

ATA

49ª REUNIÃO DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE – CRTS

Realizou-se nos dias **09 e 10 de dezembro de 2025** a **49ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)**, na sede do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), SIA Trecho 17, 810 - Parque Ferroviário, Brasília/DF.

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

- 1) DEGERTS/SGTES/MS – Lívia Angeli Silva (suplente), Diretora substituta 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 – Laerge Thadeu Cerqueira da Silva (titular) – Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- 4) SE/MS – Etel Matiolo (titular) – Secretaria Executiva (on-line);
- 5) SEIDIGI/MS – Paulo Henrique Weiss de Carvalho (titular) – Secretaria de Informação e Saúde Digital (on-line);
- 6) ANVISA - Alice Alves de Souza (suplente) – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- 7) MNNP-SUS – Jorge Darze (suplente) – Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;
- 8) CNS – Francisca Valda da Silva (titular) – Conselho Nacional de Saúde;
- 9) CONASEMS – Márcia Cristina M. Pinheiro (titular) – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (on-line);
- 10) CFBio - Fernando César de Sousa Santos (titular) – Conselho Federal de Biologia;
- 11) CFM – Alceu José Peixoto Pimentel (titular) – Conselho Federal de Medicina;
- 12) CFM – Antônio Henriques de França Neto (suplente) – Conselho Federal de Medicina;
- 13) CFBM – Marco Antônio Zonta (suplente) – Conselho Federal de Biomedicina;
- 14) CONFEF – Carlos Alberto Eilert (titular) – Conselho Federal de Educação Física;
- 15) COFEN – Ludimila Magalhaes R. da Cunha (titular) – Conselho Federal de Enfermagem;
- 16) CFESS – Elaine Junger Pelaez (titular) – Conselho Federal de Serviço Social;
- 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 (on-line);
- 20) COFFITO – Gláucio Roberto Santana de Jesus (suplente) – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (on-line);
- 21) CONTER – Cassiana Crispim de Araújo – Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia;
- 22) CFMV – Ingrid Bueno Atayde (titular) – Conselho Federal de Medicina Veterinária;
- 23) CFMV – Paulo Augusto Aragão Zunino (suplente) – Conselho Federal de Medicina Veterinária (on-line);
- 24) CFFa – Neyla Arroyo Lara Mourão (titular) – Conselho Federal de Fonoaudiologia;
- 25) CFO – Tessa de Lucena Botelho (titular) – Conselho Federal de Odontologia;
- 26) CFO – Rafael Gomes Ditterich (suplente) – Conselho Federal de Odontologia; e

27) CFN – Amélia Borba Costa Reis (suplente) – Conselho Federal de Nutrição (on-line).

Participaram da reunião como convidados:

- 1) Andreia Lopes F. Lima – Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/ SGTES/ MS);
- 2) Caroline Fogaça Pereira – 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) Daniele Bernardi – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO);
- 4) Diego Lima de Oliveira – Secretaria Executiva (on-line);
- 5) Edson Alan dos Santos Barros – Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/ SGTES/ MS);
- 6) Flávia Nogueira – 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);
- 7) João Raimundo dos Santos – Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER);
- 8) Joseane Duarte – Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (DEGERTS/ SGTES/ MS);
- 9) Laís Alves de Souza Bonilha – Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia ABENFISIO;
- 10) Laís Ferreira de Araújo – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;
- 11) Manuela Dolinsky, Fórum dos Conselhos Federais da Saúde (FCFAS);
- 12) Marcelo Marques de Lima – 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);
- 13) Nicole Geovana Dias Carneiro – Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/ SGTES/ MS);
- 14) Pedro Gabriel Lopes – Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo (CEPEDISA/ USP);
- 15) Roselaine Muner, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); e
- 16) Vânia Severino Barbosa – 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).

