prescrição frequentemente gera conflitos entre as profissões de saúde reguladas, com a judicialização se tornando uma rotina. Isso cria barreiras para o exercício profissional. A seu ver, a discussão sobre prescrição deve focar na contribuição dos profissionais, sem restrições, e na necessidade de revisar normas para garantir que as atividades estejam alinhadas com a formação de cada um. Manifestou o reconhecimento da multi e interprofissionalidade como realidade essencial, sendo necessário um pensamento abrangente para beneficiar os pacientes. Ponderou que cada profissão possui autonomia conforme sua formação e especializações, e é fundamental revisar modelos regulatórios e Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Igualmente, parabenizou o Dr. José pela apresentação sobre linhas de cuidado do câncer, ressaltando a importância de profissionais especializados e os dados que evidenciam avanços nessa área. Destacou também a relevância das residências em oncologia para todas as profissões de saúde, mencionando que o MS está promovendo alinhamentos com os conselhos profissionais. Por fim, reiterou a importância de alinhar formação com especializações avançadas, considerando as necessidades sociais, e citou que existem 6 milhões de profissionais de saúde disponíveis para contribuir na linha de cuidado do câncer.

Tarde

Apresentação das atividades do Grupo de Trabalho de Educação à Distância (EaD

Informe sobre: encaminhamentos do Parecer CRTS nº1/2025; publicação do Decreto nº 12.456, de 19 de maio de 2025; e publicação da Portaria MEC nº 378, de 19 de maio de 2025.

O Coordenador de Democratização do Trabalho na Saúde, Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), citou que o Parecer CRTS nº1/2025 foi encaminhado ao Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e está em análise. Em seguida houve a apresentação sobre Análise do Novo Marco Regulatório da EaD. A Apresentação encontra-se no **ANEXO V** desta Ata.

Passou-se ao **debate** do plenário.

Gustavo Vieira (COFFITO) mencionou preocupação com o decreto e citou que, em reunião com outros conselhos e o MEC, o Secretário Executivo do MEC, Gregório Durlo Grisa, afirmou que MEC considera a saúde fora da Educação a Distância (EaD). Contudo, pontuou que houve apenas uma mudança de nomenclatura, adotando o termo "semipresencial", que as instituições de ensino já utilizavam para o ensino essencialmente virtual, parecendo que o MEC apenas ouviu as instituições de ensino. No decreto, considerou que o MEC está permitindo até 50% de presencialidade. Destacou que a política atual do ensino superior privado é mercadológica no Brasil, visando maximizar lucros, e que empresas utilizarão o que está posto no decreto: a obrigatoriedade de presencialidade em 30. Considerou que o estágio curricular obrigatório que já representa 20%, restariam apenas 10% para as atividades presenciais de um curso. Além disso, as avaliações também serão presenciais, levantando questionamentos sobre como isso se encaixa nesse percentual. Destacou que a situação atual é pior do que antes, pois havia uma garantia maior de presencialidade. Disse que o MEC demonstrou resistência em assumir que a maioria das profissões de saúde, com exceção de algumas como medicina e enfermagem, estão sendo empurradas para uma situação do limbo da semipresencialidade e ele não aceita que isso é EaD. Durante a audiência pública com o ministro Camilo Santana, na Comissão de Educação da Câmara dos Deputados, foi afirmado que a saúde está fora da EAD, e é isso o que está sendo vendido para a população. O COFFITO entende que a saúde não ficou de fora do EaD. Informou que solicitaram agendamento de reunião com o ministro e representantes da área, mas não houve retorno. Sugeriu que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) seriam o caminho mais fácil para abordar assunto. Contudo, ressaltou que as DCNs da fisioterapia e terapia ocupacional, paradas desde 2017, foram alteradas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) após a publicação do decreto, eliminando a obrigatoriedade da presencialidade para atender à legislação vigente, adequando-se ao Decreto nº 12.456. O artigo 200 da Constituição Federal estabelece que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) gerenciar a formação de recursos humanos na saúde. Existe pareceres contrários ao EaD na saúde e resoluções que reforçam essa posição, tais como o Parecer desta Câmara e Resolução CNS n. 515/ 2016. Portanto, é fundamental que o MEC respeite as diretrizes da saúde conforme previsto na Constituição. Por fim, enfatizou que o posicionamento do MEC vai contra os princípios constitucionais estabelecidos durante a posse do presidente Lula e ignora as representações da sociedade civil organizada no Conselho Nacional de Saúde. A necessidade de um posicionamento firme contra o EaD e a semipresencialidade nas profissões de saúde foi destacada como prioridade para rediscutir o decreto vigente e dos conselhos em colocar sua posição contra o EaD, contra o semipresencial nas profissões de saúde.

Vanda Burginski (CFESS) afirmou que os debates matinais foram altamente qualitativos, promovendo uma rica troca de saberes. Parabenizou a apresentação, que destacou pontos importantes no debate EaD. Afirmou que o CFESS expressa estranheza em relação ao decreto e está se mobilizando para analisá-lo. Destacou que a apresentação evidenciou uma linguagem que favorece entidades mercantis, o que causa preocupação. Como professora, com experiência na formação de assistentes sociais em várias regiões, especialmente no Norte e Centro-Oeste, pontuou uma ruptura nos conceitos de ensino e formação com a introdução de termos como "professor regente" e "professor conteudista". Essa mudança compromete a integração entre ensino, pesquisa e extensão, especialmente na área da saúde. O CFESS tem lutado historicamente contra o EaD, sendo uma das primeiras profissões afetadas. A formação de assistentes sociais via EaD não está alinhada às DCNs aprovadas por associações competentes da área. Colocou que o Decreto atual reflete uma falta de diálogo com conselhos, categorias profissionais e as sociedades, favorecendo apenas instituições de ensino superior privadas. Considerou inaceitável que essa situação seja aceita passivamente. O CFESS tem mobilizado a categoria nacionalmente, ressaltando a importância dos assistentes sociais na área da saúde. A profissão é reconhecida como parte dos profissionais de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), e não podemos permanecer inertes diante desse decreto. Além disso, destacou que a exclusão de algumas profissões de saúde da regulamentação do ensino semipresencial gera

um corporativismo prejudicial a todos. Considerou essencial revisar o decreto em sua integralidade, pois contém vários pontos contraditórios que desvalorizam a docência e precarizam as relações contratuais no ensino superior. Mencionou que o CFESS possui estudos demonstrando a incompatibilidade do EaD com a formação em serviço social e já divulgou notas públicas em conjunto com outras entidades repudiando o Decreto. Parabenizou a Câmara por reabrir esse debate e enfatizou a necessidade de um encaminhamento para revisão integral do Decreto.

Gláucio Jesus (COFFITO) iniciou a fala ressaltando a posição contrária do COFFITO em relação ao decreto de semipresencialidade. Mencionou que, durante a audiência pública, onde ele participou com outros Conselhos que se posicionaram expressamente contra a semipresencialidade, a maioria dos presentes eram empresários interessados em questões financeiras, sem preocupação com a qualidade do ensino ou assistência à saúde. Os profissionais da saúde que se opuseram à semipresencialidade foram desconsiderados, e os empresários demonstraram interesse apenas em saber quando poderiam realizar matrículas nesse novo formato. Expressou preocupação com a formação de profissionais que, ao invés de aprenderem a cuidar de pessoas, serão treinados de forma superficial sem aprender a cuidar de seres humanos. Enfatizou a necessidade de afastar o espírito empresarial do MEC, pois isso pode comprometer a saúde pública e a qualidade do atendimento. Concordou com a colega que o precedeu e destacou que os conselhos devem adotar uma postura firme contra a precarização do ensino. Apesar das tentativas de diálogo com as autoridades, não houve abertura para conversas construtivas, tornando necessário tornar público o posicionamento contra a semipresencialidade e precarização.

Zilamar Fernandes (CFF) expressou seu lamento em relação à forma como a mudança na educação foi definida. Destacou que houve sim, mas foi um aparente diálogo nas inúmeras reuniões convocadas pelo MEC, onde todos os conselhos participaram. Os participantes saíram dessas reuniões esperançosos, acreditando que suas sugestões estavam sendo observadas e que seriam atendidos pelo decreto. Comentou sobre a surpresa com a maneira teatral das reuniões, afirmando que se sentiram parte de uma encenação bem elaborada, com a impressão de que não haveria cursos da Saúde em EaD. Mencionou que o ministro fez uma declaração sobre a ausência do EaD, mas apresentou um substituto: o semipresencial, o que nunca foi discutido nas reuniões. Enfatizou a necessidade de atenção redobrada em relação ao decreto, que foi elaborado de forma sutil, contendo definições que priorizam o EaD e sua nova abordagem. Defendeu que não se pode compactuar com essa mudança, já que desde 2009 lutam contra a má formação na educação do país, destacando que o EaD fragilizou o ensino. Embora reconheça que os cursos presenciais não são perfeitos, expressou a oposição à flexibilização e abertura que poderia agravar a situação atual. Observou também contradições nas entrelinhas do Decreto, afirmando que a vinculação da presencialidade nas DCNs é uma falácia, pois as DCNs nunca estabeleceram limites ou obrigatoriedade de presencialidade, o CNE nunca aprovou vinculação desse tipo, mesmo se fosse viável modificar as DCNs das profissões, o tempo necessário para tal seria excessivo e prejudicial. Abordou o artigo 4º do Decreto, destacando que as terminologias apresentadas são obrigatórias em relação aos formatos. Porém, a adoção de terminologias diversas em materiais publicitários será permitida, desde que claramente indicada a correspondência com um dos formatos de oferta, o que cria uma flexibilidade que pode resultar em equivalências de formatos diferenciados e agravar a situação sem controle. Chamou a atenção para os cursos semipresenciais, mencionando que os polos deveriam ser considerados elementos fundamentais para avaliação, supervisão e regulação, devido ao grande número e à falta de controle sobre eles. Agora, no credenciamento, a sede da instituição e os polos EaD poderão ser considerados para avaliação e regulação. Destacou que seria possível isentar-se a obrigatoriedade de avaliação, demonstrando falta de compromisso com o que havia sido acordado. Ressaltou a gravidade da situação em relação aos cursos da área da saúde, que, segundo as discussões anteriores, não deveriam ter polos no exterior. No entanto, o decreto permite a oferta de cursos de graduação EaD no exterior, incluindo semipresenciais criados para atender programas e políticas governamentais, o que pode resultar na continuidade de polos internacionais. Outras inconsistências no

Decreto, como a vedação do compartilhamento de polos entre instituições, mas permitindo parcerias com entidades sem perfil educacional, favorecendo as mantenedoras de forma ainda mais intensa do que antes. Afirmou que o enfrentamento deve continuar devido à falta de diálogo. Se necessário, buscarão estratégias jurídicas ou parlamentares, pois a educação na saúde não deve ser tratada levianamente.

Neyla Mourão (CFFa) ratificou e complementou as discussões anteriores sobre as DCNs da fonoaudiologia, que foram analisadas por quase três anos por diversas entidades e aprovada pelo CNE. Contudo, as diretrizes ainda aguardam homologação no gabinete do ministro. Ela expressou preocupação de que o novo decreto possa alterar as diretrizes, desrespeitando o trabalho realizado até então e a movimentação em prol da educação presencial.

Alceu Pimentel (CFM) destacou que a ausência de diálogo ocorreu recentemente, e não no passado, onde houve um diálogo enganoso que buscava neutralizar reações, se houvesse uma ideia clara do que iria acontecer o Conselhinho teria reagido. Reforçou que o CFM sempre defendeu a formação presencial em todos os cursos da área da saúde, participando ativamente das discussões desde 2009 porque havia essa ameaça para a Medicina. Enfatizou que a qualidade da assistência à saúde é fundamental, destacando que a relação médico-paciente e as atividades práticas não podem ser adequadamente desenvolvidas por meio de Educação a Distância (EaD). Expressou preocupação com os interesses políticos que prevalecem no debate sobre a educação em saúde com esse decreto, sugerindo que a Câmara elabore um documento que defenda a importância do ensino presencial, sem críticas pessoais, mas focado na qualidade da assistência à saúde para a sociedade brasileira. Concluiu sua fala ressaltando a necessidade de um compromisso com a qualidade na formação dos profissionais de saúde.

Lívia Angeli (DEGERTS/SGTES/MS) destacou a importância de discutir as modalidades de ensino e seu impacto na formação universitária no Brasil, alertando para o risco de reduzir essa formação a qualificações profissionais. Ela sugeriu a necessidade de dados e análises que conectem a gestão do trabalho ao Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando que a qualidade da formação é crucial para evitar custos adicionais com educação permanente. Além disso, ressaltou que o EAD deve ser abordado com uma lógica própria, distinta do ensino presencial, e propôs que a Câmara aprofunde essa discussão, focando na natureza das atividades e no planejamento educacional.

Evellin Bezerra (DEGERTS/SGTES/MS) destacou a importância de retomar a discussão no grupo. Ele mencionou que alguns conselhos já discutiram encaminhamentos relevantes, mas enfatizou a necessidade de definir um direcionamento específico para esta Câmara. Referindo-se ao Parecer n. 01/2025 da CRTS, reiterou que este documento reflete o entendimento desta Câmara sobre o EAD nos cursos de saúde e continua válido, mesmo após a promulgação do decreto. Acredita que o parecer representa um consenso entre os membros da Câmara. Assim sendo, propôs dois encaminhamentos: a continuidade da discussão do parecer dentro da SGTES e com o ministro da Saúde, considerando que a pauta do EAD foi reconhecida pelo secretário responsável, e a manutenção do parecer como está, sem necessidade de reorganização, e a busca por um possível encaminhamento que aborde as normativas recentes em relação ao decreto.

Jorge Darze (MNNP-SUS) destacou um tensionamento entre setores do governo, aliados ao mercado de ensino, e a sociedade civil organizada. Expressou preocupação com a falta de diálogo do governo, que deveria ouvir todos os segmentos da sociedade. Considerou o decreto em questão inconstitucional por violar preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem a obrigação de formar recursos humanos em saúde. Mencionou a luta contra a mercantilização do ensino e a privatização dos cursos de pós-graduação. O CNS já se manifestou contra o decreto, ressaltando a importância do controle social no SUS. O participante sugeriu que esta Câmara elabore uma manifestação escrita ao Ministro da Educação, expressando oposição ao decreto e solicitando que essa posição seja formalizada.

Ingrid Atayde (CFMV) apoiou as falas anteriores e destacou a recusa do MEC em dialogar com o MS. Mencionou que o MEC classifica a medicina veterinária de forma inadequada, ignorando sua relação com a saúde. Ressaltou que a falta de comunicação pode resultar em profissionais mal formados, gerando custos

elevados para a saúde pública. Enfatizou a importância de que a Câmara, o CNS e o MS se posicionem, já que este último arcará com as consequências das ações do MEC. Propôs que um diálogo entre os dois ministérios poderia melhorar a situação.

Evellin Bezerra (DEGERTS/SGTES/MS) propôs um encaminhamento com base nas falas de Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) e Zilamar Fernandes (CFF), ressaltando que suas apresentações trouxeram pontos que poderiam servir como base para um novo documento. Sugeriu consolidar os elementos discutidos, refletindo as contribuições do plenário. Propôs que esses apontamentos sejam encaminhados para o GT para análise inicial, antes de serem apresentados à Câmara, em relação às proposições do decreto. Abriu espaço para considerar outras possibilidades de encaminhamento.

Jorge Darze (MNNP-SUS) destacou a urgência em relação ao tempo disponível para o encaminhamento da proposta. Embora concordasse com a sugestão anterior, alertou sobre a recusa do ministro da Educação em receber representações dos conselhos, criando tensão. Sugeriu que a Câmara elabore um parecer técnico solicitando a interrupção do decreto até uma nova avaliação governamental. Enfatizou a importância de buscar consenso e evitar confrontos, propondo que essa paralisação permita um debate mais produtivo sobre as implicações do decreto.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou a urgência em relação ao tempo e a necessidade de agir com cautela, considerando que esta Câmara foi criada para atender demandas do Ministério e não pode enviar propostas radicais ao Ministro da Educação sem pensar no impacto para o MS. Propôs reunir novamente o GT de EaD para elaborar uma moção a ser enviada ao Ministro da Saúde, em vez de um parecer, devido à agilidade necessária. Lembrou que já houve três resoluções do CNS sobre saúde encaminhadas ao Ministro da Saúde, não há ausência de manifestação. Sinalizou que o FCFAS pode solicitar audiência com o MS, pois isso poderia proporcionar uma resposta mais rápida. Expressou ceticismo quanto à possibilidade de o MEC aceitar a suspensão do decreto, dada a pressão política e os argumentos favoráveis à EaD no debate. Enfatizou que é essencial convencer o MS de que essa questão é prioritária.

Gláucio Jesus (COFFITO) ressaltou a urgência do timing na política, alertando que o atraso pode resultar em perdas. Propôs uma manifestação pública para evidenciar a oposição dos profissionais de saúde ao decreto de semipresencialidade, já que não houve cobertura sobre essa posição na mídia. Destacou a importância de uma nota conjunta da Câmara, junto com o documento do GT, para garantir que o Ministro tenha acesso às preocupações dos profissionais. Acredita que essa visibilidade pode aumentar as chances de serem ouvidas e que é crucial agir rapidamente para não perder o momento político.

Paulo Mayall Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) lembrou que a carta pública não é documento da CRTS e que conversará com o FCFAS.

Zilamar Fernandes (CFF) informou que o FCFAS elaborou uma nota pública, enviada na sexta-feira ao Ministro da Educação e ao Ministro da Saúde, destacando a falta de alinhamento entre os dois ministérios em relação aos segmentos profissionais. A nota expressa o desejo de que saúde e educação trabalhem juntas em benefício da sociedade. Foi mencionado que o MS demonstra abertura ao diálogo, enquanto o MEC apresenta resistência. Ressaltou a importância de um posicionamento bem pensado e que a nota foi elaborada após discussões com todos os conselhos profissionais. A proposta de solicitar uma audiência com o MS foi aprovada nas discussões internas, com a intenção de revisar itens do decreto em questão, visando beneficiar a sociedade. Destacou que as decisões do MEC impactam diretamente a formação profissional no SUS, reforçando a necessidade de diálogo. Por fim, destacou que na semana seguinte proporia a audiência com o Ministro durante reunião do Conselhinho, para planejar os pontos do Decreto a serem abordados.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) fez a reflexão sobre os três atos normativos previstos na portaria da CRTS, ressaltando que não se aplicam à situação atual. Ele sugeriu que os conselhos se unissem para elaborar uma proposta de ofício a ser enviada à Secretaria Executiva da CRTS, visando que esta encaminhe a insatisfação ao gabinete do Ministro da Saúde. Ele destacou a necessidade

de representar as vozes dos conselhos profissionais sem causar embaraços à gestão. A proposta busca garantir que a insatisfação não fique restrita ao ambiente de discussão atual e que seja considerada internamente no Ministério. Enfatizou que essa sugestão não inviabiliza a audiência do FCFAS e deixou a proposta para análise dos presentes.

Evellin Bezerra (DEGERTS/SGTES/MS) afirmou que o encaminhamento sugerido por Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) já é contemplado e se complementa a um documento previamente reportado. O pedido de audiência com o ministro segue um fluxo institucional direito e reconhecido, se concretizado, será recepcionado pela Câmara. Destacou que o documento dos conselhos será encaminhado pelo fluxo do Ministério da Saúde, via SGTES, para o gabinete do ministro. O participante enfatizou a importância de somar esforços em várias frentes, considerando o tempo proposto por Jorge, e afirmou que esse fluxo é confortável e viável.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) mencionou que a proposta oferece maior liberdade aos conselhos para redigir o texto, podendo aderir ao que já está sendo proposto ou incluir pontos específicos discutidos na reunião. Essa flexibilidade permitirá que o texto seja elaborado e submetido à Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde, para que o encaminhamento seja realizado dentro do MS.

Rafael Ditterich (CFO) destacou a necessidade de somar esforços. Mencionou que, como integrante do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS), destacou a divulgação de nota sobre o assunto. Mencionou que haverá uma reunião do CNS nos dias 11 e 12, onde a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho - CIRHRT deve se posicionar e uma nova nota será publicada. Ele enfatizou a importância de somar esforços com os documentos divulgados, lembrando que o FENTAS reúne não apenas conselhos, mas também entidades sindicais e científicas. O participante solicitou que a SGTES disponibilize produtos técnicos, citando a Caravana FormaSUS, cuja defesa foi contra o ensino EaD. Ele questionou a ausência do relatório da Caravana FormaSUS, ressaltando que esse documento é essencial para subsidiar decisões. Sugeriu a criação de um grupo de trabalho conjunto entre o MS e o MEC para articular ações relacionadas ao decreto que poderia paralisar o decreto por 90 dias nesse momento. O participante finalizou ressaltando a importância do tempo e mencionou que muitos processos estão represados no INEP aguardando serem avaliados.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) situou que a Caravana FormaSUS é uma ação do DEGES. Propôs, então, aos membros da CRTS a reunião de todos os documentos e manifestações provenientes de conselhos, confederações e federações e se comprometeu a coletar esses documentos para tal. Colocou que não havendo discordância da plenária poder-se-ia, então, encaminhar todo o material ao ministro, destacando que essa ação que o DEGERTS pode realizar. Ressaltou que essa iniciativa complementa o pedido de audiência do FCFAS com o ministro da Saúde. Informou aos membros que passaríamos a apresentação para apresentação sobre Classificação Brasileira de Ocupações e Especialidades, invertendo a pauta. Houve a concordância de todos.

Apresentação: sobre Classificação Brasileira de Ocupações e Especialidades

Houve a apresentação da representante Aline Souza Martins, da Coordenação Geral de Estudos e Estatísticas do Trabalho, Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) que tratou da criação de novos códigos CBO para especialidades profissionais na saúde. A apresentação correspondente em PDF se incorpora a Ata como **ANEXO VI**.

Passou-se ao **debate** do plenário.

Renato Minozzo (CFBM) destacou a importância de estabelecer contato com a CBO para discutir a situação da biomedicina, que, mesmo após 46 anos, ainda não é devidamente reconhecida. O MS tem negligenciado a biomedicina em diversos setores, e muitos estados ainda não regulamentaram a profissão de biomédico nas secretarias estaduais. Criticou a gestão dos ministérios envolvidos, ressaltando que, enquanto o MS cria designações, ignora a regulamentação e contratação de biomédicos já existentes,

gerando desorganização no mercado de trabalho. Mencionou que alguns municípios criam leis próprias, desrespeitando legislações federais. Propôs um canal para abordar dificuldades com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e sugeriu que o contato com a CBO seja feito através do MS para melhor definir a situação da profissão e facilitar o cadastro dos biomédicos.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou que o Ministério da Saúde não cria profissões; essa função é do Congresso. Alertou que profissões criadas por municípios podem ser contestadas judicialmente. Mencionou que o Conselho Federal pode contatar o Ministério do Trabalho e expressou interesse em se reunir antes de avançar. Manifestou o desejo de reunir-se com os presentes antes de prosseguir com o contato.

Vanda Burginski (CFESS) agradeceu a apresentação e expressou preocupação com a classificação do Serviço Social na CBO, ressaltando que no CNPq são reconhecidos como profissionais da saúde, mas não há evidência disso na CBO. Propôs dialogar diretamente com a área sobre a sistematização da classificação e colocou o Conselho à disposição para discutir a questão.

Fernando Santos (CFBio) questionou sobre a recente mudança na CBO do Biólogo, que agora inclui códigos para Meio ambiente e biodiversidade, e biólogo em saúde. Expressou dúvidas se a necessidade seria em relação a criar mais códigos por especialidade e profissão para o Cadastro Nacional de Especialistas. Mencionou a ausência de descrições para áreas que atuam há mais de trinta anos, como biotecnologia, na nova CBO, apesar do aumento na atuação de biólogos nesta área. Informou que entrará em contato com Aline Martins (MTE) para discutir essas questões.

Pedro Lopes (CEPEDISA/USP) parabenizou a apresentação, elogiando a clareza sobre a realidade do CBO. Levantou dúvidas sobre a estruturação da CBO em comparação com a ISCO, citando as classificações na medicina (médico clínico, cirurgião e diagnóstico). Questionou a separação entre médicos gerais e especialistas na ISCO e a categorização das especialidades na CBO, mencionando a disparidade entre especialidades como cirurgia de cabeça e pescoço e nefrologia. Pediu mais esclarecimentos para entender melhor a lógica por trás da estruturação da CBO para melhor compreender a questão das especialidades.

Aline Martins (MTE) disponibilizou e-mail e telefone para contato, ressaltando que a divisão está aberta ao diálogo com todos os conselhos. Enfatizou a limitação de recursos do MTE para atender todas as demandas simultaneamente, mencionando que a demanda do Ministério da Saúde começou pela medicina, mas pode se estender a outras áreas. Destacou a necessidade de diferenciar as demandas do MS das questões da CBO, afirmando que as modificações devem ser discutidas em conjunto com os representantes. Informou que a CBO já registrou ocupações de diversos conselhos, mas que pode haver áreas que não estão adequadamente representadas. Explicou a estrutura da CBO em comparação com a ISCO, onde a CBO divide as ocupações em famílias, permitindo uma melhor descrição das atividades, enquanto a ISCO não faz essa distinção. Reconheceu que a CBO está desatualizada em relação a algumas especialidades médicas e que um trabalho conjunto é necessário para atualizar essa estrutura. Reiterou que modificações na CBO devem ser baseadas em princípios técnicos e que precisam considerar o impacto nas demais ocupações. Destacou a importância de respeitar a legislação e a regulamentação das profissões, buscando legitimar o trabalho de atualização junto aos conselhos. Concluiu que as portas estão abertas, mas que é necessário priorizar as demandas devido à limitação de recursos.

Fernando Santos (CFBio) expressou dúvida sobre se cada profissão da saúde terá seu próprio grupo de especialidades, além do que já existe para a medicina.

Aline Martins (MTE) colocou que a proposta recebida pelo Ministério da Saúde refere-se especificamente à medicina. Os conselhos profissionais têm a liberdade de identificar necessidades de alteração na estrutura da CBO e devem procurar diretamente a CBO/MTE para avaliação dessas mudanças. No sentido de facilitar o processo, permitindo uma apresentação detalhada das ocupações representadas e compreendendo as mudanças necessárias. Destacou que após essa análise, será feita a conexão com o MS e os conselhos para discutir as propostas. Por fim, solicitou a opinião de Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) sobre essa abordagem.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) concordou com a proposta de trabalho, mas destacou que a Secretaria de Atenção Especializada (SAES/MS) possui necessidades urgentes na área da medicina. Reiterou o pedido de colaboração do CFM e informou que entrarão em contato.

Discussão sobre o tema Especialidades

A Coordenadora-Geral Lívia Angeli apresentou informe sobre a *Oficina de Construção do Marco Regulatório de Especialidades em Enfermagem* com a participação da COFEN, da Associação Brasileira de Enfermagem ABEn) e diversas sociedades de especialidades da enfermagem. Foi destacado que esta Câmara foi uma das responsáveis pelo diagnóstico que originou a Oficina. Foram levantadas fragilidades na regulação da formação e exercício das especialidades em Enfermagem, exceto na Medicina, que ainda enfrenta desafios. Mencionou que o MS, por meio do DEGERTS/ SGTES, coordena um Grupo de Trabalho desde 2023, focado nas práticas de enfermagem, que identificou a necessidade de um diagnóstico mais robusto. Destacou um estudo demográfico em andamento, que revela dificuldades em coletar dados sobre a atuação dos profissionais, devido à fragilidade na regulação. Assim, pontuou que a regulação da formação, especialmente em especializações, é considerada precária. A única regulamentação existente refere-se a quantidade de 360 horas para especializações, sem critérios claros sobre a carga horária ou conteúdo. Essa desregulamentação resulta em cursos variados, muitas vezes sem distinção clara entre áreas de atuação. Mencionou igualmente, que o COFEN registra títulos conforme os certificados do MEC, o que gera inconsistências na lista de especialidades. Portanto, é necessário atualizar a regulação do Conselho e os mecanismos de registro. Diante desse quadro, pontuou que a Oficina teve como objetivos: definir o que caracteriza uma especialidade em enfermagem, revisar a lista de especialidades e propor melhorias para a obtenção e registro de títulos. Ressaltou que o relatório resultante dessa oficina será sistematizado, validado e orientará as ações do MS e do COFEN, o qual guiará a regulação da formação e a atuação das especialidades em enfermagem no Brasil.

Em seguida, Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) apresentou informe das reuniões do Grupo de Trabalho sobre Especialidades. Mencionou que a reunião foi breve e que se voltou à definição comum de especialidades, mantendo a aprovada em dezembro. Pontuou que na oficina de construção do marco da enfermagem foi utilizada uma definição diferente de especialidades, sugerindo que uma definição comum pode não ser útil para todos os conselhos, dado que cada profissão possui características próprias. Dessa forma, propôs a realização de reuniões com cada conselho para definir as especialidades específicas. Mencionou que diante desse cenário, o GT de especialidades poderia perder sua função, tornando-se desnecessário. Por fim, sugeriu discutir as especialidades relacionadas à linha de cuidado de câncer, a partir das discussões feitas pela manhã.

Evellin Bezerra (DEGERTS/SGTES/MS) explicou que a discussão sobre câncer é uma necessidade do MS. Destacou que, ao reconhecer o papel de todas as profissões da saúde, essa pauta se torna relevante, mas não é a única a ser abordada. Foi enfatizado que a agenda deve incluir discussões sobre biomedicina, biologia etc. de forma integral, potencializando a colaboração entre as diferentes profissões. Considerou que a discussão sobre o câncer é vista como um exercício valioso que contribui para a organização da equipe de saúde e a integração entre as profissões. Reiterou a importância de se organizar em torno dessa temática para atender às necessidades da saúde de forma eficaz.

Passou-se às **considerações** da plenária.

Antônio Neto (CFM) parabenizou a equipe pelo trabalho realizado e reconheceu a importância das ações em andamento. Teceu preocupação com a Formação de Especialistas, ponderando que há um problema sério na Medicina, relacionado à judicialização, onde pessoas realizam especializações de 360 horas sem reconhecimento adequado, mencionou a existência de diversas denominações de especialidades não reconhecidas pelo Conselho e pela Associação Médica Brasileira. Chamou atenção para a necessidade de definir claramente o que constitui um especialista e sugeriu para a Enfermagem, que está conduzindo esse

processo, buscar estabelecer um regramento junto ao MEC para evitar comparações inadequadas entre cursos de formação, como aqueles com carga horária de 360 horas e residências de 5 mil a 9 mil horas. Alertou que a falta de regulamentação permite que indivíduos se autodenominem especialistas sem a devida formação, enganando a população.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou que o CNE, por meio da resolução nº 1 de 2018, esclareceu que especialização *Lato Sensu* não é considerada especialidade profissional, o que dá embasamento legal para os conselhos. Como encaminhamento, foi proposto o encerramento do GT de especialidades e a discussão de especialidades em função da linha de cuidado do câncer. Dessa forma, destacou proposta que inclui marcar uma nova reunião para discutir a necessidade de especialistas de todas as profissões relacionadas ao cuidado do câncer. E solicitou manifestações dos membros presentes sobre a proposta apresentada à plenária desta Câmara.

Osvaldo Morais (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) solicitou esclarecimento se a proposta era o encerramento do GT de Especialidades e o início de tratativas individuais com conselhos profissionais, via Secretaria Executiva desta Câmara visando trabalhar a regulação das especialidades.

Paulo Mayall (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) confirmou e mencionou que a proposta é ter também um GT para discutir especialidades em câncer.

Lívia Angeli (DEGERTS/SGTES/MS) sugeriu somar a essa discussão a de equipes multiprofissionais, evitando discussões isoladas, pois isso pode diminuir a eficácia do espaço. Destacou a necessidade de momentos em que as profissões discutam suas especificidades, mas também de momentos para debater a composição das equipes. Foi elogiada a proposta da Evellin Bezerra (DEGERTS/SGTES/MS) de discutir por linhas de cuidados concretas, o que ajudaria a pensar sobre políticas e a regulação do trabalho. Ressaltou que tanto o Conselho quanto o MS têm papéis reguladores. Sugeriu a manutenção do GT com o foco na linha de cuidado do câncer, reconhecendo que o MS terá momentos de discussão separada com os conselhos. Destacou a importância do protagonismo da SAES/MS na composição da política e na reflexão sobre como os serviços estão sendo organizados. Mencionou a relevância de incluir as sociedades de especialistas nas discussões, pois pelo conhecimento técnico-científico que enriquece as deliberações, atualizando as áreas especializadas.

Evellin Bezerra (DEGERTS/SGTES/MS) questionou se o encerramento do GT e o direcionamento de um novo GT para essa pauta não seriam essencialmente a mesma coisa. Destacou que, independentemente da nomenclatura, o desafio permanece em realizar discussões específicas para aqueles que se interessam, sem perder de vista a importância de manter o foco na discussão multiprofissional dentro do GT.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou que a proposta é a mesma, ficando pendente a questão dos membros do GT, se serão os mesmos membros ou se abrirá novas inscrições.

Fernando Santos (CFBio) mencionou que quase todas as profissões estão envolvidas, direta ou indiretamente, na área do câncer. Considerou que o GT de especialidades é relativamente pequeno para a amplitude do tema. Foi sugerido que esta Câmara mantenha conversas com cada conselho, coletando os resultados para, posteriormente, apresentar a proposta em um possível GT. A ideia é compilar essas informações para ajudar na apresentação à CRTS.

Marco Zonta (CFBM) pontuou que todos os presentes possuem experiência na área de gestão de neoplasias e câncer. Propôs que, ao abrir um novo grupo, cada membro indique um especialista de sua área para facilitar o trabalho e tornar o processo mais ágil. Foi enfatizada a importância de prestar atenção em inovação e novas metodologias, tanto em diagnóstico quanto em tratamento câncer, mencionando que iniciativas semelhantes já estão sendo implementadas. Questionou sobre as inovações e tecnologias realmente novas que poderiam trazer benefícios à população, ressaltando a necessidade de soluções eficazes.

Paulo Mayall (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) propôs a extinção do GT de Especialidades e a criação de um novo. Afirmou que a solicitação aos conselhos será feita por e-mail para que indiquem

especialistas de câncer de suas profissões. Não houve discordância dos membros no plenário com a extinção do GT de Especialidades e a criação de um novo GT para tratar sobre linha de cuidado no tratamento do câncer.

Segundo dia -

Manhã

Apresentação: Grupo de Trabalho de Estética

Paulo Mayall Guilayn (CODETS/CGERTS/DEGERTS/ SGTES/MS) apresentou a **Minuta de Decreto para Regulamentação da Lei nº 13.643/2019**. Fez breve resgate da última reunião em que foi discutida a minuta de decreto referente à regulamentação da Lei 13.643 de 2019, que regulamenta a profissão de esteticista. Desde o ano passado, o grupo tem se debruçado sobre a elaboração desse decreto, visando solucionar as incertezas sobre as atribuições dos esteticistas e a supervisão do exercício profissional. Foi solicitado o apoio de uma colega farmacêutica para auxiliar nas questões técnicas relacionadas ao tema. Observou que das decisões tomadas incluem a busca por representantes da categoria dos esteticistas. Pontuou que, dada a falta de clareza sobre quem representa efetivamente a classe, foi decidido procurar currículos de acadêmicos que atuam na área da estética ou que ministram cursos em instituições de ensino. Apresentou a minuta do decreto. A apresentação correspondente em PDF se incorpora a Ata como **ANEXO VII**.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) questionou se aparelhos e equipamentos são regularizados como oficialmente para fins estéticos.

Alice Souza (ANVISA) disse que o uso do termo "regularizados" é para referir-se a itens que estão registrados ou notificados. Destacou-se que o termo "regularizado" é preferido em vez de "registrado". Explicou que, ao submeter um processo relacionado a equipamentos ou produtos, o fabricante deve especificar a finalidade de uso e o público-alvo. As finalidades podem incluir usos estéticos, médicos ou uma combinação de ambos.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) relembrou que o processo de tramitação da minuta de decreto envolve várias etapas complexas e demoradas. Inicialmente, a minuta deve ser analisada pela assessoria jurídica da SGTES, seguida pela Consultoria Jurídica do MS, que representa a Advocacia Geral da União (AGU). Após essas análises, a minuta encaminha-se à Secretaria Executiva e, posteriormente, ao ministro. Uma vez aceita, será enviada à Casa Civil, onde passará por nova análise jurídica, podendo levar meses até a aceitação final e a assinatura do presidente. Foi enfatizado que esse é um processo longo, sujeito a revisões e discussões adicionais, sem garantias de aprovação imediata. Situou que DEGERTS se compromete a buscar um consenso e realizar os encaminhamentos necessários. Destacou-se a importância de respeitar o texto da Lei 13.643, mesmo que não seja ideal. A lei determina que o registro e a fiscalização da profissão devem ser regulamentados, o que gera várias implicações.

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

Fernando Santos (CFBio) destacou que no inciso oitavo considerou colocar prescrição médica ou fisioterápica.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) concordou com a modificação e perguntou se todos membros concordavam com tal alteração.

Gláucio Jesus (COFFITO) sugeriu modificar termo fisioterápica por fisioterapêutica.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) mencionou que deixara o termo como sinônimo.

Gustavo Vieira (COFFITO) informou que, na última reunião, ficou decidido levar ao presidente do COFFITO a proposta de registro profissional para esteticistas e tecnólogos, tanto de nível superior quanto

técnico. O presidente considerou o assunto delicado e planeja discutir com os presidentes regionais na reunião agendada para o dia 11 de junho.

Alice Souza (ANVISA) mencionou que o seu setor terá reunião em alguns dias com a área de registro de produtos na ANVISA para apresentar o documento.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) reiterou informação da Alice Souza (ANVISA) de que o setor de equipamento e produtos olhará o texto para termos a redação adequada.

Amélia Reis (CFN) no artigo 2º inciso 1, quanto aos aspectos da pele, ficou em dúvida se seriam medidas corporais e queixas estéticas e solicitou para explicitar tal aspecto.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) concordou e adicionou. Em seguida abordou o controle de prescrição médica ou fisioterapêutica.

Fernando Santos (CFBio) considerou que o ponto polêmico do possível decreto é a responsabilidade técnica do profissional de estética, a depender exclusivamente de prescrição de outra profissão para atender clientes.

Oswaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) e a maioria dos presentes concordaram que a lógica é que um responsável técnico possa atuar dessa forma. A interpretação sugere que o profissional deve observar a prescrição, mas não menciona a possibilidade de agir conforme a necessidade do cliente, o que gera confusão sobre a autonomia do técnico. Destacou que, atualmente, a fiscalização sobre a observância dessa exigência é ineficaz, uma vez que não há controle sobre a obtenção de prescrições pelos esteticistas.

Renato Minozzo (CFBM) pontuou que interpretação sobre prescrição médica ou fisioterapêutica é considerada equivocada, pois deveria referir-se especificamente ao pós-operatório. Citou que questão do pós-operatório é crítica, pois os pacientes, dependendo do tipo de cirurgia, necessitam de cuidados especiais e orientações específicas sobre os produtos e procedimentos a serem utilizados. É fundamental que qualquer manobra ou tratamento estético em pacientes pós-operatórios seja realizado com orientação adequada, devido à complexidade das cirurgias. Levantou a necessidade de esclarecer o papel da fisioterapia na recuperação desses pacientes e a relação com os procedimentos estéticos, indicando que a legislação atual parecer confusa e sem uma definição clara.

Alceu Pimentel (CFM) não discorda das colocações feitas, mas ressalta que a lei pode ter falhas. É importante destacar que o decreto não pode corrigir a lei; essa distinção deve ser clara para todos. O histórico mostra que, em debates anteriores, houve decretos que alterou o texto da lei, o que deve ser evitado. Expressou preocupação em relação à possibilidade de mudar aspectos da legislação por meio do decreto.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) ponderou que o texto em discussão é preliminar e carece de maturação, com diversas questões ainda sem resposta. A análise jurídica destaca que a lei estabelece competências para profissionais de níveis superior e técnico, com apenas um inciso vinculando a atuação do esteticista à prescrição médica ou fisioterapêutica. A proposta de atendimento de que apenas após a apresentação da prescrição é vista como uma restrição indevida, limitando a atuação dos esteticistas em atividades que não necessitam de prescrição. Considerou que o decreto, na forma atual, poderá exceder a capacidade de regulamentação da lei, o que requer uma revisão cuidadosa. Lembrou que o objetivo é garantir mais segurança na atuação do esteticista, delimitando suas competências, especialmente no uso de equipamentos e produtos.

Alceu Pimentel (CFM) disse que CFM discutiu a lei e o projeto de lei em questão, expressando grandes preocupações sobre ambos, porém destacou fundamental obedecer à lei vigente, mesmo que haja discordâncias, e o espaço para questioná-la é no parlamento. Não é permitido que um decreto corrija o que se considera erro na lei, pois não existe lei perfeita e as interpretações podem variar. Ressaltou que a proposta de decreto apresentada parece extrapolar o que a lei estabelece, levantando preocupações sobre sua adequação. Enfatizou que, apesar de suas preocupações, não está divergindo das opiniões expressas na reunião, mas sim ressaltando a necessidade de atuar dentro dos limites da lei.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) considerou que sua fala anterior não implica que a proposta de decreto esteja equivocada. A lei, em seus artigos 8º e 9º, prevê que o regulamento deve abordar a fiscalização do exercício da profissão de esteticista e as adequações necessárias. A regulamentação, que se entende como um decreto, é válida e necessária. A proposta de apresentar um decreto é correta e deve focar especialmente na fiscalização. A fiscalização é uma atividade ampla, e a lei não especifica que deve ser realizada apenas pelo MS, permitindo que outras entidades possam atuar. Destacou que a iniciativa de elaborar um decreto é legítima, mas é crucial que se respeitem os limites impostos pela lei, evitando restrições indevidas. Por fim, disse que decreto deve esclarecer e tornar mais compreensível o texto legal, sem restringir suas disposições.

Gláucio Jesus (COFFITO) perguntou se o GT trouxe alguma proposta de texto para o plenário poder modificar.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) mencionou que a minuta de decreto reformula em outras palavras o que está previsto na lei, especialmente no que diz respeito às competências do técnico em estética e do esteticista/cosmetólogo. Relatou que, na discussão do GT, surgiram duas posições distintas. Primeira posição: reformular o que está na lei para clareza no decreto, sem alterar o conteúdo e na segunda posição: manter o que está na lei sem mudanças, focando apenas em esclarecer eventuais lacunas normativas ou necessidade de detalhamento das competências. E destacou que a discussão ainda não avançou para um consenso sobre qual abordagem seguir.

Paulo Mayall (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) sugeriu uma outra redação de texto.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) ponderou que sua manifestação se concentra no inciso 3º do artigo 3º da minuta de decreto. Colocou que o GT pode optar por esclarecer ou detalhar as competências previstas na lei por meio do decreto, mas ainda não se avançou na materialização dessa ideia. O que foi feito é uma reformulação do que já está na lei. A inovação proposta no inciso 3º parece restringir excessivamente a atuação dos profissionais, vinculando-os a outra profissão. Porém, relatou que a discussão mais enriquecedora é sobre a possibilidade de permitir que profissionais de outras categorias sejam responsáveis pelos centros de estética. A lei já estabelece que a responsabilidade técnica é do esteticista, mas há espaço para debater a inclusão de outros profissionais da saúde como responsáveis técnicos. - Essa inclusão poderia ampliar as responsabilidades e competências no setor de estética, mas não está claro se isso poderá ser realizado por meio do decreto.

Alice Souza (ANVISA) colocou que o aspecto aborda um problema enfrentado por vigilantes sanitárias locais em relação à responsabilidade técnica em centros de estética. Há situações em que profissionais como fisioterapeutas, farmacêuticos ou médicos atuam em um centro de estética, enquanto o responsável técnico é um esteticista. Pontuou a divergência entre as vigilantes sanitárias: algumas acreditam que essa configuração não é permitida, enquanto outras entendem que é válida. Disse que o inciso da legislação não esclarece essa questão, gerando confusão e diferentes interpretações.

Fernando Santos (CFBio) mencionou que esteticista de nível superior pode ser responsável técnico para o centro de estética.

Alice Souza (ANVISA) citou caso prático sobre a atuação de enfermeiros em centros de estética, onde o responsável técnico é um esteticista, em vez de ser o enfermeiro, e exemplifica a complexidade da regulamentação, que não é apenas uma questão da vigilância sanitária, mas envolve também a interpretação dos conselhos de classe.

Roselaine Muner (COFEN) mencionou que entendimento geral é de que houve um engano na redação da lei, que se refere ao atendimento de pacientes pós-cirúrgicos. Propôs a alteração do texto para que o atendimento a esses pacientes seja realizado apenas com prescrição de fisioterapia ou medicina. Disse que a responsabilidade técnica requer uma discussão mais aprofundada. Destacou como imprescindível que haja um enfermeiro responsável em qualquer instituição de saúde, a necessidade de um texto mais específico sobre isso foi mencionada. Concordou que o esteticista pode ser responsável técnico pelo centro

de estética onde atua, mas, na presença de outro profissional de saúde, este também assume a responsabilidade técnica.

Osvaldo Morais (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) observou que o legislador, ao regulamentar a matéria, presumiu que os centros de estética seriam compostos apenas por profissionais da área estética, como esteticistas de nível superior e técnicos. A evolução da sociedade levou os centros de estética a incluir profissionais de outras áreas, como enfermeiros, biomédicos e farmacêuticos, o que gera questionamentos sobre a regulamentação atual. Destacou que este ponto precisa ser aprofundado. É necessário analisar se o decreto pode regulamentar a inclusão desses novos profissionais da forma desejada.

Alceu Pimentel (CFM) destacou que os profissionais de estética em centros de estética devem se restringir ao uso de produtos superficiais para a pele. Essa limitação é crucial, pois muitos profissionais estão buscando mudanças na legislação para ampliar seu escopo de atuação. Assim, se o trabalho deles se limita à aplicação de cosméticos, não é necessário haver um responsável técnico de outra profissão. Ponderou que já a inclusão de outros profissionais no espaço de trabalho implica em obrigações de fiscalização conforme a profissão. A fiscalização deve ser realizada apenas quando houver profissionais de saúde, como médicos ou enfermeiros, atuando no local. O Conselho não possui autonomia para fiscalizar espaços que não são exclusivamente médicos ou outras categorias, a menos que um profissional da área presente. A inclusão de diretor técnicos de outras profissões pode gerar conflitos políticos e ofensas à autonomia dos profissionais que atuam exclusivamente com cosméticos. Necessidade de manter a definição do escopo de trabalho para evitar confusões. Por fim, ponderou que a ampliação do escopo de trabalho dos profissionais de estética deve ser debatida no Parlamento, considerando as implicações para a saúde pública e a regulamentação profissional.

Pedro Lopes (CEPEDISA/ USP) mencionou a Lei 6.839/1980, sobre anotação de responsabilidade técnica, especialmente relevante para os conselhos, pois estabelece que o registro de empresas e a anotação dos profissionais habilitados são obrigatórios nas entidades competentes. Destacou casos de judicialização referente à anotação de responsabilidade técnica e que a jurisprudência pacificou que apenas uma anotação de responsabilidade técnica é suficiente. Observou o risco e geração de complicações jurídicas e aumento a judicialização no setor de estética.

Rafael Ditterich (CFO) questionou a representante da ANVISA sobre a existência de uma Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) que defina o que é um centro de estética, mencionou que, em clínicas odontológicas, a RDC especifica quem é o responsável técnico. E perguntou sobre a possibilidade da ANVISA criar uma RDC para centros de estética como serviço de saúde.

Alice Souza (ANVISA) destacou que esteticistas não são profissionais de saúde, o que implica que os centros de estética não são estabelecimentos de saúde. Levantou a questão de que procedimentos como aplicação de Botox são serviços de saúde, exigindo a atuação de profissionais habilitados e não de esteticistas. Mencionou que, para esses procedimentos, várias legislações se aplicam (como a 50, 63 e 36), mas o desafio é definir os limites da atuação dos esteticistas.

Rafael Ditterich (CFO) pergunto à Alice Souza (ANVISA) se existe perspectiva de fazer RDC sobre centros de estética.

Alice Souza (ANVISA) disse que em, em 2008, apresentou uma minuta de RDC para regulamentar procedimentos estéticos em salões de beleza, mas o assunto não avançou devido a questões políticas. Destacou que a ANVISA enfrenta dificuldades para avançar com a regulamentação. E sugeriu que a CRTS e os conselhos façam um pedido para regulamentar esses procedimentos.

Rafael Ditterich (CFO) agradeceu os esclarecimentos e sugeriu que a Câmara considere desenvolver um documento para ANVISA sugerindo criar RDC que defina o que é um centro de estética.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) sugeriu encaminhar uma moção, tal como feito com as DCNs para a biologia.

Alice Souza (ANVISA) mencionou que a legislação para serviços de saúde já está pronta, mas o desafio reside nas ações dos profissionais dentro dos estabelecimentos, sobre os quais a ANVISA não possui responsabilidade.

Roselaine Muner (COFEN) afirmou que, ao atender em um centro de estética, um profissional de saúde, enfermeiro, biomédico ou médico, transforma o local em uma instituição de saúde. Nesse contexto, o esteticista não pode mais ser considerado o responsável técnico pelo espaço.

Fernando Santos (CFBio) questionou sobre a possibilidade de incluir no decreto a definição clara do que constitui um centro de estética.

Alice Souza (ANVISA) concordou.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) concordou com a proposta.

Fernando Santos (CFBio) destacou que, conforme a legislação, o profissional de nível superior em estética pode ser o responsável técnico do centro de estética. No entanto, ele é responsável técnico por qual procedimento? Argumentou que o responsável técnico é a autoridade científica máxima, supervisionando todas as atividades técnicas. Exemplificou que se o esteticista de nível superior estiver realizando massagem modeladora e quiser contratar uma enfermeira para aplicar Botox, essa supervisão não pode ocorrer, pois o procedimento está além do escopo do esteticista. Se procedimentos que exigem outros profissionais forem realizados, como Botox, deve haver um responsável técnico adequado, como um enfermeiro registrado no conselho. Enfatizou que o esteticista não pode se responsabilizar por atividades que não pode supervisionar. Ele mencionou que, em clínicas de odontologia, problemas semelhantes ocorrem. A responsabilidade técnica deve ser limitada ao escopo de atuação do profissional.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) colocou que os centros de estética podem estar realizando mais do que a legislação originalmente previu. Comentou que, se a lei estabeleceu um centro de estética coordenado por esteticistas e técnicos em estética, esses profissionais só podem realizar procedimentos para os quais estão habilitados. Caso seja incluído um médico dermatologista, o centro deixaria de ser um centro se tornaria clínica dermatológica. Da mesma forma, a presença de um enfermeiro transformaria o local em clínica de enfermagem. Enfatizou que não faz sentido que o centro de estética realize procedimentos que vão além de sua definição. É importante refletir sobre a validade do centro de estética executar tantos procedimentos e empregar diversos profissionais que não se enquadram na sua proposta original.

Fernando Santos (CFBio) destacou o desafio relacionado aos centros de estética, ao se pensar nos códigos da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAES/Concla/IBGE) ao observar que não existe uma alternativa para profissionais de nível superior em outras áreas que atuam em estética nos centros de estética. Enquanto consultórios de fisioterapia, farmácia e enfermagem estão claramente definidos, não há uma categoria específica para outros. Isso gera dificuldade na definição de responsabilidades e papéis.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) adiantou que esse ponto antecipa discussão do Projeto de Lei nº 2.717/2019, que visa ampliar a atuação de outros profissionais de saúde na área de estética. Destacou que ampliação levanta questões sobre a definição dos papéis e responsabilidades, especialmente em relação aos centros de estética e a legislação vigente.

Renato Minozzo (CFBM) citou normativas feitas por seu conselho que definiram papéis dos técnicos, tecnólogos e biomédicos, ressaltando que as atividades de nível superior não podem ser realizadas em centros de estética, que não são considerados instituições de saúde, mas de interesse da saúde. Destacou que, por não haver registro em conselho, os esteticistas operam livremente, o que gera um problema de fiscalização. Relata que clínicas de estética, onde trabalham profissionais da saúde, não estão sob o mesmo controle que centros estética, estes últimos estão fora da fiscalização. Isso leva a práticas inseguras. Sugeriu a divisão das clínicas em graus de complexidade, onde haveria clinicas tipo 1 - centro estético com realização apenas de procedimentos básicos, com requisitos mínimos de infraestrutura; tipo 2 - média complexidade,

com entrada de profissionais de saúde e com equipamentos específicos; e tipo 3 - alta complexidade com requerimentos rigorosos de infraestrutura e profissionais qualificados. Considerou que esta classificação permitiria controle mais eficaz e garantiria a segurança dos procedimentos realizados.

Paulo Mayall (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) destacou o consenso presente sobre a definição de estabelecimentos de saúde: quando um local realiza procedimentos típicos de profissionais da saúde e conta com esses profissionais, deixa de ser um centro estético e se torna um estabelecimento de saúde. Enfatizou a importância de manter esse conceito em mente durante as discussões.

Vanda Burginski (CFESS) expressou suas preocupações sobre a atuação em procedimentos estéticos, apontou a necessidade de uma pesquisa séria sobre as definições de centros e clínicas de estética, pois conceitos diferentes levam a práticas distintas. Ele enfatizou a importância de embasar discussões em dados reais, incluindo implicações jurídicas e casos de procedimentos que resultaram em complicações ou óbitos. Finalizou dizendo que a falta de fiscalização representa um perigo para a sociedade.

Carlos Eilert (CONFEF) afirmou que a responsabilidade pela regulamentação deve ser da Vigilância Sanitária (ANVISA). Destacou que a ANVISA é a entidade competente para regular os produtos. Além disso, mencionou que, nos estabelecimentos, há um responsável técnico, e que o profissional que comete erros também é responsabilizado.

Roselaine Muner (COFEN) reiterou que um centro de estética não deve ser considerado uma instituição de saúde. Mencionou a importância da figura do responsável técnico, afirmando que apenas um profissional pode assumir essa função. Abordou a questão da atuação de enfermeiros em diferentes contextos, franquias ou consultórios de odontologia, destacando que o enfermeiro pode atuar desde que tenha seu consultório de enfermagem registrado. No entanto, o odontólogo é o responsável técnico pela clínica como um todo. Apontou que, se todos os conselhos profissionais criassem resoluções internas definindo as atribuições de cada profissional, ajudaria a esclarecer responsabilidades e resolveria muitos dos problemas.

Alice Souza (ANVISA) esclareceu que a ANVISA não tem a competência de regulamentar a profissão, não pode determinar quais procedimentos que o profissional pode realizar. Destacou dilema enquanto a ANVISA afirma que cabe aos conselhos regulamentar, as profissões sem conselho ficam em um limbo. Disse que os serviços de estética são classificados em alto, médio e baixo risco, dependendo da realização de procedimentos invasivos. No entanto, a definição do que é considerado invasivo ainda não foi estabelecida, apesar de um estudo realizado em parceria com a Fiocruz. Esse vazio normativo impede que uma RDC inclua definições precisas sobre os procedimentos. Colocou que, se a definição vetada do ato médico, que classificava certos procedimentos como exclusivos dos médicos, fosse mantida, ajudaria a esclarecer a questão. Enfatizou que a ANVISA não pode definir o que o esteticista pode ou não fazer, e que essa responsabilidade não é da Agência.

Fernando Santos (CFBio) abordou a questão do co-working, considerando-o problemático, na área da biologia. Ele explicou que, ao solicitar um alvará sanitário, o responsável técnico deve informar à vigilância sanitária quais procedimentos serão realizados. No entanto, alugam salas para diferentes profissionais, que realizam diversos procedimentos, a vigilância sanitária pode não ter conhecimento sobre todas as atividades que ocorrem ali. Destacou a dificuldade de fiscalização, uma vez que os equipamentos são levados e utilizados em dias diferentes por diversos profissionais. A responsabilidade técnica não pode ser apenas um ato administrativo; o responsável técnico deve ter ciência do que está acontecendo nas instalações. A falta de controle sobre os procedimentos realizados gera um dilema sobre a efetividade da supervisão sanitária.

Alceu Pimentel (CFM) parabenizou a ANVISA por sua decisão de não regulamentar profissões, e expressou a importância dessa posição, que delimita claramente as atribuições de cada instituição. Comentou sobre a Lei 12842/2013 e os vetos associados, esclarecendo que os vetos não se referiam apenas à privatividade das atividades, mas à necessidade de um projeto de lei que não foi adiante. Ele mencionou que, embora o projeto tenha sido apresentado pela Casa Civil em 2014-2015, ele foi arquivado devido à falta

de apoio das profissões da saúde. Enfatizou que a falta de clareza no texto do veto estava relacionada à manutenção das atividades no Sistema Único de Saúde (SUS), para não prejudicar seu funcionamento.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou que os limites de atuação na estética estão sendo abordados no PL 2717/2019, que menciona diversas profissões. Ressaltou que a ANVISA não fiscaliza diretamente o exercício profissional. A Nota Técnica n. 2/2024 orienta os sistemas de vigilância sanitária a verificarem a formação dos profissionais e os procedimentos realizados em estabelecimentos de estética. A ANVISA determina que procedimentos que envolvem medicamentos, como Botox e PRP, não devem ser realizados por profissionais de estética ou por aqueles que não são da área da saúde. Reconheceu a possibilidade de questionar a eficiência do sistema de fiscalização, mas reafirmou que existem regras estabelecidas que devem ser seguidas. Por fim, retomou a discussão sobre os artigos destacados, especificamente o artigo 3º, e comparou seu conteúdo com o que está escrito na lei. Ele observou que, a minuta de decreto, menciona-se que o técnico em estética "poderá" realizar certas atividades, enquanto na lei está escrito que "compete ao técnico de estética" realizar as mesmas atividades. A diferença de linguagem representa uma questão de interpretação, em que a minuta sugere permissões e a lei estabelece obrigações. Ele questionou se essa interpretação estava correta.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) criticou o uso da palavra poderá em atos normativos, sugerindo que deveria ser "deverá", já que a lei estabelece obrigações. Propôs uma revisão da terminologia e pediu a colaboração dos demais para entender a lógica do uso de "poderá".

Fernando Santos (CFBio) reconheceu sua autoria no texto e concordou que forma como está descrito não se alinha.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou que o técnico deve observar da receita, a norma exige que o atendimento corra somente após a apresentação da prescrição médica ou fisioterapêutica, e questionou a prática quando não há prescrição disponível.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) ressaltou que o problema está no verbo atender. A interpretação atual implica que o atendimento só pode ocorrer após uma análise médica ou fisioterapêutica do cliente/paciente.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) propôs manter a redação do terceiro inciso conforme está na lei, limitando-se a mencionar a observação da prescrição médica ou a solicitação da mesma. Assim, a interpretação do texto ficaria a critério dos fiscalizadores.

Alice Souza (ANVISA) explicou que a função do vigilante sanitário é fiscalizar a habilitação técnica dos profissionais. Exemplificou que, ao observar a aplicação de Botox, o fiscal verifica se o farmacêutico possui as qualificações, cursos e especializações exigidas pelo conselho. Enfatizou que a fiscalização não envolve a criação de novas obrigações.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) sugeriu a recuperação e transcrição do texto da lei para garantir clareza e precisão nas diretrizes discutidas. Ele pediu a concordância dos demais.

Fernando Santos (CFBio) destacou que, independentemente da situação, é necessário haver algum controle. Argumentou que não cabe aos conselhos ou órgãos de fiscalização profissional monitorar o controle de prescrição, exceto em casos de denúncias éticas. Enfatizou que, como se trata de uma norma sanitária e regulatória, deve haver controle.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS)) propôs o encaminhamento diante dos impasses e divergências nas discussões. Sugeriu **realizar uma reunião ampliada do GT de Estética, convidando pessoas externas para contribuir na revisão do texto e esclarecer questões relacionadas à fiscalização, especialmente com o apoio da ANVISA.** Enfatizou a importância de alinhar o texto da RDC com a minuta de decreto para fortalecer a regulamentação.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) perguntou se a plenária da CRTS concorda com o encaminhamento Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS).

Gilmar Trevizan (CFO) manifestou concordância.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) estabeleceu que **a minuta de decreto voltará a ser discutido no GT de Estética** diante da não oposição dos membros na plenária.

Houve a apresentação do ***Informe sobre o Projeto de Lei nº 2.717/2019 relativo à Estética nas profissões da saúde*** por parte de Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS). A apresentação em PDF correspondente se incorpora a esta Ata como **ANEXO VIII.**

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) ressaltou que o PL 2717/2019 não foi uma iniciativa do MS. Destacou que normalmente são enviados pareceres contrários, favoráveis ou fora da competência do departamento por parte do MS. Sobre o PL 2717/2019, pediu contribuições para definir um texto ideal, mencionando a importância das colaborações já feitas pelo CFBio, COFFITO e do CFFa.