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) Fiamma Aciole Vanderlei Teixeira –(DEGERTS/ SGTES/ MS);
- 4) Luiz Henrique de Oliveira Carvalho – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;
- 5) Maria Carmem Dantas – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS; e
- 6) Osvaldo Martins de Moraes Filho – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS; e
- 7) Marcus Pontes – (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) Diretora substituta do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS) e coordenadora desta Câmara, Lívia Angeli Silva; 2) Representante do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), Laerge Thadeu Cerqueira da Silva; 3) Representante do Fórum dos Conselhos Federais da Saúde

(FCFAS), Manuela Dolinsky; e 4) Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisca Valda da Silva.

A coordenadora da reunião, Livia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) deu boas-vindas e ressaltou a importância do diálogo e da construção coletiva para o aperfeiçoamento dos modelos regulatórios no país. Ao realizar um balanço do ano, destacou que, embora persistam desafios e pautas complexas, houve um avanço significativo na retomada de negociações que estavam paralisadas. Instou os presentes a priorizarem estratégias e pautas para 2026, reafirmando o compromisso com a mediação e a transparência nas ações de saúde.

Jorge Darze, representante da MNNP-SUS, manifestou preocupação com o atual cenário legislativo, classificando a PEC 38/2025, da Reforma Administrativa, como retrocesso. Segundo ele, o Congresso Nacional tem legislado em favor do capital financeiro e contra o interesse público, ameaçando direitos constitucionais e as relações de trabalho no SUS. Criticou a precarização já existente, como a escassez de concursos públicos, e convocou sindicatos e conselhos para enfrentar essa reforma, que o Estado brasileiro seja estruturado para atender à maioria da população e não a interesses privados.

Representando o CNS, Francisca Valda celebrou o espaço desta Câmara e defendeu o SUS como a maior política de inclusão do país, embora sitiado por políticas fiscais que priorizam o capital em detrimento do social. Ela criticou a PEC 38 e destacou que a regulação do trabalho em saúde deve mediar as pressões do mercado e as mudanças tecnológicas que impõem uma nova divisão técnica do trabalho. Reafirmou que o SUS deve ser uma alavanca para a economia e garantia de direitos, parabenizando o grupo pela resistência institucional.

Representando o DEGES/SGTES/MS, Laerge Cerqueira fez um balanço dos avanços do DEGES em 2025. Entre os principais marcos, citou a retomada e ampliação de programas de reorientação da formação (PET, VER-SUS/Brasil e AfirmaSUS), a realização da Caravana FormaSUS em sete estados e o debate sobre Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Ressaltou também a expansão das bolsas de residência médica e multiprofissional, o foco em vazios assistenciais e a estruturação da Política Nacional de Residências no SUS. Para 2026, projetou a necessidade de avançar na regulação das especializações e em ações estratégicas para consolidar a equidade e a universalidade do SUS.

Manuela Dolinsky, representando o FCFAS, destacou a CRTS como espaço essencial de diálogo e construção coletiva na regulação do trabalho em saúde, abordando temas como DCNs, especialidades, escopos de atuação e demografia profissional. Reafirmou o compromisso dos conselhos com uma regulação técnica e responsável, baseada em formação sólida, segurança dos usuários, condições adequadas de trabalho e integração interprofissional, colocando-os à disposição para contribuir com o fortalecimento do SUS.

Em seguida, realizou-se **a apresentação dos participantes**, tanto os presentes presencialmente quanto os que estavam online, além da **verificação do quórum na plenária**.

Apresentação da ata da 48ª Reunião da CRTS

Houve uma breve apresentação da Ata da 48ª Reunião da CRTS, enviada previamente por e-mail a todos os membros deste colegiado.

Passou-se para às considerações dos membros:

Vanda Burginski (CFESS) solicitou ajustes no segundo parágrafo da página 16 do documento da Ata.

Oswaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) propôs a aprovação da ata com a condição de que a representante encaminhe a redação corrigida do segundo parágrafo da página 16. Por tratar-se de uma correção de redação, ele sugeriu que o novo texto seja apresentado no início da tarde para formalizar a aprovação.