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

Fernando Santos (CFBio) ficou satisfeito com a aceitação das contribuições do COFFITO e do CFBio. Comentou sobre a proposta legislativa, destacando que nem todas as profissões estão preparadas ou desejam realizar as práticas mencionadas. Levantou a preocupação sobre a fonoaudiologia em relação à aplicação de toxina botulínica, questionando se isso seria permitido. Concluiu mencionando que o objetivo da proposta parece ser a definição específica das competências.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) comentou que, em um cenário ideal, o texto do PL permitiria que os conselhos profissionais definissem regras específicas para suas áreas. Ele destacou que, se entrassem em detalhes, acabaria reescrevendo cada PL, o que não lhe cabe. Enfatizou a necessidade de compreender a intenção do legislador, mas ressaltou que a justificativa recebida não aborda esses pormenores. Portanto, não é possível presumir o que não está claro no texto, o que impede a reescrita de propostas.

Fernando Santos (CFBio) destacou que levará esse ponto só que escrito de maneira correta.

Gláucio Jesus (COFFITO) agradeceu, destacando que a contribuição enriquece a reunião e a Câmara. Ressaltou a importância da troca de conhecimentos, que beneficia a sociedade. Em nome do COFFITO, reafirmou a disposição para apoio contínuo.

Informes Gerais:
Projetos de Lei nº 392/2025 e nº 1014/2025;
Termos de Compartilhamentos Normas e de Dados;
Grupo de Trabalho de DCN;
Proposta de carreira única do SUS apresentada à MNNP-SUS

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) apresentou os **informes sobre o PL 392/2025**, que visa regulamentar a profissão de auxiliar de veterinário; **e sobre o PL 1.014/2025**, que altera a Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979, para atualizar a regulamentação das profissões de Biólogo e de Biomédico, bem como do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Biologia e Biomedicina e sobre as manifestações do DEGERTS sobre as propostas legislativas, articuladas com as posições de CFMV, CFBM e CFBio. Descreveu a experiência com o PL 392 de 2025, que regulamenta a profissão de auxiliar de veterinário, mencionando a reunião produtiva com o Conselho Federal de Medicina Veterinária, resultando em um parecer favorável com ressalvas, que foram devidamente atribuídas às considerações do conselho. Informou que o CFBio solicitou uma reunião para expressar preocupações sobre o PL 1014/2025, ponderando que CFBio e CFBM apresentaram suas manifestações em reuniões subsequentes. Ambos os conselhos externaram objeções ao conteúdo do projeto de lei. Com base nas preocupações levantadas, o Ministério também manifestou contrariedade ao PL.

Alceu Pimentel (CFM) pediu para posteriormente apresentarem os pareceres aprovados para a plenária desta Câmara para conhecimento das dificuldades dos conselhos. Também solicitou compartilhar o parecer da análise do PL 2717/2019 na plenária.

Osvaldo Filho (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) relatou o modus operandi de como tem se dado esse trabalho, fruto dos desdobramentos positivos desta Câmara.

Zilamar Fernandes (CFF) solicitou também os resultados das manifestações de PLs junto ao FCFAS, para alinhamento da assessoria parlamentar do FCFAS com a CRTS.

Osvaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) relatou apenas o problema de prazos nas respostas aos PLs, porém poderia encaminhar posteriormente ao FCFAS.

A Coordenadora-Geral Érica Bowes (DEGERTS/SGTES/MS) apresentou informe sobre a ***proposta de carreira única do SUS apresentada à MNNP-SUS*** e mencionou, que em 2024, foi instaurada a Comissão para Discussão e Elaboração da Proposta da Carreira no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Portaria GM/SM nº 3.100. A iniciativa surgiu a partir das propostas da 17ª conferência de saúde, que destacava a necessidade de uma carreira única no SUS. A comissão técnica, composta por representantes sindicais, universidades, DIEESE, movimentos sociais, e órgãos governamentais, teve como objetivo estudar e organizar uma proposta viável para a carreira. Após nove reuniões, foi elaborado um relatório com premissas para a constituição da carreira, respeitando o pacto federativo e buscando a autonomia dos entes federados. O relatório também propôs um fundo público tripartite para subsidiar a carreira e a necessidade de estudos aprofundados sobre o impacto financeiro. Os documentos referentes ao PL da carreira e do fundo foram entregues à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), que agora irá aprofundar o debate. Destacou que a proposta busca reconhecer o papel social dos trabalhadores do SUS, estabelecendo uma identidade e valorização, com foco na dignidade humana e condições de trabalho. A carreira é concebida como um modelo de adesão, respeitando a autonomia dos entes federados e visando a melhoria das condições de saúde para a população.

Jorge Darze (MNNP-SUS) ressaltou que a carreira única é uma questão prevista na Constituição Federal e no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma necessidade que não foi viabilizada pelos governos desde 1988. Defendeu a carreira única como um instrumento essencial para enfrentar os desafios do mundo do trabalho, onde a eficiência e a qualificação profissional têm sido frequentemente comprometidas. O participante elogiou a iniciativa do MS, ressaltando a necessidade de envolvimento da sociedade civil, usuários e conselhos de saúde. Criticou a gestão da atenção básica em alguns municípios no país, onde o setor privado tem assumido responsabilidades do poder público. Afirmou que a participação efetiva dos conselhos e do parlamento é crucial para garantir que a legislação atenda ao interesse público, desmistificando a ideia de que a estabilidade e o concurso público são questões corporativas. Concluiu enfatizando a urgência de viabilizar a carreira única.

Carlos Eilert (CONFEF) destacou importância da carreira única em função da pejotização dos profissionais.

Gláucio Jesus (COFFITO) enfatizou a importância de trazer a discussão sobre a valorização dos trabalhadores da saúde para o ambiente da reunião. A valorização do trabalho desses profissionais deve ser defendida pelos conselhos que regulamentam suas atividades. É necessário superar a visão de que os conselhos servem apenas para regulamentação, sua função também é promover a valorização dos serviços. Ressaltou os salários baixos comprometem a qualidade do atendimento. Portanto, é essencial discutir a qualificação desses profissionais, incluindo aspectos como salário justo, valorização e um plano de carreira unificado dentro do SUS. Por fim, alertou que a ausência de discussões como essa favorece a precarização dos serviços. Colocou COFFITO à disposição para contribuir nas discussões

Francisca Valda (CNS) destacou a necessidade de unir forças para enfrentar os impasses e desafios estruturais e conjunturais que afetam os trabalhadores. Agradeceu ao DEGERTS/MS e às entidades da sociedade civil presentes no debate. Mencionou projetos de lei em tramitação no Congresso, fruto da colaboração de diversas forças. Cumprimentou a equipe envolvida na MNNP-SUS e destacou o funcionamento da comissão da Carreira que produziu um documento consistente. O participante ressaltou a relevância do controle social do SUS e a continuidade das conferências que abordam o trabalho digno. Enfatizou a importância de não permitir a paralisação do processo e a continuidade do trabalho em colaboração com o Diese. Cumprimentou esta Câmara pela pauta apresentada, ressaltando sua importância

para a discussão em andamento. Destacou a necessidade de enfrentar os desafios, de elaboração de PEC e a minuta de PL sobre a carreira tripartite no SUS. Enfatizou a importância da frente parlamentar e do consenso entre as entidades, ressaltando a atuação dos conselhos no acompanhamento parlamentar no Congresso Nacional e a necessidade de acionar a frente parlamentar da carreira do SUS.

Erica Bowes (DEGERTS/ SGTES/ MS) agradeceu a Francisca Valda pela participação do CNS na discussão da proposta. Enfatizou que a carreira está diretamente ligada à qualidade dos serviços de saúde, ressaltando a importância da flexibilidade, dignidade do trabalho e descentralização. Agradeceu a todos os envolvidos na construção de um fundo público tripartite, incluindo conselhos, secretarias e ministérios. Agradeceu também à Câmara pela colaboração e ressaltou que a proposta exige ainda mais qualificação e viabilidade política e econômica para que ela possa ser executada.

Fernando Santos (CFBio) questionou como está estruturada a proposta de carreira única.

Erica Bowes (DEGERTS/ SGTES/ MS) destacou que a proposta é reconhecer todo o conjunto de trabalhadores do SUS, reconhecendo todos os trabalhadores, inclusive de nível superior, médio, técnico e que fazem parte do processo de trabalho na saúde. Mencionou a reincorporação de trabalhadores que estão invisibilizados no sistema, promovendo sua inclusão na estrutura da carreira. Ressaltou a importância de organizar a carreira de forma única, reconhecendo as especificidades das funções, como a diferença entre motoristas de ambulância e motoristas de educação. A proposta busca garantir um trabalho decente e digno, alinhado aos princípios do SUS, com responsabilidade compartilhada entre os três níveis de governo

Houve o ***Informe sobre o Grupo de Trabalho de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)*** por Ana Elisa Blackman (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), que iniciou relembrando que a primeira reunião do GT das DCNs estava prevista para maio/2025, mas foi cancelada. Resgatou que o GT foi criado após a finalização das atividades do GT sobre EaD, e um e-mail foi enviado aos membros da Câmara para indicar titulares ou suplentes para a composição do grupo. Ressaltou que Portaria da CRTS exige que a composição dos GTs tenha a presença do titular ou do suplente, e solicitou que os membros indicassem quem irá acompanhar as discussões, podendo ser acompanhados por especialistas internos aos conselhos. Também reiterou os conselhos que manifestaram interesse em participar do GT: CFBio, COFFITO, CFBM, MNNP-SUS, CONFEF, CFF, CFO, DEGES/SGTES/MS e SECTICS/MS. Por fim, terminou colocando a proposta de envio de um novo e-mail para confirmar as indicações e agendamento de reunião virtual para iniciar os trabalhos do grupo.

Houve o ***informe sobre encaminhamentos dos termos de compartilhamento de dados com os conselhos*** por parte de Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), que ressaltou que houve reuniões com CFO, COFFITO, CFF. Informou que as reuniões resultaram em e-mails e propostas de termos de compartilhamento, divididos em duas categorias: termo de compartilhamento de dados dos profissionais do Conselho e termo de compartilhamento da legislação do Conselho, que abrange os bancos de dados das resoluções. Mencionou que o processo ainda está em andamento em função dos limites da Secretaria Executiva da CRTS. Informou ainda que novas reuniões serão realizadas com estes e outros conselhos.

Apresentação: Proposta de Portaria para definir e classificar os trabalhadores da área da Saúde.
Houve apresentação de rascunho de proposta de portaria para definir e classificar os trabalhadores da área da Saúde, por Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS). A apresentação correspondente se incorpora a esta Ata como **ANEXO IX**.

Passou-se às **considerações** da plenária.

Fernando Santos (CFBio) expressou a ausência dos profissionais de radiologia, destacando que a profissão é regulamentada desde 1985. Mencionou que a gestão do Conter é distinta, pois o tecnólogo, embora seja de nível superior, não é regulamentado, o que gera a exclusão desses profissionais. Ressaltou

que, se a intenção é incluir profissões não regulamentadas, o optometrista também deveria ser considerado. Essa ausência evidencia a necessidade de uma revisão mais abrangente das regulamentações para incluir todas as áreas relevantes.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/ SGTES/MS) destacou que o tecnólogo pode ser incluído no artigo 4º, porque não possui regulamentação específica por lei, aplicado ao técnico. Afirmou que o optometrista também deve ser incluído, pois possui CBO.

Amélia Reis (CFN) comentou a ausência dos bacharéis em Saúde Coletiva e Saúde Pública na discussão, mencionou que a exigência para a atuação é ser bacharel. Como proposta, sugeriu que as categorias sejam apresentadas em ordem alfabética, considerando que isso pode ter um significado simbólico no documento.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/ SGTES/MS) concordou com as sugestões.

Vanda Burginski (CFESS) ressaltou que a categoria dos assistentes sociais não está presente no documento, e é mencionada na resolução do CNS. Frente ao debate da carreira única, expressou a necessidade de considerar proposta que abranja não apenas profissionais de saúde, mas também todas as categorias e trabalhadores da saúde. Destacou a complexidade dessa discussão e a importância de um diálogo entre a CIRHRT e o CNS para avançar nessa proposta, garantindo a inclusão de todas as categorias profissionais com histórico no SUS. Levará essa discussão para o CFESS e enfatizou a necessidade de aprofundar o debate.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/ SGTES/MS) relatou que a categoria não apareceu por erro na proposta de texto e que irá incluir, reforçou que ninguém questiona a posição do serviço social na saúde e há certeza de que estão nessa lista. Por fim, mencionou que será refeita a proposta de portaria a ser apresentada na próxima reunião desta Câmara.

Encerramento

Após os informes finais e agradecimento a todos os presentes, declarou-se encerrada a reunião.

CRTS Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

47ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

Data: 02/06/2025 Horário: 09h às 18h

Local: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) – Lote 19, Avenida das Nações, Setor de Embaixadas Norte (SEN), Asa Norte, Brasília/DF.

Lista de presença

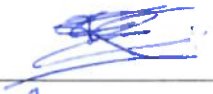
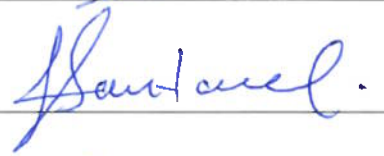
Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
SGTES/MS	Felipe Proenço de Oliveira	felipe.proenco@saude.gov.br	
DEGERTS/SGTES/MS	Evellin Bezerra da Silva	evellin.silva@saude.gov.br	
CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS	Benedito Augusto de Oliveira	benedito.oliveira@saude.gov.br	Ausência justificada
CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS	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	
	Thais Maranhão de sá e Carvalho	thais.ecarvalho@saude.gov.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS	Edson Hilan Gomes de Lucena	edson.lucena@saude.gov.br	
	Grasiela Damasceno de Araújo	grasiela.araujo@saude.gov.br	
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS			
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	
	Rodrigo Silvério de O. Santos	rodrigo.oliveira@saude.gov.br	
Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS	Gustavo Hoff	gustavo.hoff@saude.gov.br	Ausência justificada
	Lucas Ferreira dos Santos	lucas.dossantos@saude.gov.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDGI	Paulo Henrique O. W. de Carvalho	paulo.weiss@saude.gov.br	Participação on-line
	Juliana Ramos Bruno	juliana.bruno@saude.gov.br	
Secretaria-Executiva - SE / MS	Etel Matielo	etel.matielo@saude.gov.br	
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	Alice
	Fernanda Bezerra Oliveira	fernanda.boliveira@anvisa.gov.br	
Conselho Federal de Medicina - CFM	Alceu José Peixoto Pimentel	alceupimentel@portalmedico.org.br	
	Antonio Henriques de França Neto	comissoes@portalmedico.org.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Federal de Biomedicina - CFBM	Renato Minozzo	renato.minozzo@cfbm.gov.br	
	Marco Antonio Zonta	marco.zonta@cfbm.gov.br	
Conselho Federal de Enfermagem - Cofen	Ludimilla Magalhães R. da Cunha	ludimilarcunha@gmail.com, ludimila.cunha@cofen.gov.br	Participação on-line
	Ellen Márcia Peres	ellenperes@coren-rj.org.br, ellen.peres@cofen.gov.br	Ausência justificada
	Roselaine Muner	roselainemuner@uol.com.br	
Conselho Federal de Odontologia - CFO	Gilmar Trevizan	trevizan.gilmar@gmail.com	
	Rafael Gomes 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 on-line
	Antônio Virgílio Bittencourt Bastos	virgilio.bastos@cfp.org.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Federal de Educação Física - CONFEF	Carlos Alberto Eilert	eilert.carlosalberto@gmail.com	
	Willian Pimentel	confef@confef.org.br	
Conselho Federal de Assistência Social - CFESS	Elaine Pelaez	elainejpelaez@yahoo.com.br	
	Vanda Micheli Burginski	vandamicheliseso@gmail.com	
Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	Cassiana Crispim de Araújo	presidencia@cff.org.br	
	José Carlos de Jesus Júnior	carlosjunior.conter@gmail.com	
MNNP-SUS	Irene Rodrigues da Silva	irenerodrigues1313@gmail.com	Ausência justificada
	Jorge Darze	jorge@darze.com.br	
	Solange Aparecida Caetano	enfermeirasolangecaetano01@gmail.com	
	Débora Raymundo Melecchi	dmelecchi@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	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Gustavo Fernandes Vieira	gvieirafisio@gmail.com	
	Gláucio Roberto Santana de Jesus	grfisio@gmail.com	
Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa	Neyla Arroyo Lara Mourão	neyla.mourao@fonoaudiologia.org.br	Participação on-line
	Daniel de Carvalho Vaz	daniel.vaz@fonoaudiologia.org.br	
Conselho Federal de Nutrição - CFN	Caio Victor Coutinho de Oliveira	caio.oliveira@cfn.org.br	
	Amélia Borba Costa Reis	amelia.reis@cfn.org.br	APAI
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	

Instituição	Nome	E-mail	Assinatura
SAES / MS	José Barreto Campelo Carvalheira	jose.barreto@saude.gov.br	
CONJUR/MS	Ana Paula Barbejat	ana.barbejat@saude.gov.br	
	Rafael Vitor Soares Fernandes	rafael-s.fernandes@agu.gov.br	
SGTES / MS	Ezequias Ferreira Das Virgens	ezequias.virgens@saude.gov.br	
	Fiamma Aciole Vanderlei Teixeira	fiamma.teixeira@saude.gov.br	
CCOM / SGTES	Caroline Fogaça Pereira	caroline.fogaca@saude.gov.br	
	Laianny Martins Silva Efel	laianny.efel@saude.gov.br	
DEGERTS /SGTES / MS	Joseane Mota Bonfim	joseane.bonfim@saude.gov.br	Participação on-line
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	
	Danilo Monteiro Soares	danilo.soares@saude.gov.br	

Instituição	Nome	E-mail	Assinatura
CGVATS / DEGERTS /SGTES / MS	Érica Cristina Silva Bowes	erica.bowes@saude.gov.br	
	Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa	flavia.ferreira@saude.gov.br	
	Márcia Helena de Moraes Diniz	marcia.diniz@saude.gov.br	
	Patrícia Ferrás Araújo da Silva	patricia.ferras@saude.gov.br	
	Ariane Vitalino Nascimento	ariane.nascimento@saude.gov.br	
CGPFTS / DEGERTS / SGTES / MS	Lívia Angeli Silva	livia.angeli@saude.gov.br	
	Janaina Sampaio Guerra Oliveira	janaina.oliveira@saude.gov.br	
	Raquel Nunes da Silva Veiga	raquel.veiga@saude.gov.br	
CGPRETS/DEGERTS/SGTES/MS	Adauto Martins Soares Filho	Adauto.Filho@saude.gov.b	
	Alexandre Cordovil Pinheiro	alexandre.pinheiro@saude.gov.br	
Secretaria de Educação Superior – SESu / Ministério da Educação	Carlos Cardoso	carlpscardoso@mec.gov.br	
	Patrícia Silveira da Costa	patriciascosta@mec.gov.br	

Instituição	Nome	E-mail	Assinatura
Deges/Sgtes/MS	Mavie Eloy Kuschewsky	MAVIE.ELOY@SAUDE.GOV.BR	[signature]
CEPEDISA	Pedro Gabriel Lopes	lopes.pedrogabriel@gmail.com	[signature]
SGTES/MS	WINGLITON GSTA		[signature]
CGCAN/MS	Cláudia Oliveira	claudiaj.oliveira@	[signature]
DCBO IMTE	Aline Soares Martins	aline.martins@trabalho	Participação on-line

CRTS Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

47ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

Data: 03/06/2025 Horário: 09h às 18h

Local: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) – Lote 19, Avenida das Nações, Setor de Embaixadas Norte (SEN), Asa Norte, Brasília/DF.

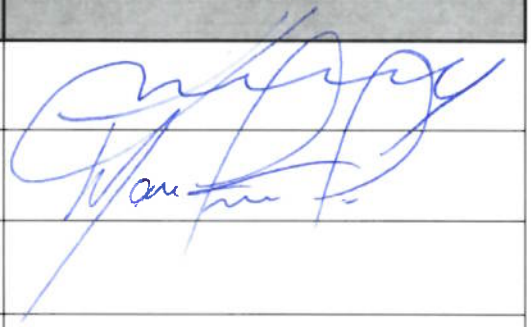
Lista de presença

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
SGTES/MS	Felipe Proenço de Oliveira	felipe.proenco@saude.gov.br	
DEGERTS/SGTES/MS	Evellin Bezerra da Silva	evellin.silva@saude.gov.br	
CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS	Benedito Augusto de Oliveira	benedito.oliveira@saude.gov.br	Ausência justificada
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	
	Thaís Maranhão de sá e Carvalho	thais.ecarvalho@saude.gov.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS	Edson Hilan Gomes de Lucena	edson.lucena@saude.gov.br	
	Grasiela Damasceno de Araújo	grasiela.araujo@saude.gov.br	
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS			
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	
	Rodrigo Silvério de O. Santos	rodrigo.oliveira@saude.gov.br	
Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS	Gustavo Hoff	gustavo.hoff@saude.gov.br	Ausência justificada
	Lucas Ferreira dos Santos	lucas.dossantos@saude.gov.br	Participação on-line

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDGI	Paulo Henrique O. W. de Carvalho	paulo.weiss@saude.gov.br	
	Juliana Ramos Bruno	juliana.bruno@saude.gov.br	
Secretaria-Executiva - SE / MS	Etel Matielo	etel.matielo@saude.gov.br	
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	
	Fernanda Bezerra Oliveira	fernanda.boliveira@anvisa.gov.br	
Conselho Federal de Medicina - CFM	Alceu José Peixoto Pimentel	alceupimentel@portalmedico.org.br	
	Antonio Henriques de França Neto	comissoes@portalmedico.org.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Gustavo Fernandes Vieira	gvieirafisio@gmail.com	
	Gláucio Roberto Santana de Jesus	grfisio@gmail.com	
Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa	Neyla Arroyo Lara Mourão	neyla.mourao@fonoaudiologia.org.br	
	Daniel de Carvalho Vaz	daniel.vaz@fonoaudiologia.org.br	
Conselho Federal de Nutrição - CFN	Caio Victor Coutinho de Oliveira	caio.oliveira@cfn.org.br	
	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	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Federal de Biomedicina - CFBM	Renato Minozzo	renato.minozzo@cfbm.gov.br	
	Marco Antonio Zonta	marco.zonta@cfbm.gov.br	
Conselho Federal de Enfermagem - Cofen	Ludimilla Magalhães R. da Cunha	ludimilarcunha@gmail.com; ludimila.cunha@cofen.gov.br	
	Ellen Márcia Peres	ellenperes@coren-rj.org.br; ellen.peres@cofen.gov.br	Ausência justificada
	Roselaine Muner	roselainemuner@uol.com.br	
Conselho Federal de Odontologia - CFO	Gilmar Trevizan	trevizan.gilmar@gmail.com	
	Rafael Gomes 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	mannagreghi@hotmail.com	
	Antônio Virgílio Bittencourt Bastos	virgilio.bastos@cfp.org.br	

Instituição	Representante	E-mail	Assinatura
Conselho Federal de Educação Física - CONFEF	Carlos Alberto Eilert	eilert.carlosalberto@gmail.com	
	Willian Pimentel	confef@confef.org.br	
Conselho Federal de Assistência Social - CFESS	Elaine Pelaez	elainejpelaez@yahoo.com.br	
	Vanda Micheli Burginski	vandamicheliseso@gmail.com	
Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	Cassiana Crispim de Araújo	presidencia@cff.org.br	
	José Carlos de Jesus Júnior	carlosjunior.conter@gmail.com	
MNNP-SUS	Irene Rodrigues da Silva	irenerodrigues1313@gmail.com	Ausência justificada
	Jorge Darze	jorge@darze.com.br	
	Solange Aparecida Caetano	enfermeirasolangecaetano01@gmail.com	Participação on-line
	Débora Raymundo Melecchi	dmelecchi@gmail.com	
Conselho Nacional de Saúde - CNS	Francisca Valda da Silva	francisca.valda@uol.com.br	Participação on-line.
	João Pedro Santos da Silva	joaopsi.pedro@gmail.com	

Instituição	Nome	E-mail	Assinatura
SAES / MS	José Barreto Campelo Carvalheira	jose.barreto@saude.gov.br	
CONJUR/MS	Ana Paula Barbejat	ana.barbejat@saude.gov.br	
	Rafael Vitor Soares Fernandes	rafael-s.fernandes@agu.gov.br	
SGTES / MS	Ezequias Ferreira Das Virgens	ezequias.virgens@saude.gov.br	
	Fiamma Aciole Vanderlei Teixeira	fiamma.teixeira@saude.gov.br	
CCOM / SGTES	Caroline Fogaça Pereira	caroline.fogaca@saude.gov.br	
	Laianny Martins Silva Efel	laianny.efel@saude.gov.br	
DEGERTS /SGTES / MS	Joseane Mota Bonfim	joseane.bonfim@saude.gov.br	
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	
	Danilo Monteiro Soares	danilo.soares@saude.gov.br	

Instituição	Nome	E-mail	Assinatura
CGVATS / DEGERTS /SGTES / MS	Érica Cristina Silva Bowes	erica.bowes@saude.gov.br	
	Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa	flavia.ferreira@saude.gov.br	
	Márcia Helena de Moraes Diniz	marcia.diniz@saude.gov.br	
	Patrícia Ferrás Araújo da Silva	patricia.ferras@saude.gov.br	
	Ariane Vitalino Nascimento	ariane.nascimento@saude.gov.br	
CGPFTS / DEGERTS / SGTES / MS	Lívia Angeli Silva	livia.angeli@saude.gov.br	
	Janaina Sampaio Guerra Oliveira	janaina.oliveira@saude.gov.br	
	Raquel Nunes da Silva Veiga	raquel.veiga@saude.gov.br	
CGPRETS/DEGERTS/SGTES/MS	Adauto Martins Soares Filho	Adauto.Filho@saude.gov.b	
	Alexandre Cordovil Pinheiro	alexandre.pinheiro@saude.gov.br	
Secretaria de Educação Superior – SESu / Ministério da Educação	Carlos Cardoso	carloscardoso@mec.gov.br	
	Patrícia Silveira da Costa	patriciascosta@mec.gov.br	

Instituição	Nome	E-mail	Assinatura
CEPEDISA/USP	Pedro Gabriel Lopes	lopes.pedrogabriel@gmail.com	

Prescrição por profissionais de enfermagem: os debates na esfera internacional

CEPEDISA

Junho/2025

Objeto da discussão

- **Apresentar** o cenário internacional sobre a prescrição realizada por profissionais de enfermagem, abordando as experiências internacionais e o posicionamento adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de artigos acadêmicos e documentos técnicos elaborados pelo organismos internacional.

- **Descrever** os modelos existentes na experiência internacional para a regulação da prescrição de profissionais de enfermagem.

- **Expor exemplos** como outros países regulam a prescrição por profissionais de enfermagem.

Para contextualizar o debate

O escopo de prática de profissionais de enfermagem

- **SCANLON et al, 2015:** conceito de escopo de prática de enfermagem:

  - “Pode contemplar a avaliação de saúde, o diagnóstico e gerenciamento, o encaminhamento para especialistas, a prescrição de medicamentos e o requerimento de atividades para investir possibilidades de diagnóstico”.

Para contextualizar o debate

A regra da prescrição por profissionais de enfermagem no Brasil

- **Base legal:** Lei nº 7.498/1986, artigo 11, ‘c’

- Possibilidade de prescrição de medicamentos por profissionais de enfermagem desde que:
  1. Seja integrante de equipe de saúde;
  2. O medicamento esteja previsto em programa de saúde pública (seja do Ministério da Saúde ou das Secretarias de Saúde); e
  3. Serviços de saúde devem estabelecer rotina e fluxo operacional para garantir a prescrição por profissionais de saúde.
     a) Serviço de saúde pode ser de qualquer porte.
     b) Serviço de saúde pode ser público ou privado.
     c) Prescrição aprovada no âmbito do fluxo operacional tem validade nacional, não sendo vista como prescrição interna ou para mero encaminhamento a dispensário de medicamentos.

Para contextualizar o debate

Conflitos sobre escopos de prática entre profissionais de saúde: o caso da prescrição por profissionais de enfermagem

- Diversas ações judiciais visaram a questionar a prescrição por profissionais de enfermagem.

- Resolução COFEN nº 271/2002 (revogada pela Resolução COFEN nº 317/2007):
  - Norma estabelecia regras sobre a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames por profissionais de enfermagem e foi revogada sob argumento de que apenas reforçada a Lei nº 7.498/1986.
  - Resolução foi alvo de mandado de segurança com pedido liminar promovido pelo Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul - SIMERS (JF-DF, Ação sob nº CNJ 0035956-29.2002.4.01.3400) e de ação anulatória de ato administrativo (JF-DF, Ação sob nº CNJ 0038821-88.2003.4.01.3400).

- Lei Distrital nº 7.530/2024
  - Lei visava a assegurar a prerrogativa de prescrição de medicamentos por profissionais de enfermagem
  - Foi alvo da Ação Direta de Inconstitucionalidade interposta pelo Sindicato dos Médicos do Distrito Federal (TJDFT, Ação sob nº CNJ 0744630-94.2024.8.07.0000) e foi declarada inconstitucional por vício de competência.

O cenário internacional e a Organização Mundial da Saúde (OMS)

- **KARIMI-SHAHANJARINI et al, 2019:** artigo de revisão sistemática abordando as barreiras a facilidades para implementar a estratégia de substituição médico-enfermeiro na atenção primária em **países de alta, média e baixa renda.**

  - **Evidências coletadas :**

1. Pacientes preferem médicos a enfermeiros quando da oferta de serviços de saúde de caráter mais “médico”, o que inclui as prescrições. Por outro lado, há maior aceitação para atividades “menos médicas” como repetir a prescrição preenchida pelo médico.
2. Médicos e enfermeiros veem a estratégia de substituição médico-enfermeiro na prescrição de produtos como uma forma de aumentar o acesso rápido à saúde.
3. Médicos indicam que profissionais de enfermagem devidamente treinadas tem conhecimento de prescrição semelhante ao dos médicos.
4. Médicos observam a redução de interrupções no trabalho porque enfermeiros não precisam pedir para médicos assinarem prescrições.