Vanda Burginski (CFESS) concordou com o encaminhamento.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) então propôs que o novo parágrafo seja redigido em Word para apresentação e aprovação no início da tarde, condicionando a aprovação final da ata a esse procedimento.

Apresentação: Demografia de Enfermagem: Metodologia e implicações no planejamento da força de trabalho em saúde.

A Diretora substituta do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS) e coordenadora desta Câmara, Livia Angeli Silva, realizou a apresentação sobre Demografia de Enfermagem: Metodologia e implicações no planejamento da força de trabalho em saúde. A apresentação encontra-se na Ata como **ANEXO III**.

O Coordenador de Democratização do Trabalho em Saúde (CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS) Paulo Mayall destacou o progresso obtido no último ano em relação aos métodos, documentos e pesquisas sobre dimensionamento e planejamento da força de trabalho em saúde.

Passou-se ao **debate** do plenário.

João Raimundo (CONTER) elogiou a exposição e indagou sobre a estratégia para unificar os bancos de dados restantes e como será feita a articulação interministerial e com os conselhos para consolidar essas informações. Em seguida, questionou como está sendo construída a relação com as universidades públicas, sugerindo o aproveitamento de sua rede de pesquisadores e infraestrutura para auxiliar o trabalho. Por fim, solicitou esclarecimentos sobre a possibilidade de o MS aportar recursos, especialmente tecnológicos, para apoiar os conselhos de pequeno porte e suas unidades regionais na alimentação e desenvolvimento desses sistemas de dados.

Rafael Ditterich (CFO) parabenizou a exposição e celebrou a retomada do diálogo no âmbito da odontologia, ressaltando a relevância do censo para a saúde bucal e a aproximação com associações como a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) e universidades, como a UFMG. Sugeriu que o MS utilize a plataforma Carolina Bori para monitorar o fluxo migratório de profissionais que revalidam diplomas, integrando esses dados ao planejamento da força de trabalho na saúde (FTS). Apontou desafios na consolidação de informações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como a divergência entre o local de residência e o de atuação dos profissionais e a existência de campos opcionais nos sistemas dos conselhos que dificultam a precisão dos dados. Por fim, defendeu a necessidade de tornar esses registros obrigatórios, especialmente no contexto da saúde digital, e questionou como tem sido a articulação técnica entre a SGTES e a Secretaria de Saúde Digital (SEIDIGI) na gestão dessas informações.

Vanda Burginski (CFESS) parabenizou a apresentação e destacou o compromisso, assumido desde 2023, de debater políticas públicas sob a transversalidade de gênero e raça, inclusive fomentando debate no Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS). Observou que, embora a dimensão de gênero tenha avançado mais, ainda há grande dificuldade em consolidar a perspectiva racial em pesquisas e sistemas de informação. Ressaltou a necessidade de incluir dimensões, como a inserção da população trans em dados da força de trabalho do SUS. Demonstrou preocupação com a dimensão público-privada, apontando que, no setor privado, questões de raça e gênero estão ligadas a problemas como assédio laboral e barreiras na ascensão de carreira. Ao final, questionou sobre quais estratégias estão sendo traçadas para aperfeiçoar os bancos de dados e indicadores do MS, visando um perfil mais preciso da FTS.

Francisca Valda (CNS) enfatizou que a gestão do trabalho é tão estratégica para o SUS quanto o financiamento, embora seja frequentemente invisibilizada. Destacou que os dados apresentados são essenciais para conhecer a FTS, permitindo identificar situações críticas, como a de profissionais com múltiplos vínculos em estados diferentes. Além disso, ressaltou a urgência de qualificar e atualizar os dados para virarem informações e indicadores. Quanto aos modelos de gestão, apontou necessidade de qualificar

vínculos de profissionais de saúde voltados à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a própria discussão de carreira. Criticou decisões judiciais que favorecem a pejetização e a precarização, e reafirmou o papel do controle social em apoiar o governo na proteção dos trabalhadores.