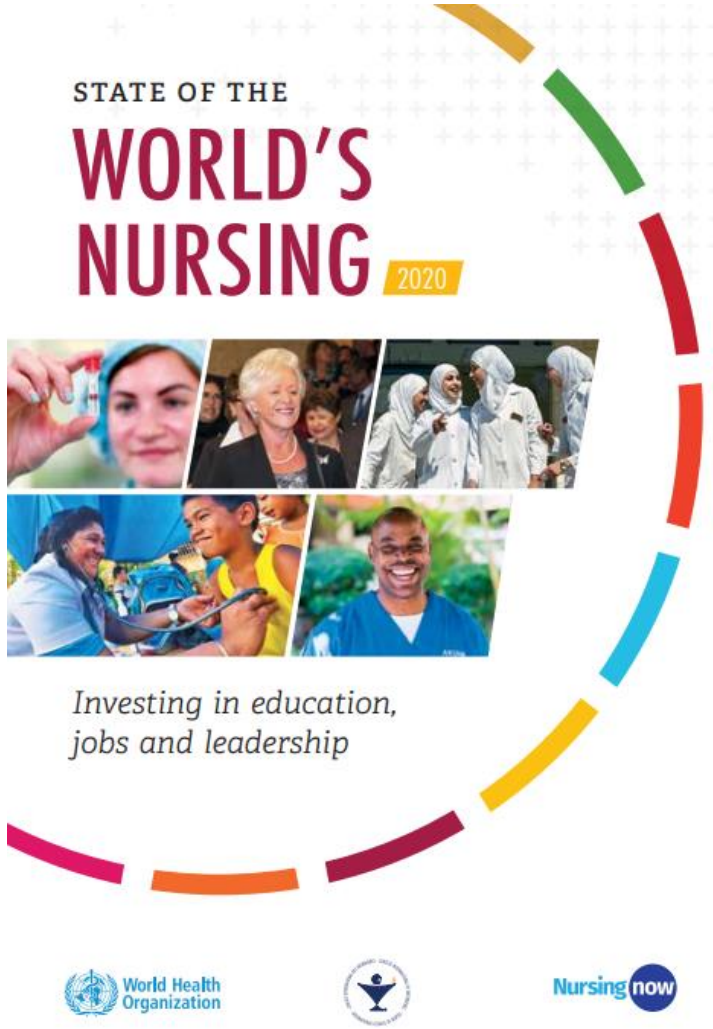
O cenário internacional e a Organização Mundial da Saúde (OMS)

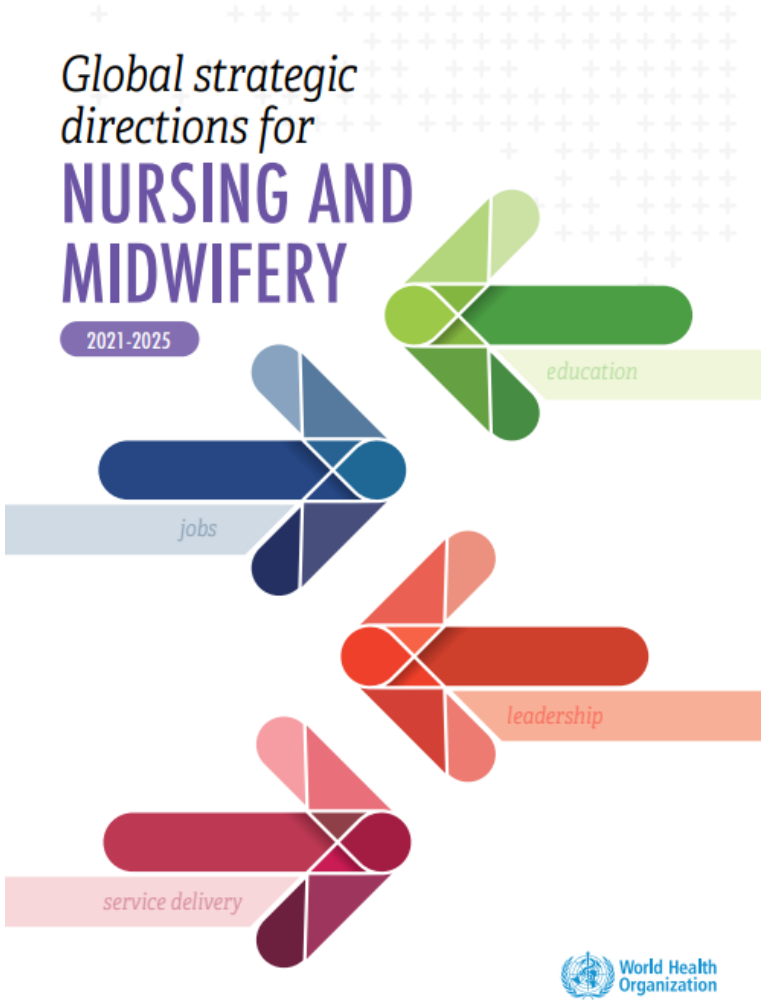
- **OMS:** definição de prerrogativas para profissionais de saúde pode gerar atrito com outras profissões reguladas, sendo incluídas barreiras para o exercício de certas práticas, mesmo que os profissionais de enfermagem sejam estejam aptos a ofertar estes serviços. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021)

- **72ª Assembleia Mundial da Saúde:** 2020 como o ano do Profissional de Enfermagem e da Obstetrícia.

- **73ª Assembleia Mundial da Saúde:** OMS deve se mobilizar para atualizar as Diretrizes Estratégicas Globais para Enfermagem e Obstetrícia de 2016 a 2020.

O cenário internacional e a Organização Mundial da Saúde (OMS)





O cenário internacional e a Organização Mundial da Saúde (OMS)

- **Estado da Enfermagem Mundial 2020 (OMS):**
  - Aborda o papel dos profissionais da área para contribuir com o acesso de todas e todos à saúde e ao bem-estar, bem como o papel desempenhado por enfermeiras e enfermeiros .
  - Propõe ações políticas para que os Estados-Membros da OMS adotem para definir o futuro das políticas da força de trabalho para enfermagem.
  - Orientação: Estados-Membros devem adotar medidas regulatórias par permitir a prática de atividades correspondentes à sua formação e treinamento, destacando a importância da prerrogativa de profissionais de enfermagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020)

O cenário internacional e a Organização Mundial da Saúde (OMS)

- **Diretrizes Estratégicas Globais para a Enfermagem e Obstetrícia 2021-2025 (OMS)**
  - Elaborado a partir dos apontamentos do documento “Estado da Enfermagem Mundial 2020”.
  - Leis e regulações de Estados-Membros acabam por restringir, intencionalmente, o exercício de determinas atividades por profissionais de enfermagem (o que inclui a prescrição de medicamentos).
  - **Organização Mundial da Saúde recomenda que os Estados-Membros revisem suas normas para garantir que profissionais de enfermagem possam exercer as atividades para quais receberam formação .**

Modelos de regulação da prescrição por profissionais de enfermagem

- **Países adotam diferentes modelos de regulação para permitir a prescrição por profissionais de enfermagem.**

- LADD; SCHOBER, 2018: definição de terminologia para defender as diferentes formas que as autoridades regulatórias abordam a prescrição de enfermagem:
  1. Regulação de práticas avançadas de enfermagem
  2. Regulação para profissionais de enfermagem que atuam em nível avançado.
  3. Regulação orientada pela divisão de tarefas entre profissionais de saúde.

Modelos de regulação da prescrição por profissionais de enfermagem

LADD; SCHOBER, 2018

Modelos de regulação da prescrição por profissionais de enfermagem

Exemplos de regulação no mundo

- **Reino Unido:**
  - Possibilidade de prescrição por profissionais de enfermagem desde 1992.
  - Desde 2006, há possibilidade de prescrição ampla de medicamentos, com direitos semelhantes aos médicos.
  - Desde 2012, possibilidade de prescrição de algumas drogas controladas.
- **México**
  - Autorizava prescrição apenas no caso da ausência de médicas e médicos.
  - Em novembro de 2019, houve reforma para permitir a prescrição de medicamentos do Compêndio Nacional de Insumos para a Saúde determinado pela Secretaria de Saúde.
    - Semelhante ao modelo brasileiro.

Bibliografia

ARMSTRONG, Amanda; MANFRIN, Andrea; GIBSON, Josephine. Non-medical prescribing in primary care in the United Kingdom: an overview of the current literature. Journal of Prescribing Practice, V. 3, N. 9, 2021. Disponível em https://doi.org/10.12968/jprp.2021.3.9.352

KARIMI-SHAHANJARINI ET AL, Akram et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. The Cochrane database of systematic reviews, Issue 4, Art. No: CD010412. 2019. Disponível em https://doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2

GUERRA ZERMEÑO, Francisco Javier; DE ANDA AGUILAR, Leticia. Marco Jurídico de la actuación de la Enfermería en México, derechos y obligaciones de los pofesionales de la salud. Rev CONAMED, v. 29, n. 1, p. 8-25., 2024. Disponível em http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_29_2024/art_2.pdf

LADD, Elissa; SCHOBER, Madrean. Nurse prescribing from the global vantage point: the intersection between role and policy. Policy, Politics & Nursing Practice, v. 19, n. 1-2, p. 40-49, 2018.

Bibliografia

MAIER, Claudia. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. Human Resources for Health, v. 17, n. 95, 2019. Disponível em https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-019-0429-6

SCANLON, Andrew et al. The complexities of defining nurse practitioner scope of practice in the Australian context. Collegian (Royal College of Nursing, Australia), v. 23, n. 1, p. 129–142. Disponível em https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.09.009

WORLD HEALTH ORGANIZATION. State of the World's Nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The WHO Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery (2021–2025). Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863

Obrigado!

CEPEDISA

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Linha de Cuidado do Câncer e Necessidades de Profissionais Especializados

PNPCC & RPCC

BRASIL BEM CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Política Nacional e Rede de Prevenção e Controle do Câncer

PNPCC & RPCC

BRASIL BEM CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

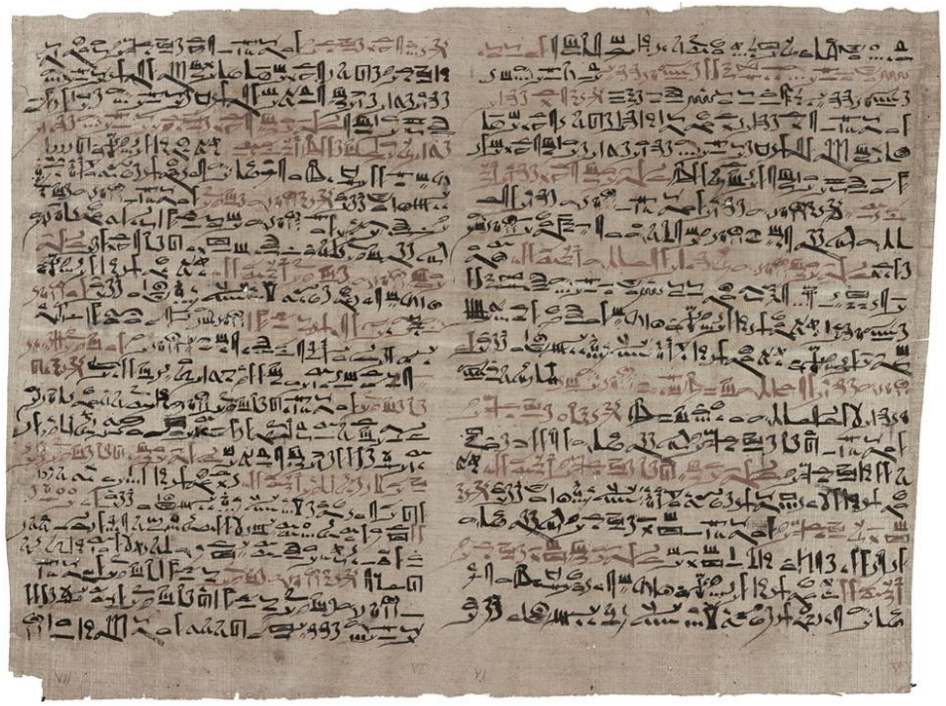
MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Primeiras descrições de câncer

“Se você examina um caso de massas frias salientes no peito e descobre que elas se espalharam”.

Imhotep, grande médico egípcio que viveu em torno de 2625 a.C



Papiro egípcio com a primeira menção sobre o câncer na história da humanidade.

Entretanto, é incomum encontrar descrições de câncer antes do século XIX.

As pessoas faleciam devido a outras doenças, como tuberculose, cólera, varíola, peste ou pneumonia.

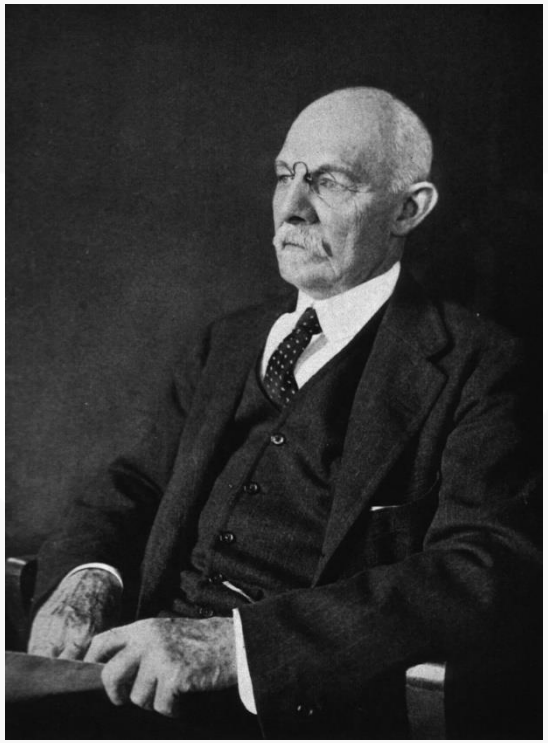
Número absoluto e relativo de Idosos (60 anos e mais)

World Population Prospects (https:population.un.org/wpp/)

A Guerra contra o câncer

- Antes de 1950 a terapia oncológica se limitava aos territórios da cirurgia
- A radioterapia se tornou um aliado importante em 1960. Mas, como a cirurgia não é capaz de erradicar o câncer metastático
- O tratamento precisava alcançar todos os órgãos do organismo
- Drogas, agentes biológicos e terapias imunomediadas passaram a ser o foco dos esforços para a cura do câncer

Chabner BA, et al. Nat Rev Cancer. 2005;5:62-72.



William Stwart Halsted

1942: Prova do princípio

Inicialmente experimentos com camundongos

Convenceram o cirurgião torácico Gustav Lindskog a tratar um paciente com linfoma de Hodgkin

O tratamento causou remissão do tumor durante apenas poucas semanas.

O PRINCÍPIO ESTAVA ESTABELECIDO

A terapia alvo e a imunoterapia levaram, em alguns casos, a curas maravilhosas.

Mas, os avanços no tratamento por si só nunca serão suficientes para conter totalmente o câncer.

Gilman, A. Science. 1946;103:406-436

Alfred Gilman

Alguns desafios para atenção ao câncer no Brasil

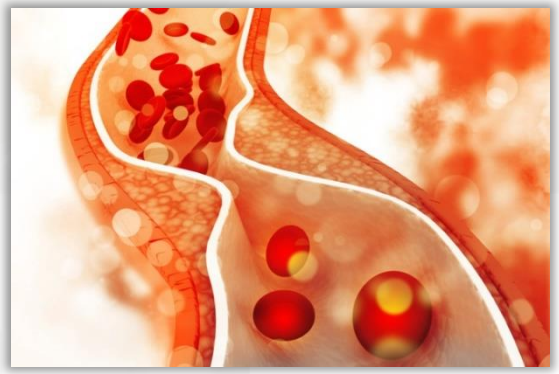
GOV.BR/SAUDE
minsaude

- Ausência de uma rede de serviços estruturada para atender à pessoa com câncer em todos os pontos de atenção;
- Atenção centrada em serviços de Alta Complexidade, com pouca interlocução com os demais serviços da rede de Atenção;
- Fragmentação do cuidado da pessoa com câncer e ausência de jornada de um tratamento;
- Entrada tardia do da pessoa com câncer no Sistema de Saúde e diagnóstico tardio;
- Baixa capacidade do Sistema de Saúde de realizar diagnóstico precoce e de implementar estratégias de rastreio;
- Fragmentação nos sistemas de informação e dificuldade de implementação de monitoramento e avaliação das politicas
- Não cumprimento dos tempos entre o diagnóstico e o inicio de tratamento previstos em lei;
- Oferta de exames de apoio, diagnóstico e imagem desarticulada da Rede de Atenção;

Rede de atenção ao paciente com doença crônica

Diabetes

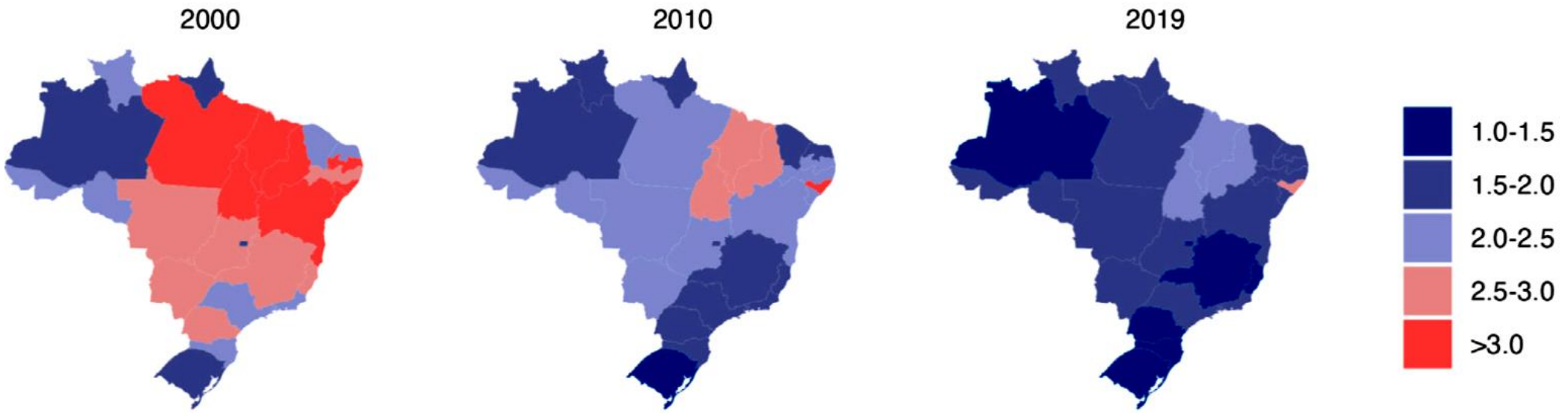
HAS



Dislipidemia

- Ao contrário das DCV, que partilham um conjunto de fatores de riscos comuns, o câncer é caracterizado como um grupo de doenças com etiologia e períodos de latência distintos, o que pode explicar parcialmente as dificuldades prevenção e controle do câncer.
- Os principais fatores de Risco para as doenças cardiovasculares constam como entidades na própria rede de atenção ao paciente com doença crônica

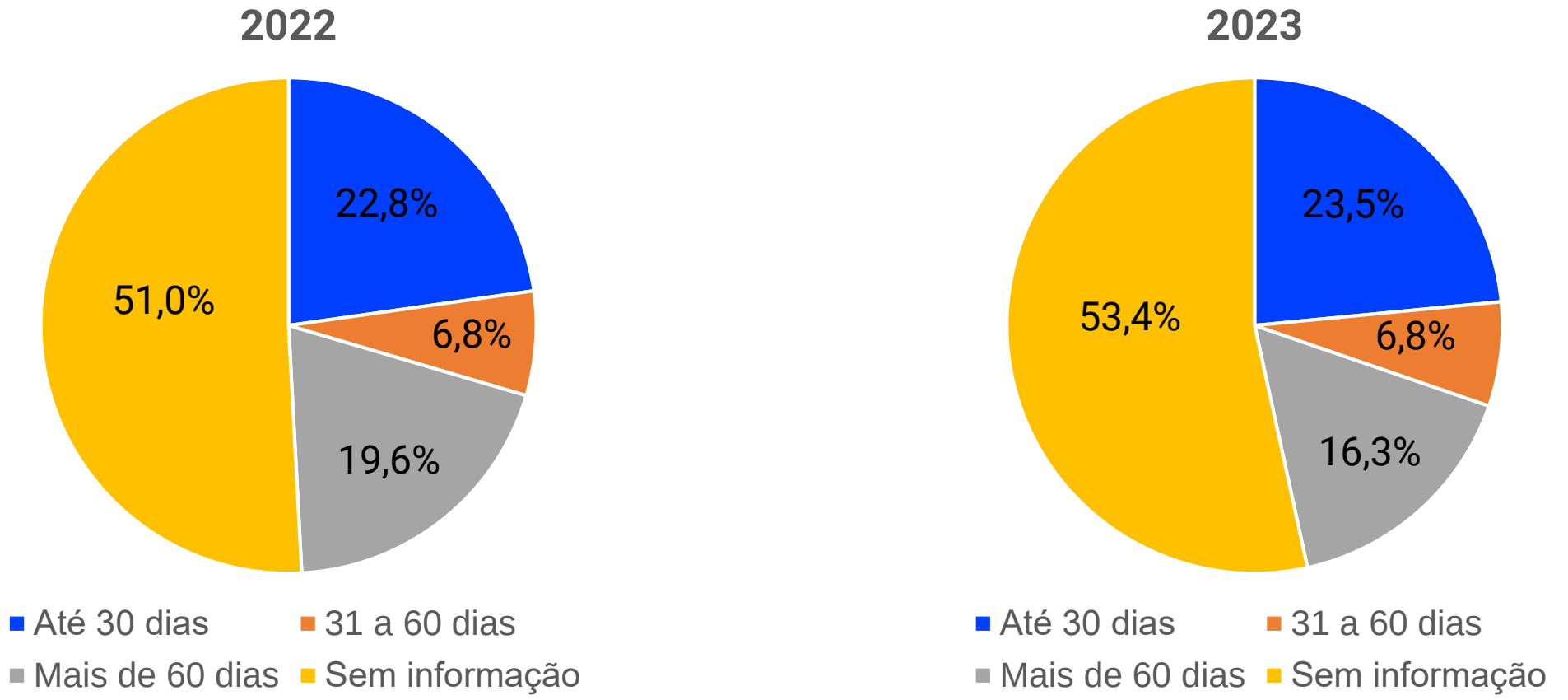
Taxas de mortalidade por doença cardiovascular e câncer



Em 2019, seis estados (**Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina**) tiveram mortalidade prematura por câncer é maior do que por doença cardiovascular

Rache B et al. Lancet Reg Health Am. 2024;39:100904.

Tempo para início do tratamento



Mortalidade associada ao atraso do início do tratamento

- **Dos pacientes que apresentam atraso entre 30 e 60 dias → aumento de mortalidade na fila entre 6-8%**
- **Dos pacientes que apresentam atraso maior que 60 dias → aumento de mortalidade na fila entre 12-16%**
- **Impacto** é ainda mais acentuado para algumas indicações radioterápicas e de quimioterapias sistêmicas:
  - Aumento de **9% no risco de morte** para o atraso de um mês na radioterapia definitiva de cabeça e pescoço
  - Aumento de **13% no risco de morte** para o atraso de um mês na tratamento sistêmico adjuvante para câncer colorretal

Hanna TP, et al. BMJ. 2020; 371: m4087

Pacientes diagnosticados com doença avançada

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Percentual de casos de câncer diagnosticados em estádios III e IV

Mama	34,7
Colo do útero	49,5
Próstata	37,0
Cólon e reto	63,2
Pulmão	85,8
Estômago	72,9

INCA – Registro hospitalar de câncer (media 2012 a 2021)

National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. Disponível em https://seer.cancer.gov/statistics-network/explorer

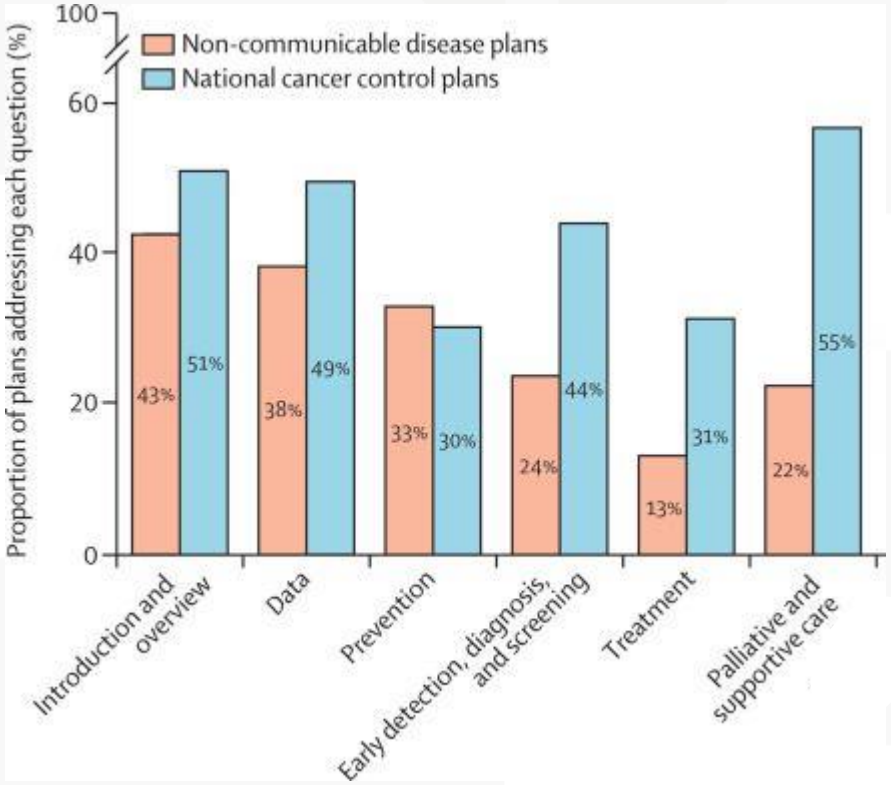
BRASIL BEM CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Imaginário popular *vs* prevenção

- O câncer continua a ocupar nossa imaginação coletiva como o Imperador de todos os Males: insidioso, caprichoso, implacável..
- A realidade do câncer está em algum lugar entre o ideal de saúde pública de prevenção perfeita e a estocástica deprimente de má sorte.
- **Pesquisas atuais sugerem que pelo menos metade dos casos de câncer — as estimativas variam de 30% a mais de 70% — poderiam ser prevenidos aplicando o que já sabemos.**
- **A outra metade dos casos de câncer poderia ser detectado precocemente e tratados oportunamente**

Impacto da política nacional de câncer

- Desde 2018, 72 novos PNPCCs (originais e atualizados) foram formalmente lançados e disponibilizados publicamente.
- Aumento de 7 para 23% dos países aderiram a PNPCC de 2018 para 2023
- Os países com PNPCC trabalharam mais elementos de controle do câncer do que os países com apenas planos de DCNT em quase todos os domínios avaliados.

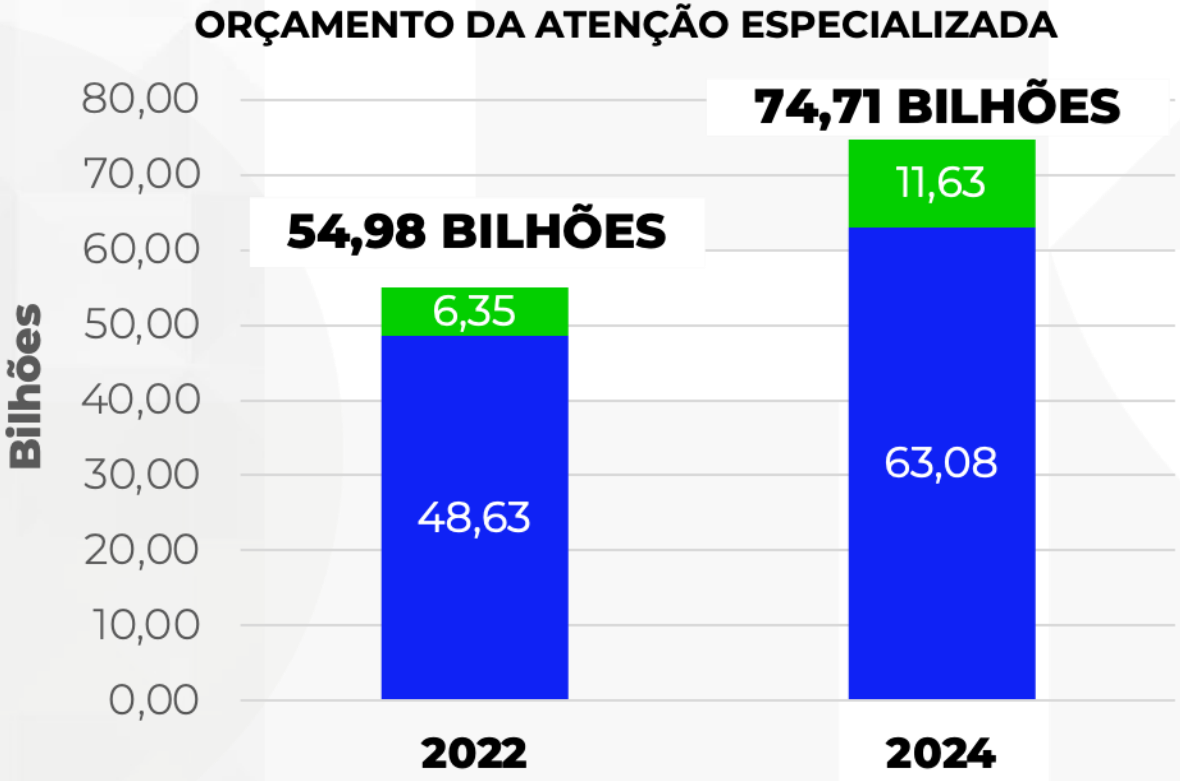


Romero, Y et al. Lancet Oncol. 2025; 26:e46

GOV.BR/SAUDE

minsaude

AUMENTO DO FINANCIAMENTO FEDERAL PARA O SUS



Fundo de Ações Estratégicas e Compensação por produção:
Quimioterapia, transplantes, hemodiálise, alta complexidade, etc.

Financiamento de média e alta complexidade programado:
Consultas, cirurgias eletivas, exames especializados, etc.