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) informou que o piloto será realizado com três bases de dados porque o cruzamento exige identificador comum, ainda inexistente em todas as bases, além de limitações decorrentes da ausência de termos de compartilhamento com a maior parte dos Conselhos. Destacou que hoje há compartilhamento de dados entre MS e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) para acesso ao e-Social, dados de dois conselhos profissionais e os dados contidos no CNES. Sobre articulação interministerial, mencionou especialmente com o MTE e MEC, com previsão de aprofundamento das tratativas e envolvimento em oficinas técnicas. Ressaltou, ainda, que os sistemas de informação foram estruturados para finalidades específicas e não para análises demográficas integradas, o que exige convergência de interesses e adequações técnicas para possibilitar o cruzamento de dados. Sobre as análises técnicas conduzidas pela SGTES, disse que são complementadas por estudos especializados realizados mediante contratação de instituições de ensino superior (IES), com execução por pesquisadores com expertise em demografia e áreas correlatas. As entidades representativas das categorias profissionais participam por meio de comitês gestores, assegurando acompanhamento técnico-institucional dos projetos. Destacou a constituição de redes colaborativas do MS, envolvendo universidades de diferentes regiões do país, pesquisadores de distintos contextos e entidades do campo profissional, de modo a incorporar especificidades regionais às análises. Ressaltou, ainda, a participação das universidades em processos de validação técnica de produtos estratégicos, como o Plano Nacional da Força de Trabalho, elaborado pela SGTES, incluindo oficinas de validação e articulação com observatórios de recursos humanos em saúde. Informou que os CFs apresentam distintos estágios de desenvolvimento de seus sistemas de informação, alguns com bases descentralizadas por regionais e outros com nacionais consolidadas. Destacou a importância de diálogo individualizado para identificação das necessidades e afirmou que o projeto de integração de dados poderá ofertar soluções, inclusive com racionalização de custos mediante centralização e melhor uso de ferramentas existentes. Quanto à migração, relatou tentativa de uso do Portal Carolina Bori, ainda com limitações, pois permite identificar entradas, mas não saídas de profissionais, tema em debate em fóruns internacionais. Sobre dados de residência e exercício profissional, esclareceu que os conselhos dispõem de informações tanto de residência quanto de local de trabalho, embora persistam desafios na consolidação dessas informações, chamando atenção para necessidade de cruzamento da dados de diferentes bases, como o CNES. Destacou limitações na variável raça/cor, presentes apenas em parte dos sistemas de dados e, em geral, disponíveis a partir de 2018, além da ausência de autodeclaração em muitos casos. Defendeu a integração e interoperabilidade entre sistemas, com migração automática de dados a partir de base autodeclarada, mediante diálogo interinstitucional. Ressaltou questão das limitações da RAIS, restrita a vínculos formais e com informações salariais agregadas, o que pode gerar vieses em categorias profissionais com maior informalidade. Informou que a SGTES está finalizando análise dos indicadores essenciais para o campo sobre FTS (formação, distribuição, renda e vínculos), com previsão de apresentação no próximo ano na CRTS. Indicou que lacunas identificadas na demografia da enfermagem orientarão o aperfeiçoamento dos próximos estudos demográficos, com maior direcionamento às necessidades da gestão. Por fim, colocou a continuidade do diálogo com os conselhos, destacando que suas bases de dados, por reunirem a totalidade dos profissionais registrados, são estratégicas para a qualificação das demografias que a SGTES/MS pretende realizar.

Oswaldo Filho (DEGERTS/SGTES/MS) informou que foram realizadas reuniões com todos os CFs para tratar dos termos de compartilhamento de dados de profissionais de saúde, com participação de duas coordenações gerais e equipes diretoras. Quatro conselhos já enviaram respostas positivas, e os demais

seguem pendentes. Solicitou apoio para reforçar o pedido junto às áreas responsáveis (jurídica, TI ou relações institucionais), a fim de agilizar as respostas e antecipar o andamento do processo.