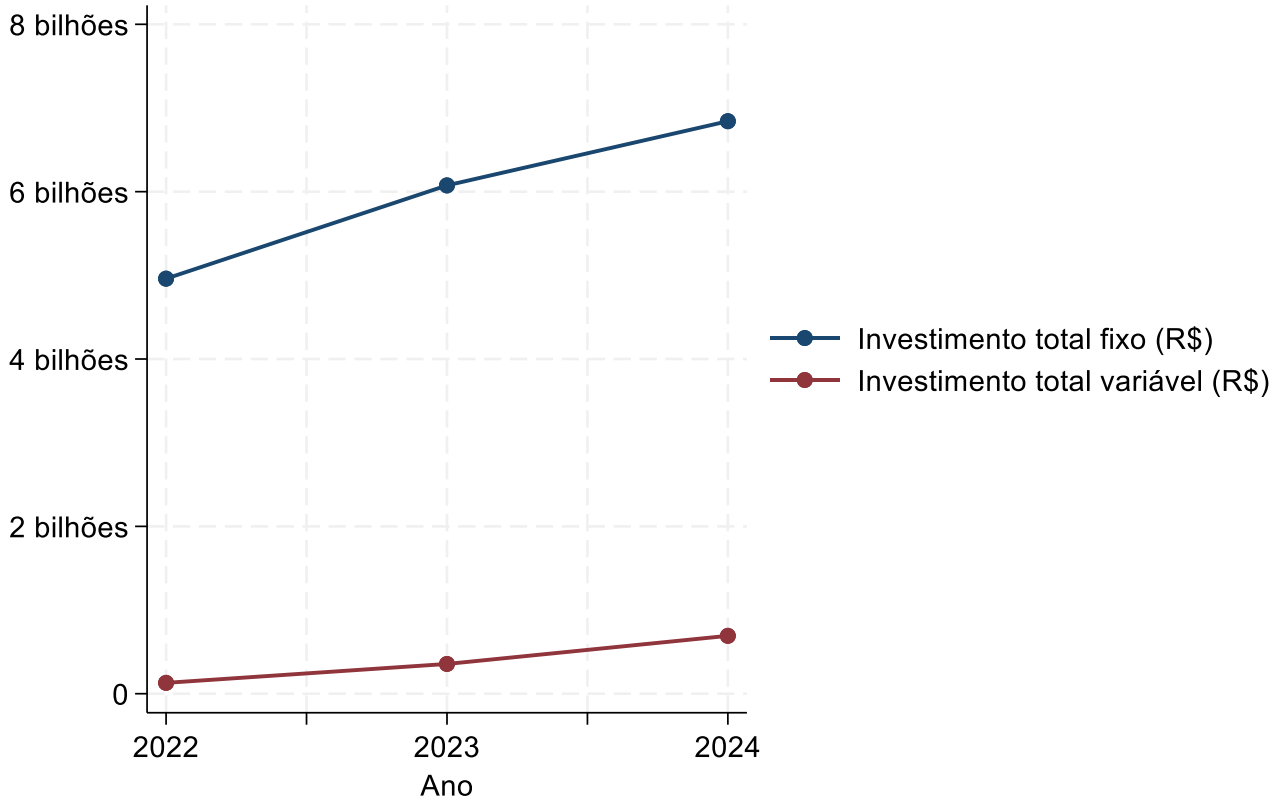
34% DE AUMENTO NO ORÇAMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE ENTRE 2022 E 2024

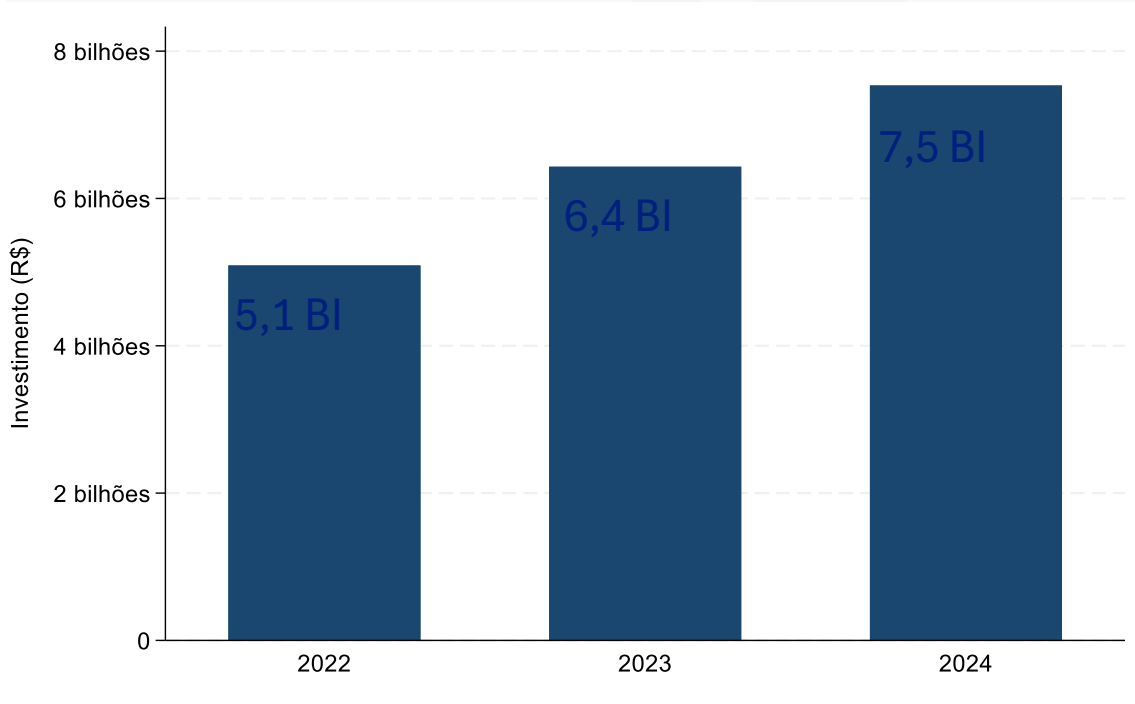
O FINANCIAMENTO FEDERAL VIABILIZOU:

- Realizar o maior número de consultas, exames e cirurgias na história do SUS em 2024
- O maior crescimento no número de serviços especializados no SUS nos últimos 10 anos;
- Reajustar valores da tabela SUS para hospitais e serviços filantrópicos;
- Ampliar o número de médicos especialistas que atendem no SUS entre 2022 e 2024;

BRASIL BEM CUIDADO – MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA | SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

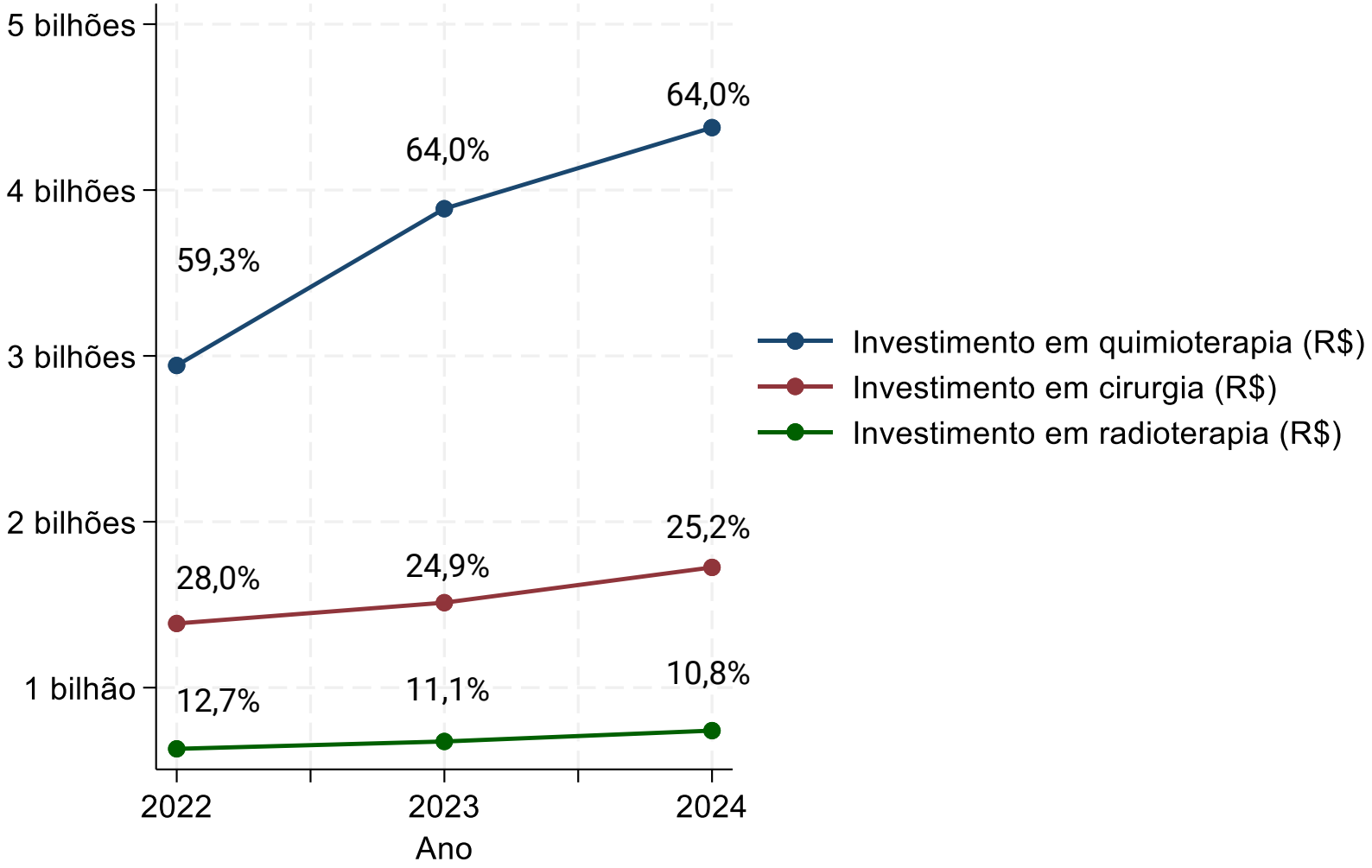
Investimento total

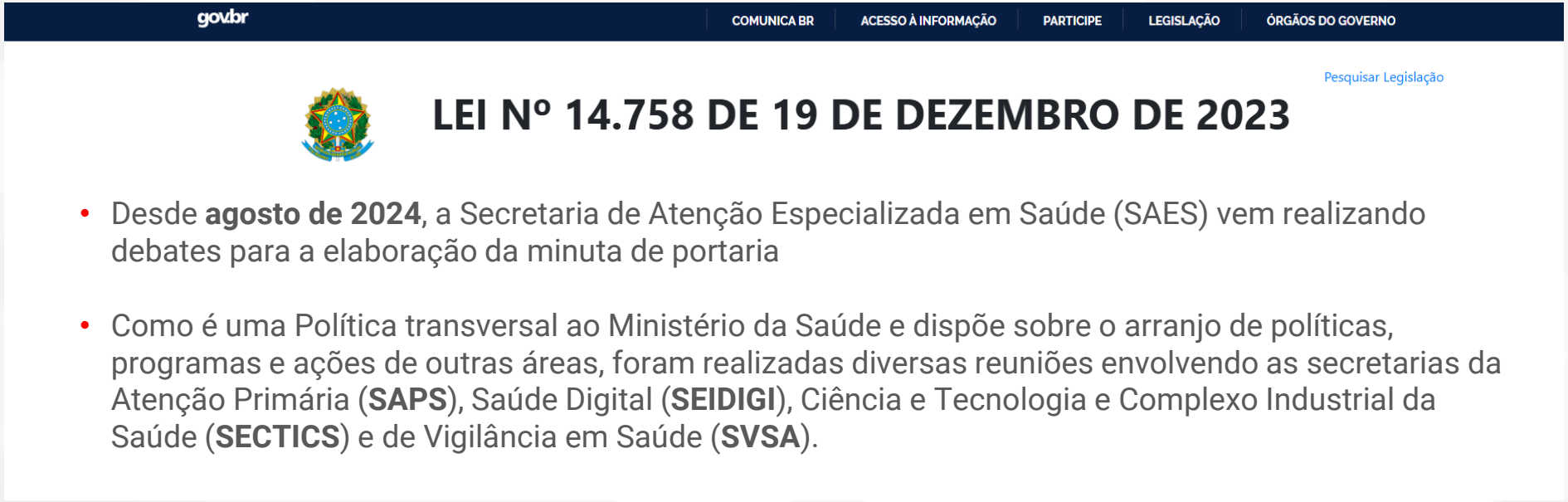




Aumento de 48,0% do investimento no enfrentamento ao câncer

Resumo – Custo fixo
Teto MAC + compra centralizada





Objetivos da PNPCC, previsto na Lei 14.758

- Diminuição da incidência de alguns tipos de câncer
- Garantia de acesso adequado às ações de promoção da saúde e ao cuidado integral à pessoa com câncer
- Melhoria da qualidade de vida dos usuários diagnosticados com câncer
- Redução da mortalidade e incapacidade causadas pelo câncer

Etapas de elaboração

GT da Tripartite

Primeira reunião do **GT Atenção Especializada (AES)** para discussão da PNPCC - **19 de agosto de 2024**

- 4 Reuniões Ordinárias do **GT AES**
- 2 Reuniões Extraordinárias do **GT Conjunto** (com todos os GTs da Tripartite)
- 2 Reuniões Ordinárias de **Informação e Saúde Digital**
- 1 Reunião Ordinária do GT de **Ciência e Tecnologia**
- 1 Reunião no GT Laboratórios

Conselho Nacional de Saúde

Primeira apresentação da pauta para a mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde – **24 de outubro de 2024**

- Apresentação na Comissão de Patologia, Ciência e Tecnologia – **28 de novembro de 2024**

Aprovação do Pleno do CNS – 20 de dezembro de 2024 (Resolução CNS em vias de publicação)

Normativas pactuadas e em pactuação

PNPCC - Portaria GM/MS Nº 6.590

Portaria que Operacionalizada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), aos moldes da Lei nº 14.758 de 19 de dezembro de 2023

RPCC - Portaria GM/MS Nº 6.591

Portaria que institui a Rede de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Navegação do Cuidado- Portaria GM/MS Nº 6.592

Portaria que institui o Programa que instituir o Programa de navegação da pessoa com diagnóstico de câncer, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria para AF- ONCO

operacionalização do acesso às novas tecnologias de medicamentos em oncologia e estabelece o Componente da Assistência Farmacêutica em oncologia (AF-ONCO) no âmbito do SUS

Em discussão

Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Objeto da Política: **diminuição da incidência de diversos tipos de câncer**, a garantia de **acesso adequado** às ações de promoção da saúde, o **cuidado integral** à pessoa com câncer, a **melhoria da qualidade de vida** dos usuários diagnosticados com câncer e a **redução da mortalidade e das incapacidades causadas pelo câncer**.

Princípios e diretrizes

- **Atenção integral à pessoa com câncer, abrangendo prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;**
- Uso de tecnologias inovadoras, telessaúde e sistemas de informação integrados;
- Formação contínua e capacitação de profissionais de saúde.

Ações de Promoção e Prevenção

- Estímulo a hábitos saudáveis e combate aos fatores de risco, como tabagismo e má alimentação;
- Implementação de protocolos para detecção precoce e tratamento oportuno;
- Foco em medidas educativas e ambientais, incluindo combate aos impactos dos agrotóxicos.

Operacionalização da Política: por meio da instituição da na **Rede de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus respectivos programas vinculados.**

Rede de Prevenção e Controle do Câncer- RPCC

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Porque de uma rede especifica sobre o Câncer?

Organizar o Sistema Único de Saúde para **identificar, monitorar, acompanhar e cuidar das pessoas que com câncer ou que potencialmente podem desenvolver câncer ao longo da vida**, considerando desde os impactos dos fatores determinantes e condicionante para a doença até os cuidados em final de vida, por meio dos Cuidados Paliativos.

Objetivo Geral: Implementar a PNPCC na Rede de Atenção à Saúde, por meio da articulação da atenção integral à saúde à pessoa com câncer, vigilância em saúde, regulação de acesso, comunicação e informação, sistemas de apoio e logísticos, assistência farmacêutica, gestão e governança do SUS.

Estrutura Operacional:

- Definição de fluxos assistenciais organizados para atender às necessidades do paciente, desde a prevenção até os cuidados paliativos;
- Uso de evidências científicas, definição de metas e indicadores para avaliação da qualidade e resultados.

Organização da atenção integral oncológica pelas linhas de cuidado prioritárias

Eixos da rede e da linha de cuidado

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Atenção integral à pessoa com câncer/Rede de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS - RPCC

Ações de vigilância, de promoção da saúde e de prevenção primária

Vigilância do câncer (SVSA e INCA)
- SIM
- RHC
- RBP

Promoção da saúde (SAPS, SVSA e INCA)
- Campanhas de conscientização sobre hábitos e comportamentos saudáveis
- Programa antitabagismo
- Estratégias de taxação de alimentos não saudáveis
- Estratégias de acesso à alimentação saudável

Imunização (SVSA)
- Estratégia de vacinação contra o HPV e a hepatite B

Ações de prevenção secundária e detecção precoce (rastreamento, triagem e diagnóstico precoce)

Plano de eliminação do câncer de colo uterino (CGCAN e INCA)

Revisão do programa nacional de rastreamento de câncer de mama (CGCAN e INCA)

Formulação de estratégias/ programas de rastreamento para outros tipos de câncer – pulmão e colorretal (CGCAN e INCA)

Elaboração de protocolos de alta suspeição

Confirmação diagnóstica, coordenação do cuidado e navegação de pacientes

OCI relacionadas ao câncer (DAET e CGCAN)
- Definir as linhas de cuidado prioritárias para a operacionalização da rede
- Alinhar as OCI e as cirurgias oncológicas estratégicas no âmbito do PNRF

Alinhamento PMAE-PNRF a partir dos eixos da PNPCC/ RPCC, tomando por base a estruturação de linhas de cuidado (DAET e CGCAN)

RNDS, integração dos dados em saúde e Programa Nacional de Navegação do Paciente (SEIDIGI, DRAC e CGCAN)

Tratamento – cirurgia, radioterapia e quimioterapia

Componente cirurgia (DAET e CGCAN)

Procedimentos cirúrgicos via videolaparoscopia

PERSUS (CGCAN) / Componente raditerapia

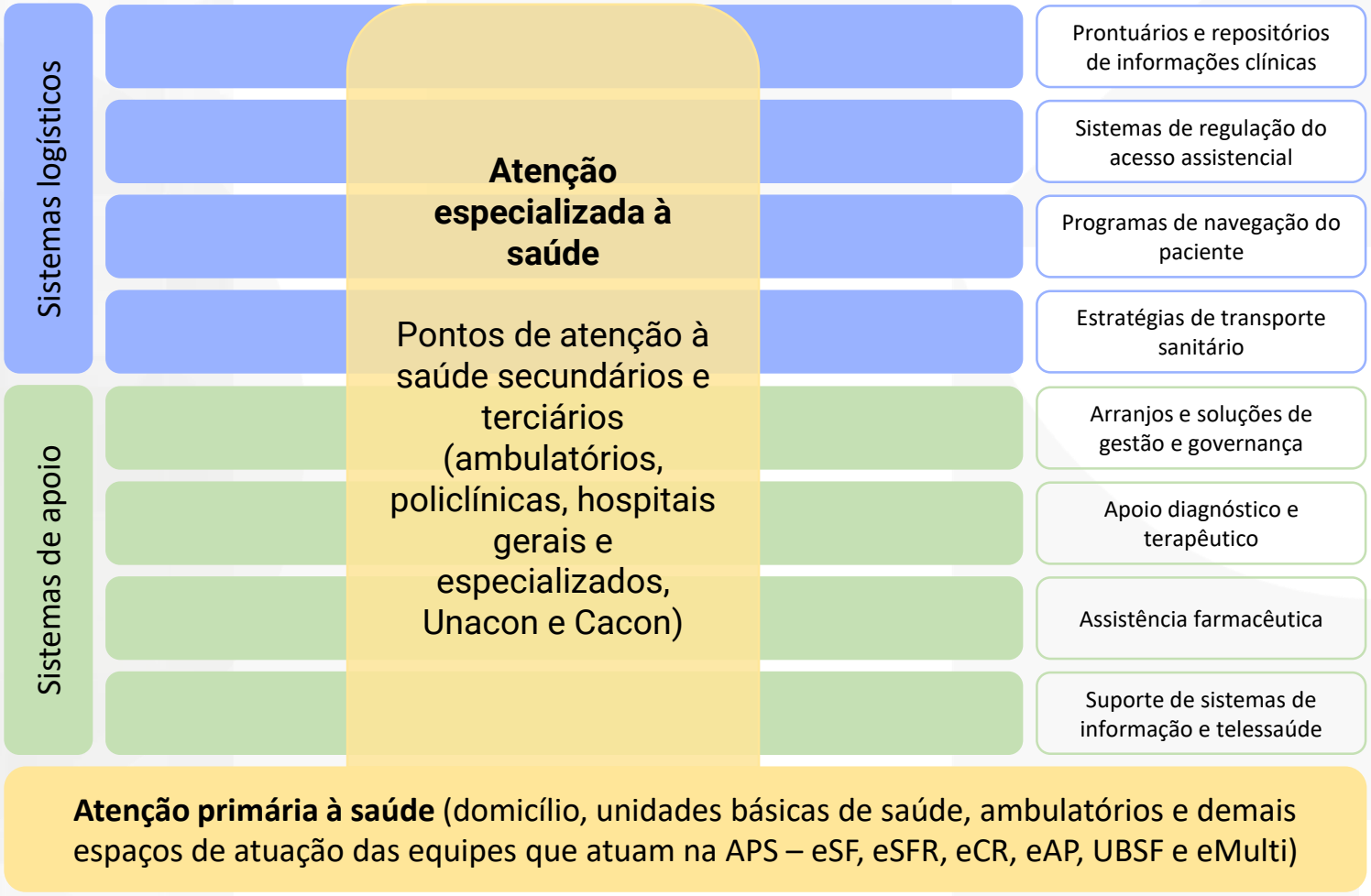
Protocolos e diretrizes clínico-assistenciais (SECTICS, CGCAN e INCA)

BRASIL BEM CUIDADO – MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA | SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

A rede de prevenção e controle do câncer

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Estrutura operacional da RPCC



Competências das Esferas de Gestão

- Implementar o monitoramento e avaliação contínuos da RPCC;
- Garantir financiamento adequado para o pleno funcionamento de toda a RPCC;
- Ofertar formação e qualificação de profissional;
- Elaborar de protocolos baseados em evidência, que assegure acesso oportuno e adequado, regulação e integração de sistemas de informação;
- Estímulo à participação social e controle das ações.

Eixos da rede e da linha de cuidado

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Atenção integral à pessoa com câncer/Rede de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS - RPCC

Rede assistencial de alta complexidade

Novas habilitações e ampliação da rede (CGCAN)

Estratégias inovadoras de financiamento (CGCAN e DRAC)

- Incentivo de rede
- Incrementos financeiros condicionados a entregas e alcance de metas
- Remuneração norteada por princípios da Saúde Baseada em Valor - VHBC

Reabilitação oncológica e cuidados paliativos

Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNPC (DAHU e CGCAN)

- Equipes Assistenciais e Matriciais de CP
- Protocolização do cuidado
- Capacitação profissional
- Incentivos específicos para as equipes dedicadas à oncologia?

Reabilitação oncológica (DAET, CGCAN e INCA)

- Formulação de programa/estratégia de ampliação do acesso aos cuidados em reabilitação

Continuidade do cuidado

Aprimoramento dos registros de informações (SEIDIGI, DRAC e CGCAN)

Fortalecimento do apoio matricial (CGCAN e SAPS)

Capacitação das equipes da APS com ênfase nos pacientes oncológicos (SGTES, CGCAN e SAPS)

Fortalecimento das ferramentas da telessaúde (SEIDIGI e DRAC)

Apoio técnico-institucional (SAPS, CGCAN e INCA)

Formação, capacitação e provimento de profissionais

Aprimoramento dos registros de informações (SEIDIGI, DRAC e CGCAN)

Fortalecimento do apoio matricial (CGCAN e SAPS)

Capacitação das equipes da APS com ênfase nos pacientes oncológicos (SGTES, CGCAN e SAPS)

Fortalecimento das ferramentas da telessaúde (SEIDIGI e DRAC)

Navegação do Cuidado

GOV.BR/SAUDE

minsaude

O que é Navegação do Cuidado?

- Envolve busca ativa, acompanhamento individualizado, coordenação entre serviços e apoio aos pacientes no diagnóstico e tratamento;
- Abrange os níveis de atenção primária, especializada e de suporte.

Objetivos:

- Garantir diagnósticos em tempo hábil;
- Articular diferentes níveis de atenção e gestão;
- Comunicação entre os diferentes pontos de atenção;
- Reduzir custos, evitar deslocamentos desnecessários e promover adesão ao tratamento.

Estrutura Operacional:

- Definição de fluxos assistenciais organizados para atender às necessidades do paciente, desde a prevenção até os cuidados paliativos;
- Uso de evidências científicas, definição de metas e indicadores para avaliação da qualidade e resultados.

As tecnologias de informação e comunicação (TIC), saúde digital e o telessaúde são ferramentas e estratégias essenciais para acompanhamento e a comunicação do pacientes em toda a rede de atenção, especialmente em áreas de baixa capacidade tecnológica, ausência de serviços especializados e de difícil acesso.

Agora tem

ESPECIALISTAS

Da consulta ao tratamento

PNPCC & RPCC

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Agora tem ESPECIALISTAS

Da consulta ao tratamento

OBJETIVOS GERAIS

O programa introduz inovações na gestão em saúde que irão Reduzir Filas de Espera e garantir mais agilidade no atendimento para diagnósticos e início de tratamentos no SUS

As inovações permitirão **revisar o modelo de financiamento** e a formulação de uma **Estratégia para Reorganizar a Atenção Especializada no SUS,** beneficiando a população como um todo

BRASIL BEM CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Agora tem ESPECIALISTAS

Da consulta ao tratamento

MAIS CUIDADOS ESPECIALIZADOS

• **Expandir e qualificar** o acesso a **Consultas e Exames,** iniciando em **oncologia, cardiologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia**

• Aporte adicional inicial de R$ 2,4 bilhões em 2025

MAIS CIRURGIAS PRIORITÁRIAS

• **Expandir e agilizar a realização de cirurgias,** com foco na **redução do tempo de espera** entre o diagnóstico e o a realização do tratamento cirúrgico

•Aporte adicional inicial de R$ 1,2 bilhão em 2025

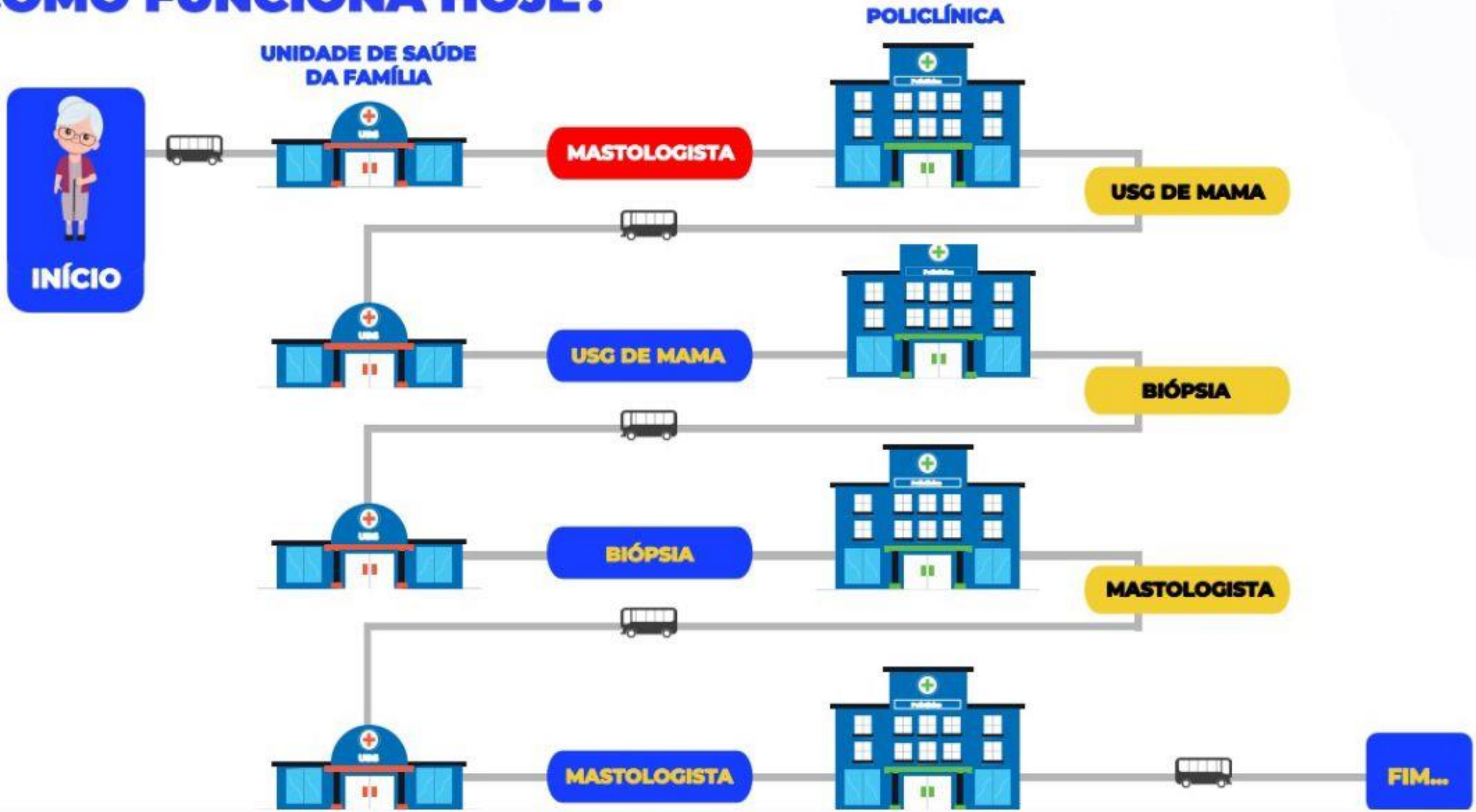
MAIS INOVAÇÃO DO SUS

• **Investimentos em transformação digital e Telessaúde**

• Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde e integração com Atenção Especializada

BRASIL BEM CUIDADO – MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA | SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

COMO FUNCIONA HOJE?



COMO IRÁ FUNCIONAR COM O PROGRAMA?

INÍCIO

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

OCI de Câncer de Mama

- Mastologista
- USG de mama
- Biópsia
- Mastologia (retorno)

30 DIAS

POLICLÍNICA

NÃO TEM CÂNCER DE MAMA

TEM CÂNCER DE MAMA

CACON/UNACON

COMPONENTES DO MAIS ACESSO A ESPECIALISTAS

Transparência e Gestão das Filas de Espera

- Serviços oferecidos informados
- Tempo de espera máximo para realizar a Oferta de Cuidado Integrado (OCI) (Ex.: 30 dias para câncer)
- Número de pessoas na fila

Regulação e Gestão do Cuidado

- Regulação assistencial com foco na coordenação do cuidado
- Arranjos que promovam a comunicação, vínculo, educação permanente e cuidado compartilhado

Integração com a Atenção Primária

- Papel da APS na coordenação de cuidado.
- Transição de cuidados para a APS
- Compartilhamento de informações clínicas (Registro Eletrônico de Saúde)

Telessaúde

- Teleconsultas: expansão da capacidade pública e expansão da privada
- Teleconsultoria: interação entre profissionais e decisão compartilhada
- Ênfase em regiões de vazios assistenciais e áreas de difícil acesso

DESAFIOS ATUAIS NA GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA

Controle Manual e Visualização

Dificuldades na gestão manual das filas e visualização eficiente

Captação de filas com outros sistemas ou de centrais sem sistemas

Ausência de integração e captação de filas provenientes de outros sistemas;
Desafios adicionais em centrais que não utilizam sistemas de regulação

Multi-filas e redundância de dados

Ocorrência de multi-filas, resultando na inclusão do mesmo paciente em várias filas no mesmo estado

Baixa cobertura do SISREG

Por que o e-SUS Captação de Filas?