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) destacou que o compartilhamento de dados subsidiará a análise técnica dos bancos existentes e a identificação de necessidades de aperfeiçoamento. Informou que a equipe de TI/MS apresentará sugestões de qualificação, incluindo melhoria na descrição e inclusão de variáveis. Esclareceu que dados já registrados não serão perdidos, mas atualizados, ressaltando que os conselhos dispõem de mecanismo legal que obriga os profissionais a manterem suas informações atualizadas, o que favorece a qualificação contínua das bases.

Paulo Mayall (DEGERTS/SGTES/MS) destacou que gestores comprometidos com a qualidade da atenção à população necessitam de dados precisos, transparentes e qualificados sobre FTS. Ressaltou que o compartilhamento de dados pelos CFs, com retorno para seu aperfeiçoamento, contribuirá para a melhoria do trabalho dos próprios conselhos e da assistência em saúde.

Informe do GT de Especialidades.

Houve a apresentação do website <https://degerts.unasus.gov.br/cadastro-nacional-de-especialistas> do Cadastro Nacional de Especialistas (CNE) na sua forma publicada por parte de Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS). Destacou que os dados compartilhados no site do CNE não incluem CPF ou endereço residencial, mas possibilitam a consulta pública de informações profissionais, como nome, formação e especialidade, permitindo que cidadãos localizem o especialista.

Passou-se ao **debate do plenário**.

Alceu Pimentel (CFM) observou que, na consulta pública no site, médicos com duas especialidades devem ter ambas explicitadas, a fim de evitar interpretações equivocadas, como suspeita de uso indevido de RQE. Ressaltou que, havendo dois registros de especialidade, ambos devem constar de forma explicitas nas informações disponibilizada.

Paulo Mayall (DEGERTS/SGTES/MS) reforçou que, ao constar o nome do profissional na consulta pública, devem ser apresentadas, de forma imediata, todas as suas especialidades registradas.

Alceu Pimentel (CFM) questionou se, na busca por nome, o profissional apareceria duas vezes, uma para cada especialidade. Após esclarecimento de que o CNE gera registros distintos por especialidade, observou que o sistema difere do modelo adotado pelo CFM, que reúne todas as especialidades em um único registro.

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) esclareceu que se trata da forma de filtro e organização dos dados no CNE, utilizando a própria base para disponibilização das informações, ainda em fase de testes. Registrou as observações apresentadas e solicitou a todos(as) o envio de sugestões para aprimoramento do CNE.

Alceu Pimentel (CFM) perguntou se a consulta poderia ser realizada pelo nome do profissional, em vez da especialidade e sugeriu testar essa forma de acesso para verificar como as informações serão apresentadas.

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) esclareceu que, por se tratar de cadastro de especialistas, o foco principal do sistema é a busca por especialidade, razão pela qual os filtros são orientados por esse critério. Informou que as sugestões levantadas serão avaliadas junto à equipe de desenvolvimento

Alceu Pimentel (CFM) sugeriu que a busca apenas por especialidade pode gerar inconsistências, defendendo que o nome do médico apareça com todas as especialidades registradas. Destacou possíveis divergências entre a nomenclatura do CFM e do CBO, tema em ajuste junto ao MTE e MS, com reunião prevista para tratar do alinhamento.

Paulo Mayall (DEGERTS/SGTES/MS) mencionou que, na busca por nome do especialista, são exibidas todas as especialidades do profissional (ultrassonografia, ginecologia, endoscopia ginecológica e radiologia), porém cada vínculo apresenta CBO específico, como ginecologista em um registro e radiologista em outro.

Alceu Pimentel (CFM) manifestou que, sob a perspectiva do paciente, o principal critério de consulta deve ser o nome do profissional, para confirmar sua especialidade. Avaliou que a busca por especialidade atende mais a interesses institucionais, enquanto, para o usuário, o foco prioritário é a verificação nominal do profissional.

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) esclareceu que o sistema permite busca tanto por nome quanto por especialidade, conforme o perfil e o objetivo do usuário. Ressaltou que, para a sociedade, a principal referência de verificação profissional continuam sendo os CFs, enquanto o CNE tem foco na gestão, sem impedir consulta pública. Explicou que o CBO está vinculado ao vínculo de trabalho e pode não coincidir com a especialidade registrada, o que também permite identificar inconsistências. Informou que o CNE cruza dados com CFM e AMB para assegurar que apenas profissionais com titulação constem como especialistas, apresentando todos os vínculos e especialidades do profissional para fins de transparência e diagnóstico.

Alceu Pimentel (CFM) corrigiu que a base de dados mencionada é exclusivamente do CFM, que reúne o cadastro de todos os médicos brasileiros, e não da AMB, cuja base contempla apenas médicos associados a ela, distinguindo-a das bases dos conselhos profissionais

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) afirmou que o Cadastro Nacional de Especialistas foi construído a partir do cruzamento de três bases: CFM, AMB e dados de residência médica.

Alceu Pimentel (CFM) afirmou que o cruzamento da base obrigatória do CFM, que reúne todos os médicos, com bases de entidades associativas, como sindicatos ou AMB, tende a abranger apenas uma minoria dos profissionais, por se tratar de cadastros não universais.

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) considerou que a base principal do CNE é a do CFM, por exigir registro médico ativo no Brasil. Informou que, para comprovação da titulação, são cruzadas bases do CFM, da AMB e dados de residência, a fim de identificar especialistas que concluíram residência ou obtiveram título, ainda que não tenham registrado formalmente essa titulação no conselho.

Alceu Pimentel (CFM) ponderou que, mesmo com o cruzamento de bases, universidades, Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou AMB, o médico só pode ser considerado especialista após o registro do título no CFM. Destacou que profissionais com residência ou titulação não registrada no conselho não podem ser anunciados como especialistas, mencionando que o CFM realiza campanhas para incentivar o registro de profissionais, inclusive de forma gratuita.

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) mencionou que o dado público do CNE contempla apenas profissionais com título registrado no CFM. Contudo, para fins de gestão, o Ministério utiliza o cruzamento de três bases para identificar também médicos com residência concluída ou titulação obtida ainda não registrada no conselho. Explicou que o sistema possui camadas distintas: uma interna, para uso gerencial com dados sensíveis, e outra pública, restrita às informações oficialmente registrada.

Paulo Zunino (CFMV) observou possíveis inconsistências na exibição dos registros por especialidade e por nome, com variação de estados apresentados, o que pode gerar dúvidas ao usuário. Sugeriu incluir a data de atualização/transmissão das informações para evitar ruídos quanto à carga horária ou vínculo atual

do profissional. Apontou, ainda, que o sistema aparenta limitar a visualização a dois registros, mesmo quando o profissional possui mais vínculos.

Pedro Gabriel (CEPEDISA/USP) manifestou preocupação quanto à divulgação da carga horária dos profissionais no CNE, especialmente em vínculos públicos, por possíveis implicações jurídicas. Reconheceu a relevância da informação para a gestão, mas solicitou esclarecimentos sobre a origem dos dados e alertou que a inclusão da data de atualização pode mitigar, mas não eliminar, potenciais problemas para os profissionais.

Paulo Mayall (DEGERTS/SGTES/MS) informou que os dados sobre vínculos de trabalho são provenientes do CNES, que possibilita a consulta de profissionais com múltiplos vínculos, inclusive em diferentes estados. Registrou que as contribuições apresentadas por todos os presentes nesta reunião serão encaminhadas à equipe de informática responsável pelo CNE para análise.

Houve apresentação de **informe dos trabalhos do GT de Especialidades** por Paulo Mayall (DEGERTS/SGTES/MS) que destacou que a definição e consolidação das especialidades é processo complexo, a ser tratado individualmente com cada conselho. Informou que o CNE foi publicado inicialmente com dados do CFM e que a inclusão das demais profissões ocorrerá gradualmente, exceto o serviço social, que não possui especialidades. Relatou que, ao longo do ano de 2025, o GT realizou reuniões com todos os CFs para tratar tanto da regulação das especialidades quanto do compartilhamento de dados, temas inter-relacionados e de alta complexidade, exigindo definição dos critérios de cada conselho e formalização do acesso às respectivas bases. A apresentação encontra-se na Ata como **ANEXO IV**.