Necessidade de informações sobre a demanda para a atenção especializada no país

Destaques:

- Agilidade na importação de filas por meio de arquivo;
- Melhoria na segurança e controle de acesso via GOV.BR
- Visualização das filas de outros sistemas em um único local
- Registro e captação de filas em município não informatizado
- Perfis de acesso simples para atender às necessidades específicas.

Plano estratégico de modernização SISREG (e-SUS Regulação)

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS - OCI

Mudança no modo de contratação e remuneração dos prestadores (públicos e privados):

substituição do pagamento por procedimento para cuidados integrados por Valor Global do Cuidado

Cuidados Integrados

Conjunto de consultas, exames e tecnologias de cuidado necessários para uma atenção oportuna, integral e de qualidade, em determinada etapa da linha de cuidado ou no tratamento de agravos específicos de rápida resolução, diagnóstico ou tratamento.

Valor global do cuidado

maior do que a soma dos valores na tabela dos procedimentos que os compõem, pois inclui gestão do cuidado - incluindo a navegação do itinerário do usuário, a regulação, saúde digital e a conexão com a APS.

Nova organização da AES no SUS - PMAE

GOV.BR/SAUDE
minsaude

CARDIOLOGIA	**09.02.01.001-8**	**Avaliação de risco cirúrgico**
	09.02.01.002-6	Avaliação cardiológica
	09.02.01.003-4	Avaliação diagnóstica inicial - Síndrome Coronariana Crônica
	09.02.01.004-2	Progressão da avaliação diagnóstica I - Síndrome Coronariana Crônica
	02.09.01.005-0	Progressão da avaliação diagnóstica II - Síndrome Coronariana Crônica
	02.09.01.006-9	Avaliação diagnóstica - Insuficiência Cardíaca
ORTOPEDIA	09.03.01.001-1	Avaliação diagnóstica em ortopedia com recursos de radiologia
	09.03.01.002-1	[illegible] recursos de radiologia e ultrassonografia
	[illegible]	[illegible] computadorizada
	09.03.01.004-6	Avaliação diagnóstica em ortopedia com recursos de radiologia e ressonância magnética
ONCOLOGIA	09.01.01.007-3	Avaliação diagnóstica de câncer gástrico
	09.01.01.001-4	Avaliação diagnóstica inicial de câncer de mama
	09.01.01.002-2	Progressão da avaliação diagnóstica do câncer de mama
	09.01.01.005-7	Investigação diagnóstica de câncer de colo do útero
	09.01.01.006-5	Avaliação diagnóstica e terapêutica de câncer de colo do útero
	09.01.01.008-1	Avaliação diagnóstica de câncer colorretal
	09.01.01.004-9	Progressão da avaliação diagnóstica do câncer de próstata
	09.01.01.003-0	Avaliação diagnóstica inicial de câncer de próstata
OFTALMOLOGIA	09.05.01.001-9	Avaliação inicial em oftalmologia - 0 a 8 anos
	[illegible]	Avaliação de estrabismo
	09.05.01.003-5	[illegible]
	09.05.01.004-3	Avaliação de retinopatia diabética
	09.05.01.005-1	Avaliação inicial para oncologia oftalmológica
	09.05.01.006-0	Avaliação diagnóstica em neuro oftalmologia
	09.05.01.007-8	Exames oftalmológicos sob sedação
OTORRINO	09.04.01.001-5	Avaliação inicial diagnóstica de déficit auditivo
	09.04.01.002-3	Progressão da avaliação diagnóstica de déficit auditivo
	09.04.01.003-1	Avaliação diagnóstica de nasofaringe e de orofaringe

MAIORES GARGALOS, PROBLEMAS SENSÍVES E AMPLIAÇAO DO DIAGNÓTICO INTERFERE NO PROGNÓSTICO

BRASIL BEM CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Agora tem ESPECIALISTAS
Da consulta ao tratamento

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO CHEGANDO ONDE O POVO ESTÁ

150 CARRETAS
720 MIL cirurgias/ano
4,6 milhões de consultas/ano
9,4 milhões de exames/ano

+ **MUTIRÕES** +
especializados em áreas remotas e territórios indígenas

Agora Tem Especialistas Caminhoneiro

R$ 1 bilhão
AGSUS + Força Nacional do SUS + GHC

AGOSTO 2025

- Oftalmologia, otorrino, cardiologia e ginecologia
- Colonoscopia e endoscopia
- Ecocardiograma, radiologia, mamografia, ultrassonografia e tomografia
- Pequenas cirurgias e biopsia

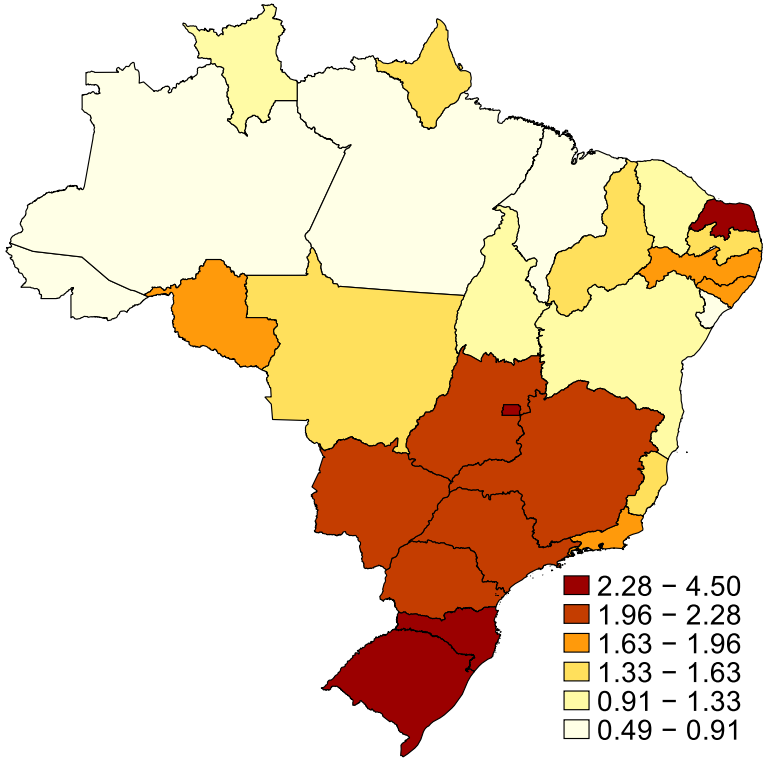
Ativar o Windows

PATOLOGIA

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Número de patologistas /100.000 habitantes



Falta:

- Avaliar distribuição dos prestadores de serviço para o SUS
- Patologista/município

Número de patologistas no SUS: **2.964**

Necessidade (5:100.000 hab): **7.614**

Déficit: **- 4.650**

Fonte: Cartografia médica, a partir do CNES Dez 23; Censo 2022; ANS dez 23

TOTAL DE PROGRAMAS
60

VAGAS AUTORIZADAS
453

R3 ATUALMENTE
81

CONCORRÊNCIA
6,14

ESTADOS SEM PROGRAMAS
AC, AP, MT, RR, SE, PA

NOVOS PROGRAMAS
6

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

Agora tem ESPECIALISTAS

PROVIMENTO E FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS: 3.500 PROFISSIONAIS

+ 500 especialistas

Edital Mais Médicos Especialistas: oferta de vagas pelo médicos especialistas

+ 3.000 novas bolsas de residência médica

Formação de especialistas em áreas prioritárias: novos programas de residências em parceria com a Associação Médica Brasileira

R$ 260 milhões

JUNHO 2025

Ativar o Windows

Agora tem ESPECIALISTAS

TRATAMENTO DE CÂNCER NO TEMPO CERTO

Super Centro Brasil para Diagnóstico de Câncer: Teleconsultoria, Telelaudos e Telepatologia

- Telepatologia: início com 1.000 laudos/dia
- INCA + Hospital AC Camargo (Proadi-SUS)

Mais radioterapia

121 novos aceleradores lineares até o fim de 2026

+ 72.600 novos pacientes/ano

JULHO 2025

R$ 2,2 bilhões/ano

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Ativar o Windows

IMPACTO NO TEMPO DE ESPERA

O **tempo** de consulta, exames e diagnóstico é de **até 30 dias**

COMPROMISSOS E RESULTADOS ESPERADOS

PREFEITOS E GOVERNADORES

Elaboração do PAR
Uso de Protocolos de Acesso
Gestão de filas Implantação de Telessaúde
Uso de PEC Qualificação dos contratos
Governança regional
Habilitar os serviços
Implantar o NGR

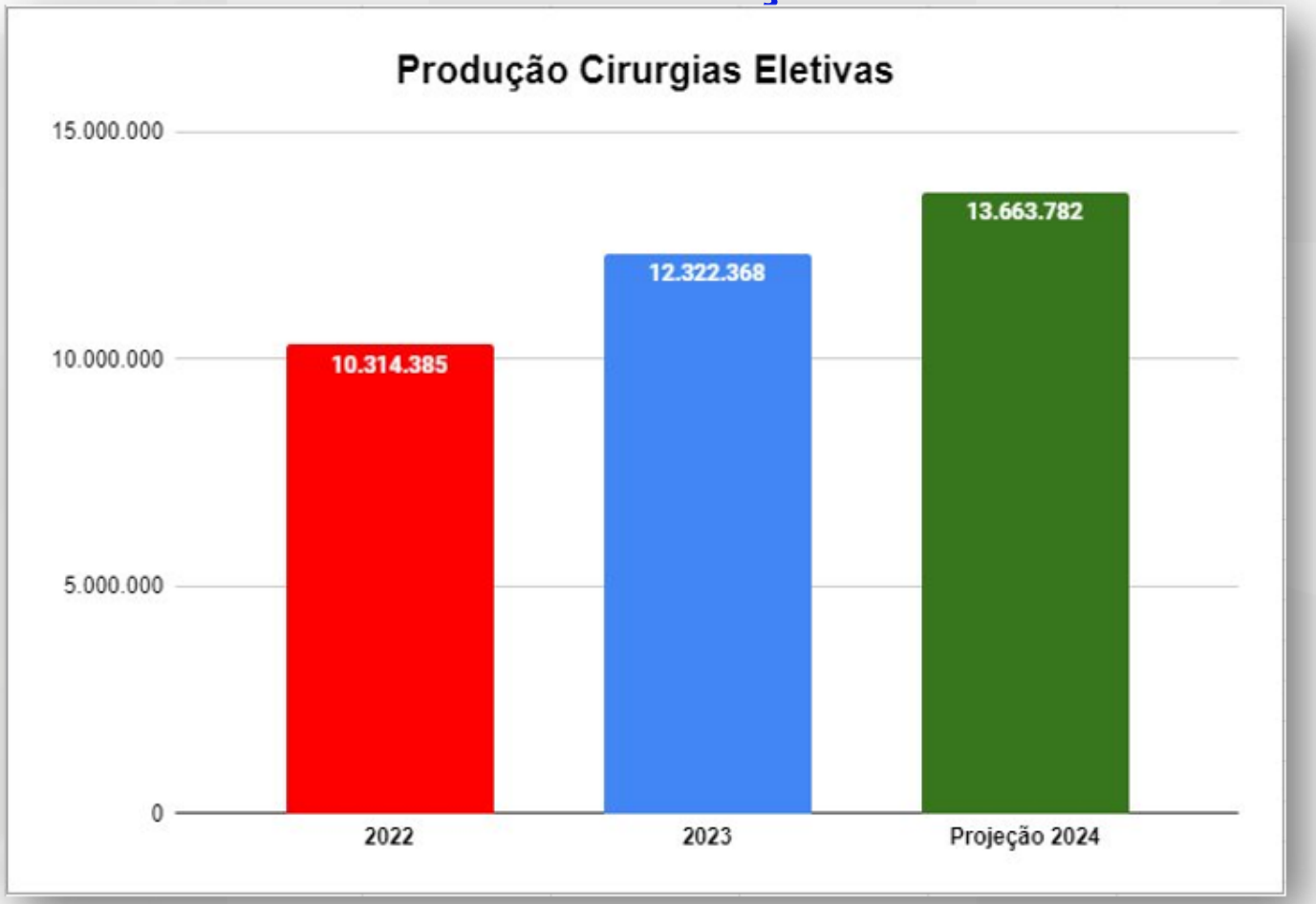
PRESTADORES DE SERVIÇOS

Registro em PEC
Gestão do cuidado e busca ativa de pacientes (NGC)
Conclusão da OCI no tempo determinado Uso do Telessaúde

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliação do acesso a consultas e exames
Redução do tempo médio de espera
Otimização de tempo e recursos
Satisfação dos usuários

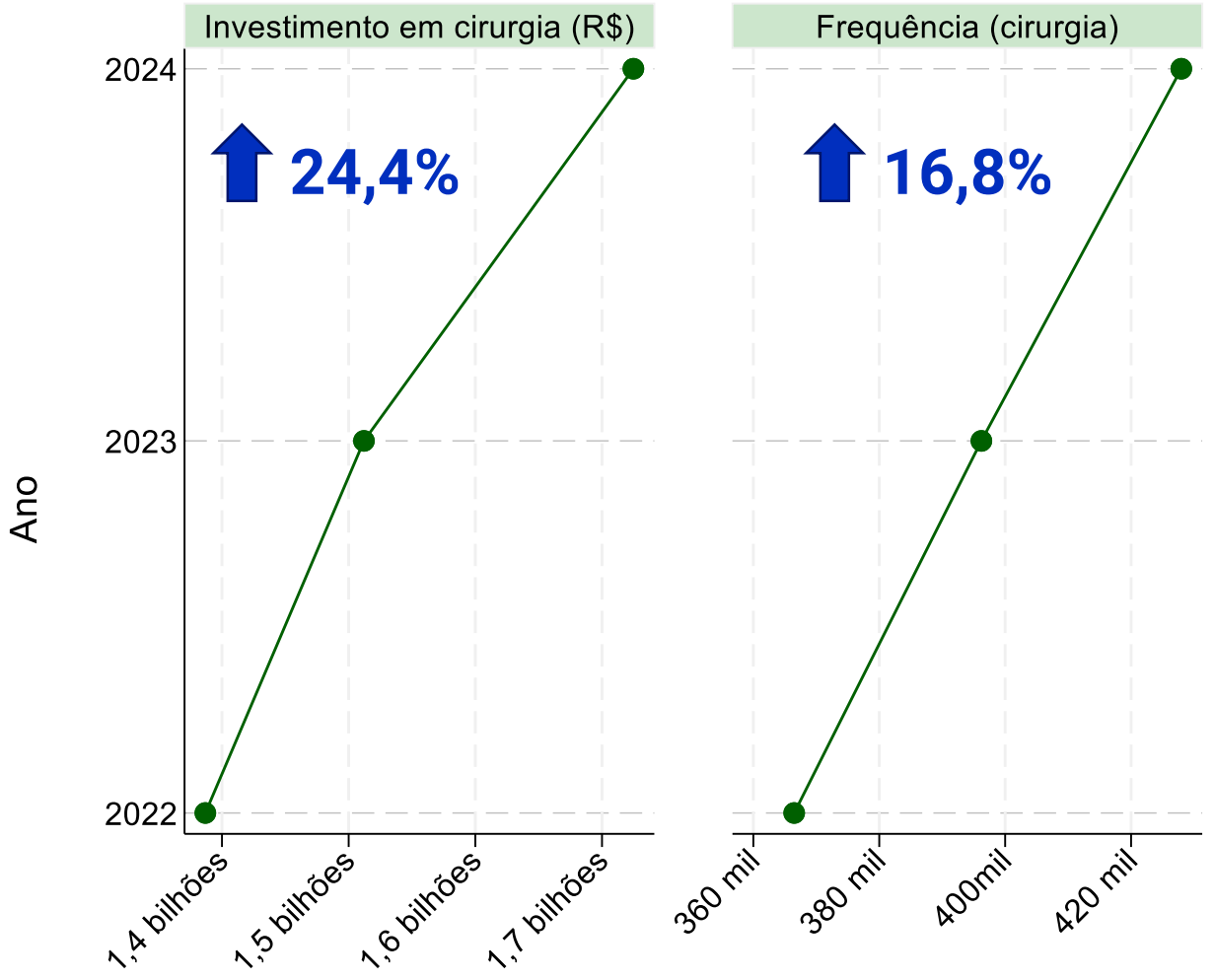
AUMENTO NA PRODUÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS NO SUS



Em 2024, foi realizado o maior número de cirurgias eletivas na história do SUS!

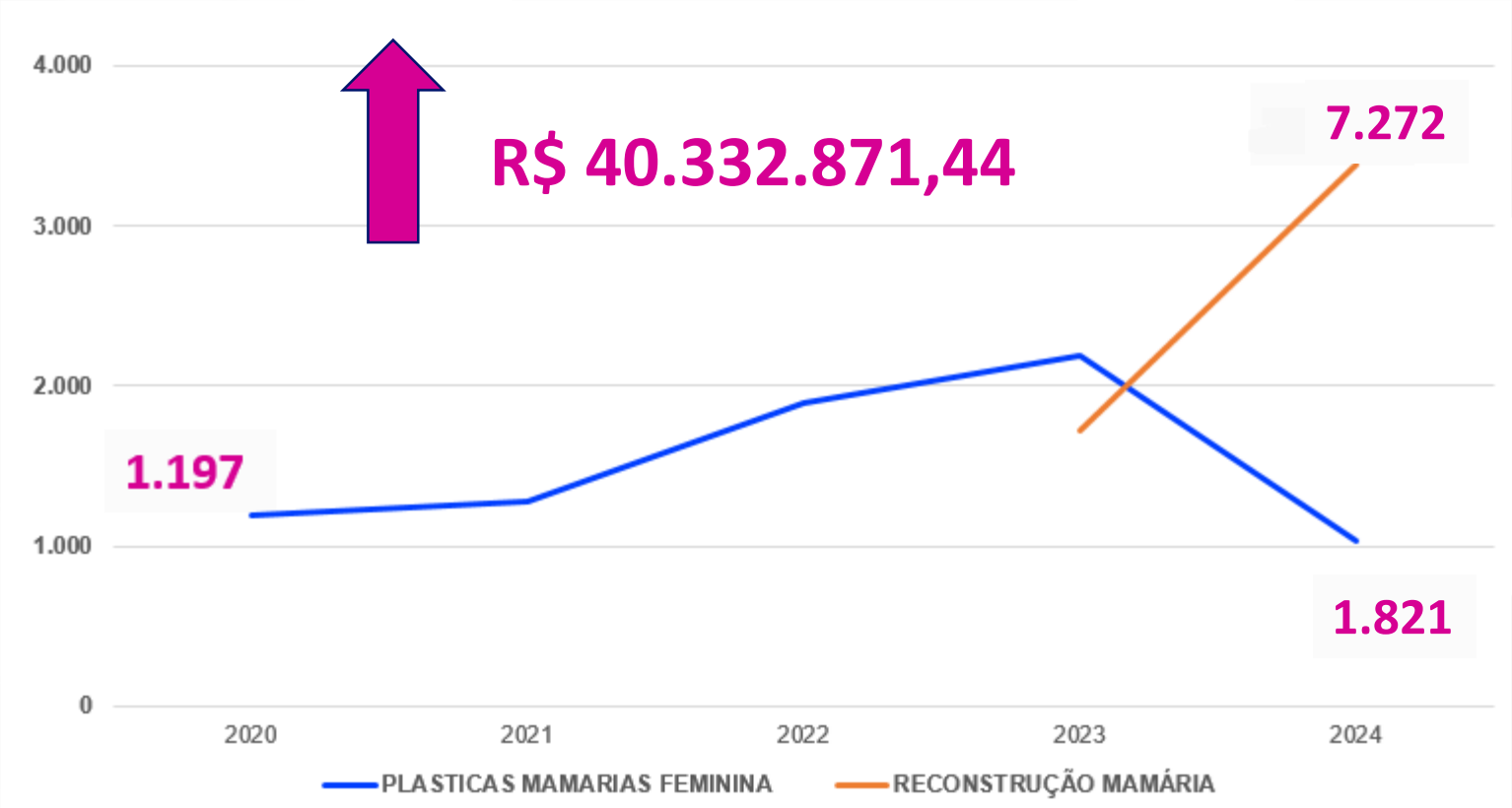
Crescimento de 3.349.397 procedimentos cirúrgicos eletivos (32%) em 2024 em relação a 2022.

Investimento em cirurgia oncológica



Fonte: Tabwin, 11/2024
2024*: projeção

Reconstrução mamária



Valor do procedimento na tabela SUS:

R$ 514,17 → R$ 5.648,16

META 15.830 – R$ 85.846.383,84

Fonte: SIH/DATASUS – 2020 a dezembro 2024.

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Cirurgia minimamente invasiva por videolaparoscopia

- a redução do tempo de internação,
- a diminuição da dor pós-operatória e, por conseguinte,
- a necessidade reduzida de analgésicos e opióides.

Investimento

R$ 15.735.159,54

SAES Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

BRASIL BEM CUIDADO — MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

RADIOTERAPIA – PERSUS I

GOV.BR/SAUDE

Desde 2014, quando o programa foi lançado, já foram entregues **67** novas soluções de radioterapia das **92** previstas

2014-2022

- 58 soluções
  - 58 entregues
  - 58 inauguradas

2023-2026

NOVO PAC
DESENVOLVIMENTO E SUSTENTABILIDADE

- 34 soluções
  - **9 serão entregues até meados de 2025**
    - 4 inauguradas (até abril de 2025)
    - 3 aptas para inauguração
    - 2 aguardando licença de operação
  - **25 em andamento**

Nota explicativa: Por "solução", entende-se as obras e/ou equipamentos necessários ao funcionamento do serviço de radioterapia. A licença de funcionamento para início do serviço não está incluído na definição de "solução entregue".

BRASIL BEM CUIDADO – MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA | SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Plano de Expansão da Radioterapia – PERSUS

GOV.BR/SAUDE

minsaude

UF	MUNICÍPIO	SERVIÇO DE SAÚDE	% OBRA	CONCLUSÃO	SITUAÇÃO
AP	MACAPÁ	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. ALBERTO LIMA	99%	30/06/2025	EM EXECUÇÃO
BA	BARREIRAS	HOSPITAL GERAL DO OESTE	75%	30/08/2025	EM EXECUÇÃO
BA	TEIXEIRA DE FREITAS	HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS	99%	30/03/2025	EM EXECUÇÃO
BA	VITÓRIA DA CONQUISTA	HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA	94%	30/07/2025	EM EXECUÇÃO
CE	FORTALEZA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA	99%	28/02/2025	LICENÇA
ES	COLATINA	HOSPITAL MATERNIDADE SÃO JOSÉ	99%	30/05/2025	EM EXECUÇÃO
ES	LINHARES	HOSPITAL RIO DOCE	99%	30/06/2025	EM EXECUÇÃO
GO	ANÁPOLIS	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ANÁPOLIS	99%	30/03/2025	EM EXECUÇÃO
GO	GOIÂNIA	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS	99%	30/03/2025	EM EXECUÇÃO
MA	SÃO LUÍS	HOSPITAL GERAL TARQUÍNIO LOPES FILHO	99%	30/05/2025	EM EXECUÇÃO
MG	ITABIRA	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	99%	30/04/2025	EM EXECUÇÃO
MS	CAMPO GRANDE	HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO SUL	56%	30/09/2025	EM EXECUÇÃO
MT	SINOP	HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DA FUND. DE SAÚDE COMUNITÁRIA	99%	30/06/2025	EM EXECUÇÃO
PE	PETROLINA	HOSPITAL DOM THOMÁS	97%	30/06/2025	EM EXECUÇÃO
PI	PARNAÍBA	HOSPITAL E MATERNIDADE MARQUES BASTOS	99%	30/05/2025	EM EXECUÇÃO
PI	TERESINA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	99%	30/05/2025	LICENÇA
PR	ARAPONGAS	HOSPITAL NORTE PARANAENSE	97%	30/06/2025	EM EXECUÇÃO
PR	CAMPINA GRANDE DO SUL	HOSPITAL ANGELINA CARON	93%	30/07/2025	EM EXECUÇÃO
RJ	RIO BONITO	HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	97%	30/07/2025	EM EXECUÇÃO
RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	75%	30/07/2025	EM EXECUÇÃO
RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	100%	07/11/2024	APTO INAUGURAÇÃO
RJ	TERESÓPOLIS	HOSPITAL SÃO JOSÉ	99%	30/06/2025	EM EXECUÇÃO
RR	BOA VISTA	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	63%	30/08/2025	EM EXECUÇÃO
RS	PORTO ALEGRE	HOSPITAL GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	100%	28/02/2025	INAUGURADO
RS	SANTA MARIA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	100%	10/01/2024	INAUGURADO
SP	BAURU	HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU	99%	30/04/2025	APTO INAUGURAÇÃO
SP	GUARATINGUETÁ	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUARATINGUETÁ	99%	30/05/2025	EM EXECUÇÃO
SP	ITAPEVA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITAPEVA	99%	30/05/2025	EM EXECUÇÃO
SP	JACAREÍ	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	100%	09/04/2024	INAUGURADO
SP	MARÍLIA	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA	99%	30/04/2025	EM EXECUÇÃO
SP	MARÍLIA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA	100%	14/02/2025	INAUGURADO
SP	PARIQUERA-AÇU	HOSPITAL REGIONAL DO VALE DA RIBEIRA	92%	30/07/2025	EM EXECUÇÃO
SP	PRESIDENTE PRUDENTE	HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE	99%	30/05/2025	EM EXECUÇÃO
SP	SÃO PAULO	HOSPITAL SÃO PAULO - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA	99%	28/02/2025	APTO INAUGURAÇÃO

34 NOVO PAC DESENVOLVIMENTO E SUSTENTABILIDADE

30 **> 90% obra e com Equipamentos**

$ **425 milhões**

BRASIL BEM CUIDADO MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

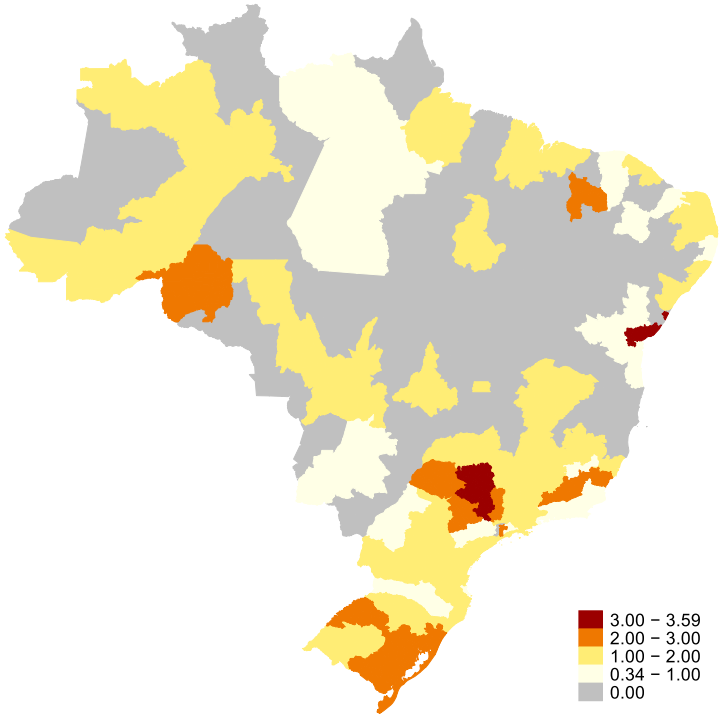
GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

PERSUS: Redução de vazios assistenciais

GOV.BR/SAUDE

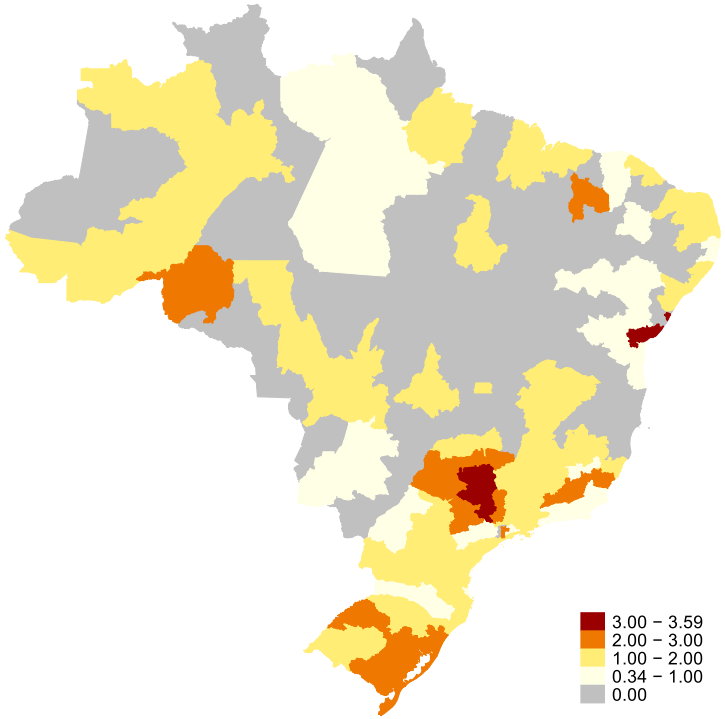
minsaude

2022



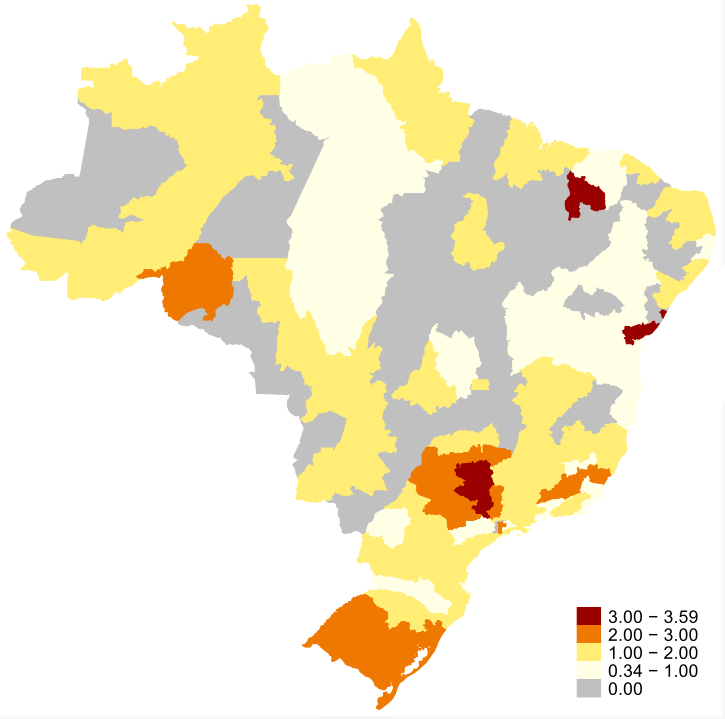
Número de equipamentos de radioterapia /1000 CNC

2024



Número de equipamentos de radioterapia /1000 CNC

2026

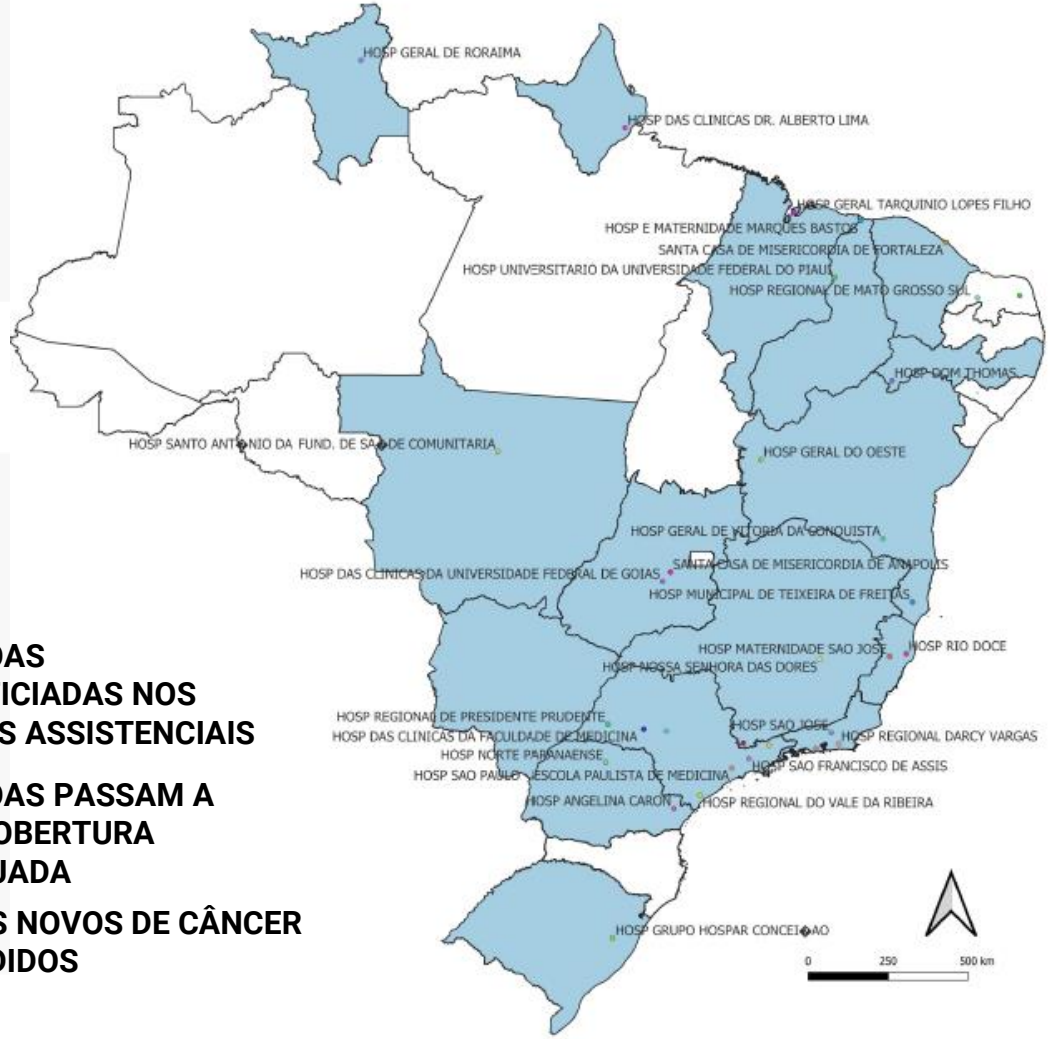


Número de equipamentos de radioterapia /1000 CNC

	2022	2024	2026
Número de Aparelhos	312	324	358
Cobertura de Macrorregiões	74 (62,7%)	75 (63,3%)	85 (72,0%)

Radioterapia: Cronograma de Entregas 2025

GOV.BR/SAUDE
minsaude



59.553.223 PESSOAS BENEFICIADAS NOS VAZIOS ASSISTENCIAIS

2.283.239 PESSOAS PASSAM A TER COBERTURA ADEQUADA

20.400 CASOS NOVOS DE CÂNCER ATENDIDOS

BRASIL BEM CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Transferência de Recursos para *Aquisição de Aceleradores Lineares*

GOV.BR/SAUDE

minsaude

UF	MUNICIPIO	SERVIÇO DE SAÚDE	LICITAÇÃO
CE	BARBALHA	HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE	HOMOLOGADA E PAGA
CE	FORTALEZA	HOSPITAL HAROLDO JUACABA	HOMOLOGADA E PAGA
CE	FORTALEZA	HOSPITAL HAROLDO JUACABA	HOMOLOGADA E PAGA
ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE	HOMOLOGADA E PAGA
MG	VARGINHA	HOSPITAL BOM PASTOR	HOMOLOGADA E PAGA
PI	TERESINA	ASSOCIACAO PIAUIENSE DE COMBATE AO	HOMOLOGADA E PAGA
PR	CURITIBA	HOSPITAL ERASTO GAERTNER	HOMOLOGADA E PAGA
RJ	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO	HOMOLOGADA E PAGA
RS	PASSO FUNDO	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	HOMOLOGADA E PAGA
RS	LAJEADO	HOSPITAL BRUNO BORN	HOMOLOGADA E PAGA
RS	PORTO ALEGRE	HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE	HOMOLOGADA E PAGA
RS	IJUI	HOSPITAL DE CLINICAS IJUI	HOMOLOGADA E PAGA
SC	BLUMENAU	HOSPITAL SANTO ANTONIO	HOMOLOGADA E PAGA
SP	JUNDIAI	HCSVP HOSPITAL SAO VICENTE	HOMOLOGADA E PAGA
SP	SAO PAULO	HOSP SANTA MARCELINA SAO PAULO	HOMOLOGADA E PAGA
SP	RIBEIRAO PRETO	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO	HOMOLOGADA E PAGA
SP	PIRACICABA	SANTA CASA DE PIRACICABA	HOMOLOGADA E PAGA
SP	SAO PAULO	HOSP STA MARCELINA SAO PAULO	HOMOLOGADA E PAGA
SP	CAMPINAS	HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNICAMP	HOMOLOGADA E PAGA
SP	SAO PAULO	HOSPITAL GRAACC INSTITUTO DE	HOMOLOGADA E PAGA
BA	ITABUNA	HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO	HOMOLOGADA
BA	SALVADOR	HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ	HOMOLOGADA
CE	SOBRAL	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	HOMOLOGADA
DF	BRASILIA	HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	HOMOLOGADA
MG	PASSOS	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	HOMOLOGADA
PB	CAMPINA GRANDE	HOSPITAL ESCOLA DA FAP	HOMOLOGADA
RN	NATAL	LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O	HOMOLOGADA
SC	JARAGUA DO SUL	HOSPITAL SAO JOSE	HOMOLOGADA
SP	JALES	HOSPITAL DE AMOR JALES	HOMOLOGADA
SP	SANTOS	SANTA CASA DE SANTOS	HOMOLOGADA
SP	CAMPINAS	BOLDRINI CAMPINAS	HOMOLOGADA
SP	JAU	HOSPITAL AMARAL CARVALHO JAU	HOMOLOGADA
SP	SAO PAULO	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO	HOMOLOGADA
MG	DIVINOPOLIS	HOSPITAL SAO JOAO DE DEUS	EM ANDAMENTO
PR	LONDRINA	HCL HOSPITAL DO CANCER DE LONDRINA	EM ANDAMENTO

NOVO PAC
DESENVOLVIMENTO E SUSTENTABILIDADE

35 Convênios de aquisição de aceleradores lineares

20 Licitações homologadas e pagas

13 Licitações homologadas

2 Licitações em andamento

BRASIL BEM CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

FÍSICO MÉDICO

GOV.BR/SAUDE
minsaude

	Cursos	Vagas	Inscritos	Ingressantes	Concluintes	Público	Privado	Priv/Pub
Físico médico	13	638	1524	296	134	116	18	0.16

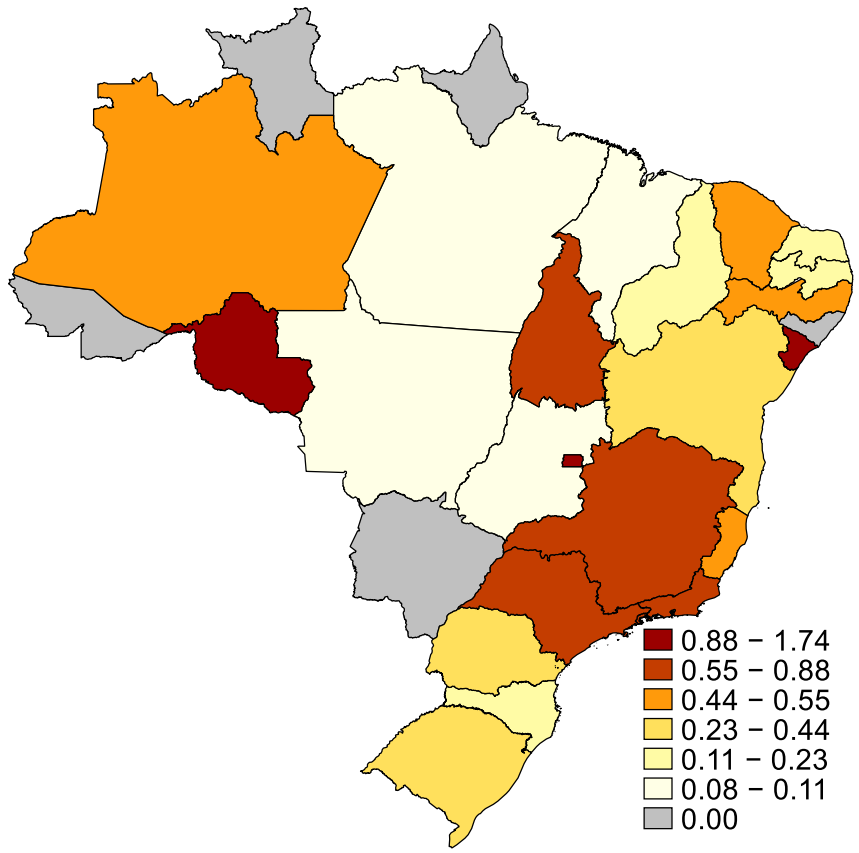
INCA CONSINCA BRASIL BEM CUIDADO SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

FÍSICO MÉDICO

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Número de físicos médicos/450 CNC



R1 e R2 por estado – Brasil - 2024

UF	R1	R2
AL	1	0
BA	2	0
CE	2	1
DF	1	0
ES	2	0
GO	2	2
MG	12	5
MT	1	1
PE	1	1
PR	3	3
RJ	8	0
RN	1	1
RS	4	1
SC	2	0
SP	48	20
BR	**90**	**35**

Segundo a Norma CNEN NN 6.10, ***"Todo serviço de radioterapia deve contar com a presença integral de, no mínimo, um físico-médico."***

12 UF sem residência

AC, AP, AM, MS, TO, RR, SE, PA, PB, PI, MA, RO

Número de físicos médicos no SUS: **409**

Necessidade (1:450 CNC): **779**

Déficit: **- 339**

R2: **35**

BRASIL BEM CUIDADO – MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA | SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

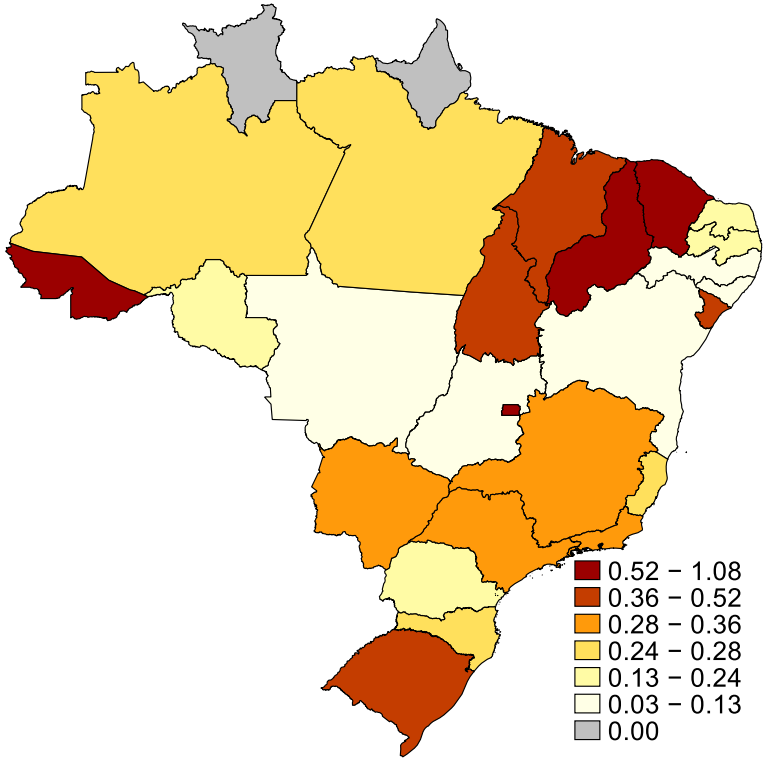
Zhu H et al. Lancet Glob Health. 2024 Dec;12(12):e1945-e1953.

RADIOTERAPIA

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Número de radioterapeutas/250 CNC



Número de radioterapeutas no SUS: **403**

Necessidade (1:250 CNC): **1401**

Déficit: **- 998**

Fonte: Cartografia médica, a partir do CNES Dez 23; Censo 2022; ANS dez 23

TOTAL DE PROGRAMAS
45

VAGAS AUTORIZADAS
90

R4 ATUALMENTE
16

CONCORRÊNCIA
3,14

ESTADOS SEM PROGRAMAS
AC, AP, AM, MS, TO, RR, SE, PA, PB, PI, MA, RO

NOVOS PROGRAMAS
02

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

Zhu H et al. Lancet Glob Health. 2024 Dec;12(12):e1945-e1953.

Agora tem ESPECIALISTAS
Da consulta ao tratamento

OFERTAR ATÉ 6.300 VEÍCULOS PARA LEVAR OS PACIENTES ATÉ OS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

- Prioridade para o cuidado ao câncer

Até 1,2 milhão de pacientes beneficiados por mês

R$ 870 milhões em 2025

OUTUBRO 2025

ambulâncias

vans

Micro-ônibus

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Ativar o Windows

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Política e Rede de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

"Tempo é Vida"

BRASIL BEM CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

GOV.BR/SAUDE

minsaude

OBRIGADO!

BRASIL BEM CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

GOV.BR/SAUDE

minsaude

BRASIL BEM CUIDADO

MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

BRASIL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Análise do Novo Marco Regulatório da EaD

DECRETO nº 12.456/2025
Portaria MEC nº 378/2025
Portaria MEC nº 381/2025

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

BRASIL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Introdução

GOV.BR/SAUDE

minsaude

- **Decreto 12.456/2025**
  - dispõe sobre a **oferta de EaD** por Instituições de Educação Superior em cursos de graduação.
- **Portaria MEC 378/2025**
  - Dispõe sobre os **formatos de oferta** dos cursos superiores de graduação.
- **Portaria MEC 381/2025**
  - Dispõe sobre as **regras de transição** para a aplicação do Decreto e estabelece o calendário de processos regulatórios no Sistema e-MEC para o ano de 2025.

Princípios

I - promoção do acesso à educação superior de qualidade;

II - desenvolvimento de processos de ensino e aprendizagem e de materiais didáticos diversificados e plurais;

III - garantia do direito ao acesso, à permanência e à aprendizagem, assegurado o padrão de qualidade e de excelência acadêmica aos estudantes da educação superior, independentemente do formato de oferta do curso;

Princípios

IV - promoção da interação entre estudantes e profissionais da educação;

V - desenvolvimento de habilidades e competências diversas mediante uso de meios de TIC;

VI - desenvolvimento pleno do estudante para o exercício da cidadania e para a qualificação profissional;

Princípios

VII - valorização da docência;

VIII - valorização do polo de educação a distância das Instituições de Educação Superior como espaço de interação e promoção da identidade institucional, do curso e do estudante; e

IX - reconhecimento do compromisso e da responsabilidade social das Instituições de Educação Superior públicas e privadas.

Definições

GOV.BR/SAUDE

minsaude

I - educação a distância - processo de ensino e aprendizagem, síncrono ou assíncrono, realizado por meio do uso de TIC, no qual o estudante e o docente ou outro responsável pela atividade formativa estejam em lugares ou tempos diversos;

Definições

II - atividade presencial - atividade formativa realizada com a participação do estudante e do docente ou de outro responsável pela atividade formativa em lugar e tempo coincidentes;

Definições

III - atividade síncrona - atividade de educação a distância realizada com recursos de áudio e vídeo, na qual o estudante e o docente ou outro responsável pela atividade formativa estejam em lugares diversos e tempo coincidente;

IV - atividade síncrona mediada - atividade síncrona realizada com participação de grupo de, no máximo, setenta estudantes por docente ou mediador pedagógico e controle de frequência dos estudantes

Definições

VI - Polo de Educação a Distância - Polo EaD - unidade descentralizada da Instituição de Educação Superior, no País ou no exterior, para o desenvolvimento de atividades formativas; e

VII - unidade curricular - componente curricular definido no Projeto Pedagógico do Curso, com o objetivo de desenvolvimento e avaliação de conhecimentos e competências, sob a responsabilidade de docente e que compõe a carga horária do curso.

Definições

§ 2º As atividades presenciais poderão ocorrer:

1) na sede da Instituição de Educação Superior;
2) nos *campi* fora das respectivas sedes;
3) no Polo EaD;
4) em ambiente profissional;
5) em espaços para atividades de extensão; ou
6) em outros espaços de aprendizagem previstos no Projeto Pedagógico do Curso, observadas as DCN e a legislação pertinente.

Definições

§ 3º As atividades formativas de que tratam os incisos I e II do caput (educação a distância e atividade presencial) abrangerão as atividades de natureza prático-profissional, com a participação de supervisor, preceptor ou outro responsável pela condução da atividade, observadas as DCN.

§ 4º As atividades de que tratam os incisos II a V do caput (presencial, síncrona e assíncrona) poderão representar frações da carga horária da unidade curricular, por meio da utilização de estratégias pedagógicas diversificadas e inovadoras que visem ao engajamento ativo dos participantes no processo de ensino e aprendizagem.

Formatos

Decreto 2.456/2025, Art. 4º:

I - curso presencial;

II - curso semipresencial; e

III - curso a distância.

Formatos

Decreto 2.456/2025, Art. 4º:

§ 1º A educação a distância, síncrona e assíncrona, nos termos do disposto no art. 3º,caput,incisos I, III, IV e V, poderá ser adotada em qualquer formato de oferta previsto no caput deste artigo, observados os limites e percentuais definidos neste Decreto.

§ 2º As atividades presenciais, nos termos do disposto no art. 3º,caput, inciso II, serão adotadas em todos os formatos de oferta previstos no caput deste artigo, observados os limites e percentuais definidos neste Decreto.

Formatos

Decreto 2.456/2025, Art. 4º:

§ 3º As Instituições deverão estruturar o Projeto Pedagógico do Curso em conformidade com o formato de oferta do curso, observados os limites estabelecidos nas DCN ou em ato do Ministro da Educação.

§ 4º Os atos autorizativos dos cursos especificarão o formato de oferta, vedada a oferta de curso em formato diverso daquele autorizado.

Formatos

Decreto 2.456/2025:

Art. 5º: Os cursos de graduação presenciais, semipresenciais ou a distância deverão ter a mesma duração e o mesmo prazo para a integralização da carga horária, observadas as DCN.

Art. 6º: As Instituições deverão realizar o controle de frequência dos estudantes nas atividades presenciais e síncronas mediadas para aprovação em cada unidade curricular do curso.

Limites e Percentuais

GOV.BR/SAUDE
minsaude

CURSO DE GRADUAÇÃO PRESENCIAL

Decreto 2.456/2025, Art. 10:

- **Mínimo 70% da carga horária total em atividade presencial;**
- **Máximo 30% da carga horária total em atividades assíncronas, síncronas ou síncronas mediadas.**

Limites e Percentuais

GOV.BR/SAUDE
minsaude

CURSO DE GRADUAÇÃO PRESENCIAL

Port. MEC 378/2025, ART. 5º:

- **MEDICINA como exceção – 100% de atividades presenciais;**
- **Enfermagem, Odontologia, Psicologia* como exceção – formato presencial – mínimo 70% de atividades presenciais.**

*Obs: O MEC não considera a **Psicologia** como graduação na área da Saúde

Limites e Percentuais

GOV.BR/SAUDE
minsaude

CURSO DE GRADUAÇÃO SEMIPRESENCIAL

Decreto 2.456/2025, Art. 11:

- **Mínimo 30% da carga horária total em atividade presencial;**
- **Mínimo 20% da carga horária total em atividades presenciais ou síncronas mediadas;**
- **Máximo 50% de livre escolha da instituição;**
- **Percentuais mínimos podem ser aumentados por DCN ou ato do Ministro.**

Limites e Percentuais

GOV.BR/SAUDE
minsaude

CURSO DE GRADUAÇÃO SEMIPRESENCIAL

Port. MEC 378/2025, ART. 7º:

- **Formato semipresencial - pelo menos 30% de atividades presenciais - 20% de atividades presenciais ou síncronas mediadas – bacharelado, licenciatura e tecnologia das seguintes áreas:**
- **I – Educação (BIOLOGIA, Ed. FÍSICA); e**
- **II – Ciências Naturais (BIOLOGIA), Matemática e Estatística.**

Vedada a oferta no formato a distância.

Limites e Percentuais

GOV.BR/SAUDE
minsaude

CURSO DE GRADUAÇÃO SEMIPRESENCIAL

Port. MEC 378/2025, ART. 8º:

Formato semipresencial - pelo menos 40% de atividades presenciais - 20% de atividades presenciais ou síncronas mediadas - bacharelado e tecnologia das seguintes áreas:

I - Saúde e Bem-Estar;

II - Engenharia, Produção e Construção; e

III - Agricultura, Silvicultura, Pesca e Veterinária.

Vedada a oferta no formato a distância.

Limites e Percentuais

GOV.BR/SAUDE
minsaude

CURSO DE GRADUAÇÃO SEMIPRESENCIAL

Classificação CINE Brasil*:

I - Saúde e Bem-Estar - Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Biomedicina, Nutrição, Educação Física, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Radiologia - Saúde Coletiva (sanitarista), Agente Comunitário de Saúde e Endemias, Acompanhamento Terapêutico, Instrumentação Cirúrgica, Podologia, Massoterapia, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Gerontologia, Óptica e Optometria, Naturopatia e Quiropraxia;

III - Agricultura, Silvicultura, Pesca e Veterinária – Medicina Veterinária.

*Classificação Internacional Normalizada da Educação Adaptada para Cursos de Graduação e Sequenciais

Limites e Percentuais

GOV.BR/SAUDE
minsaude

PREVALÊNCIA DAS DCN E DO CNCST

Port. Mec 378, art2º

§ 1º As Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN e as disposições do Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnologia - CNCST poderão definir percentuais mínimos de carga horária de atividades presenciais ou síncronas mediadas.

§ 2º Devem prevalecer as previsões específicas de carga horária de atividades presenciais ou síncronas mediadas estabelecidas em DCN e no CNCST, desde que respeitados os percentuais mínimos e vedações previstos nesta Portaria.

§ 3º Os cursos de graduação devem observar as disposições sobre a vedação de oferta em determinados formatos estabelecidas por meio das DCN e do CNCST.

Regras de Transição

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Portaria MEC nº 381/2025 – Extinção de cursos

Art. 8º: Os cursos EaD autorizados antes da publicação do Decreto e que passaram a ser vedados no formato de oferta de cursos a distância, entrarão em processo de extinção.

§ 1º: A SERES/MEC alterará o status dos cursos de que trata o caput para "em extinção" no Sistema e-MEC após noventa dias, contados da data de publicação do Decreto.

Regras de Transição

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Portaria MEC nº 381/2025 – Extinção de cursos

§ 2º: A Instituição não poderá matricular novos ingressantes após o curso entrar em extinção.

§ 3º Os estudantes que se matricularam até a alteração do seu status para "em extinção", terão direito à conclusão do curso no formato de oferta previsto no ato de matrícula.

§ 4º É responsabilidade da Instituição assegurar a continuidade da oferta do curso no formato EaD, até dois anos após o prazo de integralização, previsto no projeto pedagógico do curso, de forma a viabilizar a conclusão pelos estudantes matriculados.

§ 5º Após o período de continuidade da oferta o curso será extinto.

Regras de Transição

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Portaria MEC nº 381/2025 – Processos em Trâmite

Art. 10: Processos de credenciamento, de credenciamento EaD, de credenciamento exclusivo EaD, de recredenciamento, de recredenciamento EaD e de autorização de curso em trâmite no Sistema e-MEC na data de publicação do Decreto, que ainda não tenham sido submetidos à avaliação in loco pelo Inep, serão extintos.

Fica resguardada a validade do ato institucional em vigor até o fim do prazo estabelecido no art. 2º (dois anos após a publicação do Decreto).

Regras de Transição

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Portaria MEC nº 381/2025 – Processos em Trâmite

Art. 11. Os processos regulatórios de credenciamento, de credenciamento EaD e de credenciamento exclusivo EaD em trâmite no Sistema e-MEC na data de publicação do Decreto, com avaliação in loco realizada pelo Inep, tramitarão conforme as normas e fluxos vigentes à época do protocolo.

Parágrafo único. Os processos regulatórios de credenciamento exclusivo EaD, com pedidos de autorização vinculados estritamente a cursos EaD cuja oferta é vedada nos formatos semipresencial e a distância, serão indeferidos.

Regras de Transição

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Portaria MEC nº 381/2025 – Processos em Trâmite

Art. 12: Os processos de recredenciamento e de recredenciamento EaD em trâmite no Sistema e-MEC na data de publicação do Decreto, com avaliação in loco realizada pelo Inep, serão extintos, resguardada a validade do ato institucional em vigor até o fim do prazo estabelecido no art. 2º (dois anos após a publicação do Decreto).

Art. 14: As Instituições com processos regulatórios extintos, nos termos dos arts. 10 e 12, poderão protocolar novos pedidos compatíveis com as exigências do Decreto, dos atos do Ministro de Estado da Educação que o disciplinem e de acordo com o calendário regulatório.

Regras de Transição

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Portaria MEC nº 381/2025 – Processos em Trâmite

Art. 15: Os processos de autorização de cursos, em trâmite no Sistema e-MEC na data de publicação do Decreto, com avaliação in loco já realizada pelo Inep, tramitarão conforme as normas e fluxos vigentes à época do protocolo.

§ 1º: Os pedidos de autorização de cursos EaD vedados neste formato de oferta serão indeferidos.

§ 2º As Instituições com pedidos de autorização em trâmite de cursos vedados no formato EaD, mas permitidos no formato semipresencial, poderão obter autorização para a oferta do curso no formato semipresencial, por meio de processo simplificado, com o aproveitamento da avaliação in loco realizada no processo que tramitava para autorizar o curso EaD.

Corpo Docente em EaD

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 18. O corpo docente poderá ser composto pelas seguintes categorias:

I - coordenador de curso;

II - professor regente; e

III - professor conteudista.

Art. 19. Poderá ser auxiliado por mediadores pedagógicos, com formação acadêmica compatível - As atribuições e a formação acadêmica dos mediadores pedagógicos serão dispostas em ato do Ministro da Educação, observados os referenciais de qualidade para os cursos de graduação com oferta a distância.

Art. 21. O corpo docente poderá ser auxiliado por tutores com atribuições administrativas

Avaliações em EaD

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 23. As Instituições deverão aplicar avaliações de aprendizagem presenciais, em suas sedes, nos campi fora das sedes e nos Polos EaD, em todas as suas unidades curriculares ofertadas de forma parcial ou integral em educação a distância.

Art. 24. As Instituições serão responsáveis por assegurar a identificação do estudante nas avaliações de aprendizagem presenciais e a distância, com vistas a garantir que as provas sejam realizadas exclusivamente pelo estudante devidamente matriculado.

Avaliações em EaD

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Avaliações presenciais deverão:

I - ocorrer periodicamente e observar os referenciais de qualidade para os cursos de graduação com oferta de ensino a distância;

II - ter peso majoritário na composição da nota final de cada unidade curricular; e

III - incluir elementos que incentivem o desenvolvimento de habilidades discursivas de análise e síntese, que componham, no mínimo, 1/3 do peso da avaliação.

§ 2º A exigência estabelecida no inciso III poderá ser dispensada para as avaliações realizadas por meio de atividades práticas.

Materiais Didáticos em EaD

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 25. Os materiais didáticos utilizados em EaD deverão refletir o planejamento pedagógico e a organização curricular do curso ou unidade curricular em que estão inseridos, asseguradas a qualidade e a efetividade do processo de ensino e aprendizagem, sob a coordenação pedagógica do docente.

§ 1º Os materiais didáticos deverão estar alinhados às DCN do respectivo curso, aos objetivos de aprendizagem definidos no Projeto Pedagógico do Curso e às necessidades dos estudantes.

§ 2º Os materiais didáticos deverão ter qualidade, acessibilidade, diversidade e pluralidade de fontes bibliográficas, perspectivas e abordagens.

Materiais Didáticos em EaD

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 26. As plataformas digitais utilizadas em EaD deverão facilitar o processo de comunicação, ensino, aprendizagem e avaliação, e assegurar a interação pedagógica entre estudantes, professores e mediadores pedagógicos, o acesso a conteúdos educacionais e a gestão das atividades acadêmicas.

§ 1º As Instituições deverão promover a formação continuada de todos os envolvidos no processo de ensino e aprendizagem para o desenvolvimento de competências digitais e garantir a acessibilidade e a usabilidade dos recursos disponibilizados por meio das plataformas digitais.

§ 2º As Instituições deverão adotar medidas que promovam a identidade institucional nas plataformas digitais utilizadas em EaD.

Infraestrutura da Sede

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 27. A sede da Instituição independentemente do formato de oferta de seus cursos, deverá dispor, no mínimo, da seguinte infraestrutura:

I - recepção;

II - secretaria acadêmica;

III - salas de professores e de coordenadores;

IV - espaço para a realização das atividades da Comissão Própria de Avaliação, de que trata a Lei nº 10.861/2004, e de outros órgãos colegiados, acadêmicos e administrativos, necessários ao pleno funcionamento da Instituição de Educação Superior;

Infraestrutura da Sede

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 27. A sede da Instituição de Educação Superior, independentemente do formato de oferta de seus cursos, deverá dispor, no mínimo, da seguinte infraestrutura:

V - laboratórios e outros espaços formativos compatíveis com as atividades práticas presenciais dos cursos ofertados;

VI - salas ou ambientes para estudos individuais e coletivos, com disponibilização de acervo bibliográfico físico ou virtual, compatíveis com as atividades dos cursos ofertados e com o número de estudantes que deverão utilizá-las; e

VII - equipamentos e dispositivos de acesso à internet e conexão de internet estável e de alta velocidade, compatível com o número de usuários.

Infraestrutura da Sede

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 27.

§ 1º É vedado o compartilhamento da sede com outra Instituição.

§ 2º A sede da Instituição deverá garantir a acessibilidade, nos termos da legislação.

Art. 28. As Instituições poderão manter, na sede ou em outra localidade, núcleo de suporte tecnológico e pedagógico à oferta de educação a distância, que serão avaliados no âmbito do credenciamento e do recredenciamento.

Os Polos EaD

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 29. O Polo EaD deverá dispor, no mínimo, da seguinte infraestrutura:

I - recepção;

II - sala de coordenação;

III - salas ou ambientes para estudos individuais e coletivos, compatíveis com as atividades dos cursos ofertados e com o número de estudantes que deverão utilizá-las;

IV - laboratórios e outros espaços formativos compatíveis com as atividades dos cursos ofertados, quando aplicável; e

V - equipamentos e dispositivos de acesso à internet e conexão de internet estável e de alta velocidade, compatível com o número de usuários.

Os Polos EaD

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 29.

§ 1º O Polo EaD funcionará como local de conexão entre a Instituição e os campos de práticas profissionais e de estágio supervisionado, e como espaço de interação com a comunidade para a promoção de atividades de extensão.

§ 2º O Polo EaD deverá possuir espaços e infraestrutura física e tecnológica adequados às especificidades dos cursos ofertados, observadas as DCN e a capacidade de atendimento dos estudantes.

Os Polos EaD

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 29.

§ 3º O Polo EaD deverá contar com um responsável designado e capacitado pela Instituição, para apoiar os estudantes nas funcionalidades educacionais e nas rotinas acadêmicas, como a realização de avaliações de aprendizagem presenciais, e na articulação e na consolidação de parcerias relacionadas aos campos de práticas em ambientes profissionais, estágios e atividades de extensão.

§ 4º O Polo EaD deverá apresentar identificação pública e inequívoca da Instituição responsável pela oferta dos cursos.

§ 5º É vedado o compartilhamento de Polo EaD com outra Instituição.

Os Polos EaD

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 29.

§ 6º A oferta de cursos de graduação em Polos EaD no exterior fica restrita aos cursos a distância, ressalvada a oferta de cursos semipresenciais criados para o atendimento de programas e políticas governamentais.

Art. 30. As atividades presenciais dos cursos semipresenciais e a distância deverão ser realizadas na sede, em Polos EaD ou em ambientes profissionais devidamente equipados para esse fim e sob a supervisão acadêmica.

Os Polos EaD

GOV.BR/SAUDE
minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 31. A oferta de cursos de graduação semipresenciais e a distância poderá ser apoiada por parceria entre a Instituição regularmente credenciada e outras pessoas jurídicas para a implementação dos Polos EaD, observado o limite da capacidade de atendimento de estudantes.

§ 1º A parceria de deverá ser formalizada, com previsão de obrigações e responsabilidades das partes, e preservar a competência exclusiva da Instituição quanto à:

I - prática dos atos acadêmicos referentes ao objeto da parceria;

II - contratação do corpo docente e dos mediadores pedagógicos;

III - seleção de materiais didáticos utilizados nos processos de ensino e aprendizagem; e

IV - expedição das titulações acadêmicas.

Os Polos EaD

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 31.

§ 2º A parceria de que trata o caput deverá ser elaborada em consonância com o Plano de Desenvolvimento Institucional.

§ 3º O instrumento de formalização da parceria deverá ser divulgado por meio do sítio eletrônico da Instituição e nos demais canais de comunicação com os estudantes matriculados.

§ 4º A Instituição deverá manter as informações sobre a celebração e o encerramento das parcerias atualizadas em sistema eletrônico disponibilizado pelo Ministério da Educação, a fim de garantir o atendimento aos critérios de qualidade e assegurar os direitos dos estudantes matriculados.

Os Polos EaD

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 32. As responsabilidades da Instituição ficam estendidas aos Polos EaD, próprios ou implementados por meio de parceria.

Art. 33. Ato do Ministro da Educação disporá sobre a criação e o funcionamento dos Polos EaD.

Vínculos do Estudante

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Decreto nº 12.456/2025

Art. 34. O vínculo educacional deverá ser estabelecido diretamente entre o estudante e a mantenedora da Instituição.

§ 1º A relação contratual estabelecida entre o estudante e a mantenedora da Instituição deverá assegurar que todas as responsabilidades acadêmicas, administrativas e financeiras decorrentes da oferta do curso sejam exclusivamente atribuídas à mantida e à mantenedora, vedada a terceirização dessas obrigações às entidades parceiras.

§ 2º É vedada a celebração de contrato educacional entre estudante e entidade parceira da Instituição.

GOV.BR/SAUDE

minsaude

Muito obrigado!

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL

BRASIL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Oficina metodológica sobre usos da Classificação Brasileira de Ocupações /CRTS - Junho 2025

O que é a CBO?

A Classificação Brasileira de Ocupações - CBO é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Acompanhando o dinamismo das ocupações, a CBO tem por filosofia sua atualização constante de forma a expor, com a maior fidelidade possível, as diversas atividades profissionais existentes em todo o país, sem diferenciação entre as profissões regulamentadas e as de livre exercício profissional.

A CBO trata do reconhecimento da existência de determinada ocupação no mercado de trabalho. A regulamentação da profissão, diferentemente da CBO, é realizada por Lei cuja apreciação é feita pelo Congresso Nacional

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

Principais Dúvidas quanto ao uso da CBO

- **Qual código utilizar**
- **Diferentes titulações para uma mesma ocupação**
- **Ajudante/Auxiliar/Assistente**
- **Supervisor/Coord./Júnior/Pleno/Sênior/Analista,etc**

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

- A nomenclatura utilizada no documento CBO está relacionada às ocupações identificadas no mercado de trabalho brasileiro e não aos cargos ou funções existentes no âmbito das empresas.
- As empresas têm total liberdade para organizar seu plano de cargos e salários, sendo assim, não necessitam de usar as mesmas denominações usadas na CBO. O importante é que a codificação e as atividades sejam semelhantes.
- Assim não há necessidade de se utilizar a titulação exatamente da forma que a mesma se apresenta na CBO, porém o código utilizado deve estabelecer uma relação direta com as atividades desempenhadas do profissional em questão. Ou seja, a empresa pode classificar um funcionário com a nomenclatura diferente da apresentada na CBO, desde que:

  - ✓ Não exista uma titulação aproximada, dentre as listadas pela CBO.
  - ✓ A titulação utilizada traduza com exatidão a função executada.
  - ✓ A titulação utilizada estabeleça uma relação direta com a descrição de atividades listadas para o código correspondente na CBO.

CBO (mtecbo.gov.br)

Profissionais da saúde e Afins

2232 - CIRURGIÕES-DENTISTAS

2233 - VETERINÁRIOS E ZOOTECNISTAS

2234 - FARMACÊUTICOS

2235 - ENFERMEIROS E AFINS

2236 - FISIOTERAPEUTAS

2237 - NUTRICIONISTAS

2238 - FONOAUDIÓLOGOS

2239 - TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, ORTOPTISTAS E PSICOMOTRICISTAS

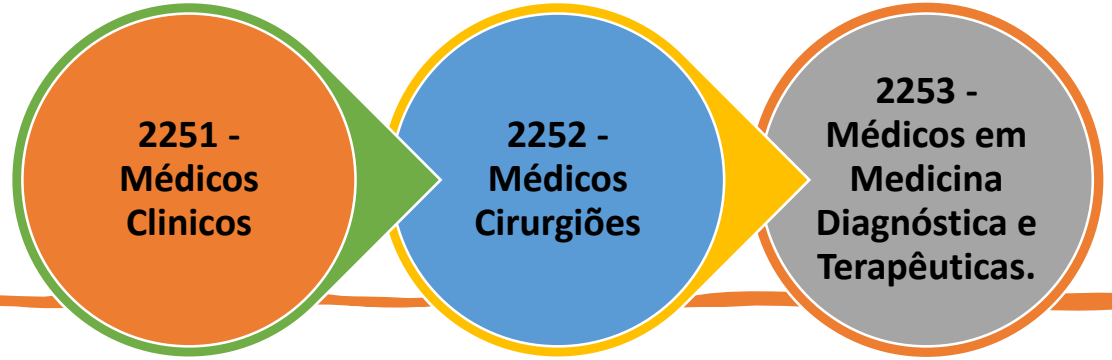
2251 - MÉDICOS CLÍNICOS

2252 - MÉDICOS EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

2253 - MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

MÉDICOS



2251-03 - MÉDICO INFECTOLOGISTA - Infectologista, Médico de doenças infecciosas e parasitárias

2251-05 - MÉDICO ACUPUNTURISTA

2251-06 - MÉDICO LEGISTA - Legista

2251-09 - MÉDICO NEFROLOGISTA - Nefrologista

2251-10 - MÉDICO ALERGISTA E IMUNOLOGISTA - Alergista, Alergista e imunologista, Alergologista, Médico alergista, Médico imunologista

2252-03 - MÉDICO EM CIRURGIA VASCULAR - Cirurgião vascular

2252-10 - MÉDICO CIRURGIÃO CARDIOVASCULAR - Cirurgião cardiovascular

2252-15 - MÉDICO CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO - Cirurgião de cabeça e pescoço

2252-20 - MÉDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO - Cirurgião do aparelho digestivo, Cirurgião gastroenterológico

2253-05 - MÉDICO CITOPATOLOGISTA - Citopatologista

2253-10 - MÉDICO EM ENDOSCOPIA - Endoscopista, Médico broncoesofagologista, Médico broncoscopista, Médico endoscopista

2253-15 - MÉDICO EM MEDICINA NUCLEAR - Médico nuclear

2253-20 - MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Imaginologista, Médico radiologista, Radiologista

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

Família Ocupacional – Como é composta?

Ocupações
Médico infectologista - IN
Médico acupunturista - AC
Médico legista - ML
Médico nefrologista - NF
Médico alergista e imunologista - AI
Médico neurologista - NR
Médico angiologista - AN
Médico nutrologista - NT
Médico cardiologista - CA
Médico oncologista clínico - ON
Médico cancerologista pediátrico - MCP
Médico pediatra - PE
Médico clínico - CL

Descrição sumária

Realizam consultas e atendimentos médicos; tratam pacientes e clientes; implementam ações de prevenção de doenças e promoção da saúde tanto individuais quanto coletivas; coordenam programas e serviços em saúde, efetuam perícias, auditorias e sindicâncias médicas; elaboram documentos e difundem conhecimentos da área médica.

Formação e experiência

Essas ocupações são exercidas por profissionais com formação superior em Medicina, credenciados pelo Conselho Regional de Medicina (CRM). O exercício pleno das funções se dá após o período de um a dois anos de experiência profissional e de três a quatro anos para o médico antroposófico. Para o exercício da função no Programa de Estratégia de Saúde da Família não é necessário experiência anterior.

Condições gerais de exercício

Os profissionais dessa família ocupacional exercem suas funções em setores cujas atividades referem-se a saúde e serviços sociais, ensino, pesquisa e desenvolvimento. De modo geral atuam por conta própria, na condição de autônomos; sem supervisão permanente. Organizam-se individualmente e em equipe de trabalho, desenvolvendo as atividades em ambientes fechados, em horários de trabalho irregulares. Exceção feita profissionais que atuam no Programa de Estratégia de Saúde da Família, onde exercem suas funções como empregados, com supervisão ocasional e cumprem carga horária semanal prevista em Portaria específica. Podem trabalhar em posições desconfortáveis durante longos períodos e, devido à natureza e nível de responsabilidade próprio da função, podem estar sujeitos a estresse constante. Em algumas ocupações os profissionais podem estar sujeitos a ação de materiais tóxicos, químicos, radioativos e biológicos.

Áreas	Atividades			
A REALIZAR CONSULTA E ATENDIMENTO MÉDICO	Realizar anamnese 1 CL MSF TG AT MAN AP HE	Realizar exame físico 2 CL MSF TG AT MAN AP HE	Levantar hipóteses diagnósticas 3 CL MSF TG AT MAN AP HE	Realizar propedêutica instrumental 4 CL MSF TG AT MAN AP HE
	Solicitar exames complementares 5 CL MSF TG AT MAN AP HE	Solicitar interconsultas 6 CL MSF TG AT MAN AP HE	Realizar exames complementares 7 CL MSF TG AT MAN HE	Supervisionar propedêutica instrumental 8 CL MSF TG AT MAN AP HE
	Interpretar dados de exame clínico e exames complementares 9 CL MSF TG AT MAN AP HE	Diagnosticar estado de saúde de pacientes e clientes 10 CL MSF TG AT MAN AP HE	Realizar diagnóstico de saúde da comunidade 11 CL MSF TG AT MAN AP HE	Discutir diagnóstico, prognóstico e tratamento com pacientes, clientes, responsáveis e familiares 12 CL MSF TG AT MAN AP HE
	Realizar atendimento em consultório 13 CL MSF TG AT MAN AP HE	Realizar visitas hospitalares 14 CL MSF TG AT MAN AP HE	Realizar atendimentos de urgência e emergência 15 CL MSF TG AT MAN AP HE	Realizar visitas domiciliares 16 CL MSF TG AT MAN AP HE
	Encaminhar usuários a outros profissionais 17 CL MSF TG AT MAN AP HE	Avaliar momento biográfico 18 AP		
B TRATAR PACIENTES E CLIENTES	Planejar tratamento de clientes e pacientes 1 CL MSF TG AT MAN AP HE	Indicar tratamento 2 CL MSF TG AT MAN AP HE	Receitar drogas, medicamentos , fitoterápicos e antroposóficos 3 CL MSF TG AT MAN AP HE	Praticar intervenções clínicas 4 CL MSF TG AT MAN AP HE

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

Como encaminhar demandas de atualização?

O processo de atualização da CBO ocorre anualmente, a partir de análise das demandas que são encaminhadas por diversos segmentos da sociedade à Coordenação da CBO. Cada demanda é submetida a um estudo, denominado "Estudo de escopo" que tem como principais pontos de análise:

- principais atribuições e as áreas de atuação;
- perfil da categoria; e
- o panorama do exercício da ocupação no mercado de trabalho brasileiro.

Proposta para atualização diferenciada/ Profissões Regulamentadas

- Os Conselhos Profissionais, neste caso juntamente com o Ministério da Saúde, encaminharão ao MTE/DCBO as necessidades de alteração, levando em consideração à estrutura do documento e os usos da CBO.
- Posteriormente serão agendadas reuniões on-line com representantes dos conselhos e especialistas da ocupação a ser incluída/alterada.
- Finalizada a etapa das entrevistas as atualizações são publicadas na página da DCBO
- Eventualmente alguma inclusão que fuja o padrão da DCBO poderá ser adotada pelo Ministério da Saúde, com codificação diferenciada para uso em registros próprios.

RELAÇÃO E CONTROLE DE CBOS PROVISORIOS CRIADOS PELA CGSI/MS

ATUALIZADO EM : 07/08/2008

CÓDIGO (*)	DESCRIÇÃO	INCLUSAO	PORTARIA	DATA
2231-A1	MEDICO BRONCOESOFALOGISTA	COMP. 07/2007	PORTARIA SAS Nº 370	04/07/2007
2231-A2	MEDICO HANSENOLOGISTA	COMP. 07/2007	PORTARIA SAS Nº 370	04/07/2007
2231-F3	MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR	COMP. 09/2007	PORTARIA SAS Nº 154	18/03/2008
2231-F4	MEDICO CANCEROLOGISTA PEDIATRICO	COMP. 09/2007	PORTARIA SAS Nº 154	18/03/2008
2231-F5	MEDICO CANCEROLOGISTA CIRURGICO	COMP. 09/2007	PORTARIA SAS Nº 154	18/03/2008
2231-F6	MEDICO CANCEROLOGISTA CLINICO	COMP. 09/2007	PORTARIA SAS Nº 154	18/03/2008
2231-F8	MÉDICO EM MEDICINA PREVENTICA E SOCIAL	COMP. 09/2007	PORTARIA SAS Nº 154	18/03/2008
2231-F9	MEDICO RESIDENTE	COMP.06/2008	PORTARIA SAS Nº 382	11/07/2008

(*) Códigos Provisórios

ATUALIZADO EM : 07/08/2008

FONTE : CGSI/DRAC/SAS/MS

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

Minuta de Decreto Federal

Regulamenta a Lei nº 13.643, de 3 de abril de 2018, que ~~trata~~ regulamenta ~~da profissão~~as profissões de Esteticista, que compreende o Esteticista e Cosmetólogo, e ~~d~~o Técnico em Estética.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, **caput,** inciso IV da Constituição Fed~~e~~eral, e tendo em vista o disposto na Lei nº 13.643, de 3 de abril de 2018,

DECRETA:

Art. 1º A profissão de Esteticista compreende ~~profissionais de nível médio com formação específica em curso técnico e de nível superior~~os ~~os~~ Técnicos em Estética, graduados em cursos técnico com concentração em Estética, e os Esteticistas e Cosmetólogos, graduados em curso de nível superior com concentração em estética e cosmética~~.~~.

Art. 2º Para os efeitos deste Decreto, considera-se as seguintes definições:

I - Avaliação estética[OMMF1]: processo de análise detalhada das características faciais e corporais de uma pessoa, considerando aspectos como pele, medidas corporais e queixas estéticas, para identificar necessidades e planejar procedimentos estéticos personalizados, visando melhorar a aparência e promoção de bem-estar;

II - Cosméticos[OMMF2]: produtos para uso externo, destinados à proteção ou ao embelezamento das diferentes partes do corpo, tais como pós faciais, talcos, cremes de beleza, creme para as mãos e similares, máscaras faciais, loções de beleza, soluções leitosas, cremosas e adstringentes, loções para as mãos, bases de maquilagem e óleos cosméticos, ruges, "blushes", batons, lápis labiais, preparados anti-solares, bronzeadores e simulatórios, rímeis, sombras, delineadores, tinturas capilares, agentes clareadores de cabelos, preparados para ondular e para alisar cabelos, fixadores de cabelos, laquês, brilhantinas e similares, loções capilares, depilatórios e epilatórios, preparados para unhas e outros, em conformidade com a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976 ~~conforme a RDC xxx da ANVISA e suas atualizações~~*~~; Incluir a RDC da ANVISA~~*

III – Procedimentos faciais e corporais em estética[OMMF3]: procedimentos destinados a melhorar a aparência, saúde da pele e bem-estar, com uso de técnicas manuais como limpeza de pele, drenagem linfática, modelagem corporal e outros, com auxílio ou não de cosméticos

e de equipamentos para fins estéticos regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para tais fins;

IV - Procedimentos capilares[OMMF4]: procedimentos destinados a melhorar a aparência ou modificar em parte ou em sua totalidade as características físicas e químicas dos cabelos, com uso de técnicas manuais, cosméticos ou equipamentos para fins estéticos regularizados pela ANVISA;

V - Aparelhos e equipamentos para fins estéticos[OMMF5]: equipamentos utilizados com fins estéticos ~~aprovados, testados~~ regularizados~~e com registro~~ na ANVISA para tais fins;

VI - Técnico em Estética: profissional de nível médio com formação em curso técnico em estética[OMMF6];

VII - Esteticista e Cosmetólogo: profissional de nível superior, com formação em curso de tecnologia ou bacharelado em estética, estética e cosmetologia ou estética e cosmética;[OMMF7]

VIII - Prescrição médica ~~e~~ ou ~~fisioterápica~~fisioterapêutica[OMMF8]: ato do profissional médico ou fisioterapeuta na indicação de procedimentos estéticos e encaminhamento ao esteticista, mediante consulta e anamnese;

~~VIIIa – Prescrição médica: documento emitido por profissional médico para indicação de procedimentos estéticos e encaminhamento ao esteticista, mediante consulta e anamnese;~~

~~VIIIb – Prescrição fisioterápica: documento emitido por profissional fisioterapeuta para indicação de procedimentos estéticos e encaminhamento ao esteticista, mediante avaliação fisioterápica;~~

IX - Controle de prescrição[OMMF9]: registro dos procedimentos estéticos utilizados, sua frequência e condutas ~~após recebimento da prescrição médica ou fisioterápica.~~

Art. 3º Sem prejuízo do exercício das mesmas atividades por outros profissionais habilitados[OMMF10], o técnico em estética ~~poderá~~deverá:

I – Executar, sob supervisão de profissional de nível superior com habilitação em estética, os procedimentos estéticos faciais, corporais e capilares, utilizando como recursos de trabalho produtos cosméticos, técnicas manuais e equipamentos ~~com registro~~regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

II - Solicitar, quando julgar necessário, parecer de outro profissional que complemente a avaliação estética realizada por si, mas sempre por profissional de nível superior com habilitação em estética;

III - Atender os clientes apenas após a apresentação de prescrição médica ou ~~fisioterápica~~fisoterapêutica, ou solicitar, após avaliação estética inicial, avaliação médica ou ~~fisioterápica~~fisoterapêutica.[OMMF11][PMG12]

Art. 4º Sem prejuízo do exercício das mesmas atividades por outros profissionais habilitados, o esteticista e cosmetólogo poderá[OMMF13]:

I – Assumir a responsabilidade técnica pelos centros de estética que realizam os procedimentos estéticos faciais, corporais e capilares, utilizando como recursos de trabalho produtos cosméticos, técnicas manuais e equipamentos ~~com registro~~regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

II – Dirigir, coordenar e supervisionar o ensino de disciplinas relativas a cursos que compreendam estudos com concentração em Estética ou Cosmetologia, desde que observadas as leis e as normas regulamentadoras da atividade docente e formação pedagógica para tal;

III - Realizar auditoria, consultoria e assessoria sobre cosméticos e equipamentos específicos para fins de estética ~~com registro~~ regularizados -na ANVISA;

IV - Elaborar informes, pareceres técnicos e científicos, estudos, trabalhos e pesquisas de mercado ou experimentais relativos à Estética e à Cosmetologia;

V - Realizar pesquisa e desenvolvimento de cosméticos e equipamentos com fins estéticos;

VI - Elaborar e aplicar programa de atendimento, com base no quadro do cliente, estabelecendo as técnicas a serem empregadas e a quantidade de aplicações necessárias após registro e controle da prescrição médica ou ~~fisioterápica~~fisoterapêutica;

VII - Atender os clientes após prescrição médica ou ~~fisioterápica~~fisoterapêutica apresentada pelo cliente, ou solicitar, após avaliação estética, prévia prescrição médica ou ~~fisioterápica~~fisoterapêutica, adequando os procedimentos, técnicas e duração dos procedimentos com as necessidades dos clientes;

VIII - Executar as mesmas atribuições do técnico em estética, além de os supervisionar, mesmo de que maneira não privativa.

Art. 5º Os profissionais esteticistas, para sua atuação, devem considerar:

I – A observância a princípios éticos;

II - A relação de transparência com o cliente, prestando-lhe o atendimento adequado e informando-o sobre técnicas, produtos utilizados e orçamento dos serviços, além da necessidade de consulta prévia com médico ou fisioterapeuta;

III - A segurança dos clientes e das demais pessoas envolvidas no atendimento, evitando exposição a riscos e potenciais danos;[OMMF14]

IV – Os princípios da biossegurança na utilização de produtos, utensílios e equipamentos, além da observância das normas sanitárias vigentes ~~e emanadas por suas autoridades~~.

Art. 6º O exercício da profissão de Esteticista depende de registro no Ministério do Trabalho[OMMF15].

Art. 7º A fiscalização dos centros de estética ficará a cargo do sistema e controle das vigilâncias sanitárias, seguindo orientação da ANVISA, especialmente quanto ao uso dos produtos cosméticos, equipamentos e controles de prescrição[OMMF16].

Art. 8º As atribuições conferidas aos esteticistas não consistem em privatividade de atos e competências, sendo igualmente compartilhadas por outras categorias profissionais.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor 90 (noventa) dias após sua publicação.

Brasília, XX de XXXXXX de 2025; 20Xº da Independência e 13Xº da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Nisia Veronica Trindade Lima

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

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.

Substitutivo ao Projeto de 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 de 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.

§ 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.

Substitutivo ao Projeto de Lei nº 2.717/20219

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.

Encaminhamento Pactuado

GOV.BR/SAUDE

minsaude

O DEGERTS/MS solicitou que os conselhos profissionais que compõem a CRTS, em especial aqueles citados pelo Projeto de Lei nº 2.717/2019, encaminhassem, 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.

O Conselho Federal de Biologia – CFBio e o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, por intermédio de um ofício conjunto, e o Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa, via mensagem eletrônica, apresentaram resposta à solicitação acima.

As contribuições apresentadas pelo CFBio e pelo COFFITO foram citadas na manifestação do Departamento, assim como as considerações do CFFa.

Ao final, o Departamento sugeriu que a Secretaria apresentasse manifestação “Contrária” ao PL nº 2.717/2019 e “Nada a opor” ao Substitutivo, com as seguintes ressalvas:

Manifestação do Departamento

As contribuições do CFBio e do COFFITO, assim como as considerações do CFFa foram citadas na manifestação do Departamento.

Ao final, o Departamento sugeriu que a Secretaria apresentasse manifestação “Contrária” ao PL nº 2.717/2019 e “Nada a opor” ao Substitutivo, com as seguintes ressalvas:

1) O PL não deve utilizar a expressão "saúde estética" (prevista nos §§ 1º e 2º e no caput do art. 1º; no inciso VIII e no caput do art. 2º; e no caput do art. 5º do Substitutivo em análise) uma vez que ela não é definida legalmente e a sua utilização no contexto apresentado pelo PL nº 2.717/2019 pode trazer maior insegurança jurídica para a atuação de todos os profissionais que atuam na área da estética.

2) A estética não é ciência médica e que saúde não se confunde com estética, posto que ambos os termos têm diferentes finalidades. Entende-se ainda que o propósito do PL em questão é regulamentar as prerrogativas de várias profissões da área da saúde para executar procedimentos com finalidade estética dentro do escopo de suas respectivas competências.

Manifestação do Departamento

3) Sugeriu-se ainda se retire a expressão "mesmo que mais restritivos que esta lei" prevista no § 2º do art. 2º, uma vez que pode importar em incongruência lógico-jurídica já que qualquer ato normativo derivado de uma lei deve, por definição, respeitar os limites previstos no texto normativo maior (que é a lei, no caso em tela).

4) Recomendou-se, por fim, que o legislador avaliasse a oportunidade e conveniência de incorporar as sugestões apresentadas pelo CFBio e Coffito acima reproduzidas ao texto do Substitutivo da Comissão do Trabalho da Câmara dos Deputados.

O documento foi concluído com o seguinte texto:

“Todo este cenário indica que o tratamento da matéria deve se dar da maneira mais ampla possível, em razão da relevância da estética para a sociedade e dos diversos casos de imperícia ou negligência apresentados pela mídia recentemente”.

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

Política Nacional de Gestão e Regulação do Trabalho no Sistema Único de Saúde

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Gestão e Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão e dos conselhos profissionais, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Art. 2º O Ministério da Saúde considerará em suas políticas de gestão do trabalho em saúde, e para os efeitos do Art. 37, inciso XVI, da Constituição Federal, as seguintes profissões de Saúde regulamentadas por lei, com formação em nível superior:

I – Médico

II – Enfermeiro (Lei nº 7.498, de 20 de junho de 1986)

III – Cirurgião-dentista (Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966)

IV – Farmacêutico (Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014)

V – Fisioterapeuta (Decreto Lei nº 938, de 13 de Outubro de 1969)

VI - Terapeuta Ocupacional (Decreto Lei nº 938, de 13 de Outubro de 1969)

VII – Fonoaudiólogo (Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981)

VIII – Psicólogo (Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962)

IX – Nutricionista (Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991)

X - Biomédico (Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979)

XI - Biólogo (Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979)

XII - Profissional de Educação Física (Lei nº 9.696, de 1 de setembro de 1998)

XIII - Médico Veterinário (Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968)

XIV - Sanitarista (Lei nº 14.725, de 16 de nov. de 2023)

XV - Musicoterapeuta (Lei nº 14.842, de 11 de abril de 2024)

XVI – Assistente Social (Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993)

ESBOÇO INICIAL

Art. 3º O Ministério da Saúde considerará em suas políticas de gestão do trabalho em saúde, e para os efeitos do Art. 37, inciso XVI, da Constituição Federal, as seguintes profissões de Saúde, regulamentadas por lei, com formação em educação secundária, pós-secundária, ou ensino fundamental:

I - Técnico de Radiologia (Lei nº 7.394, de 29 de outubro de 1985)

II - Técnico em Enfermagem (Lei nº 7.498, de 20 de junho de 1986)

III - Auxiliar de Enfermagem (Lei nº 7.498, de 20 de junho de 1986)

IV - Parteira (Lei nº 7.498, de 20 de junho de 1986)

V - Técnico em Saúde Bucal (Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008)

VI - Auxiliar de Saúde Bucal (Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008)

VII - Técnico em Prótese Dentária (Lei no 6.710, de 5 de novembro de 1979)

VIII - Técnico em Nutrição e Dietética (Lei nº 14.924, de 12 de julho de 2024)

IX - Agente Comunitário de Saúde (Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006)

X - Agente de Combate a Endemias (Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006)

Art. 4° O Ministério da Saúde considerará em suas políticas de gestão do trabalho em saúde as seguintes categorias de trabalhadores não regulamentados por lei.

I - Cuidador de pessoas idosas e dependentes - CBO 5162-10

II - Cuidador em saúde - CBO 5162-20

III - Condutor de ambulância - CBO 7823-20

IV - Técnico em órteses e próteses - CBO 3225-05

V - Profissional de Física Médica - CBO 2131-50

VI - Visitador sanitário - CBO 5151-20

ESBOÇO INICIAL