Passou-se ao **debate do plenário**.

Alceu Pimentel (CFM) registrou protesto para constar em Ata desta Câmara quanto à ausência de menção ao CFM nos agradecimentos no livro Demografia Médica, apesar de o conselho ter fornecido o principal banco de dados da pesquisa e ter atuado na articulação para o compartilhamento de informações de profissionais por outros conselhos para o MS. Defendeu o devido reconhecimento do CFM na publicação. Informou, por fim, que encaminhará o livro à diretoria do Conselho para avaliação.

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) acolheu o protesto e informou que a ausência de menção ao CFM já havia sido identificada como problema. Explicou que a publicação da Demografia Médica não foi realizada pela editora do Ministério, o que limitou o controle sobre os parâmetros editoriais e resultou em falha no processo. Destacou que a situação está sendo corrigida com a normalização das próximas publicações pela editora do Ministério e com a instituição de comitês gestores, nos quais as entidades colaboradoras acompanham o desenvolvimento dos projetos.

Alceu Pimentel (CFM) reiterou que a inclusão das entidades no comitê de gestão é posterior e possivelmente resultado de evolução do modelo. Registrou protesto quanto à ausência de citação do Conselho Federal de Medicina na publicação da Demografia da Médica no Brasil 2025, conclamando os demais conselhos a exigirem o devido reconhecimento ao realizarem suas demografias. Destacou que a colaboração e a integração de dados pelo CFM foram decisivas para viabilizar o projeto e estudo e que espera reciprocidade institucional, solicitando o registro em Ata.

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) reiterou o acolhimento ao protesto e informou que a publicação não foi realizada pela editora do MS. Destacou que não houve gerência do MS sobre a editora é por isso houve o erro da não citação do CFM nos agradecimentos da publicação e que medidas estão sendo adotadas para sanar o erro e para aprimorar o processo nas demais publicações. Informou que a demanda não havia sido apresentada anteriormente, mas foi registrada nesta reunião. Afirmou que as questões serão levadas em consideração e tratadas, reiterando que os cuidados já estão sendo adotados nas próximas publicações para corrigir o que for necessário.

Paulo Mayall (DEGERTS/SGTES/MS) registrou que as questões apresentadas serão tratadas e reconheceu a ocorrência de falha, informando que serão adotadas medidas para sua correção. Destacou a manutenção do diálogo com o Conselho, inclusive em reuniões já realizadas e previstas, com o objetivo de aprimorar o compartilhamento de dados. Igualmente, informou que foram realizadas diversas reuniões com os CFs para tratar de especialidades e compartilhamento de dados, algumas registradas no primeiro semestre. Destacou que a proposta de compartilhamento de normativas para a Biblioteca de Regulação do Trabalho em Saúde (BRTS) foi deixada em segundo plano diante da complexidade dos dados profissionais e das especialidades para o CNE. Relatou que CFO, COFFITO, CFFa e CFM manifestaram-se favoráveis ao termo de compartilhamento, cuja minuta foi enviada à CONJUR do MS e segue em análise. Informou ainda que permanecem tratativas com outros conselhos, que precisam consultar áreas técnicas e jurídicas, e que alguns ainda não responderam aos e-mails enviados desde outubro de 2025. Reforçou que a formalização do termo é necessária para inclusão dos especialistas no CNE e que o processo exige tratamento contínuo e documentação adequada dos dados. Também informou que foi solicitado aos conselhos que especificassem suas especialidades e formas de formação. Apresentou respostas oficiais, destacando que o CFO relacionou 24 especialidades com documentos regulatórios desde 1968. Relatou ainda que o CFMV apresentou três resoluções (Resolução nº 1.649, Resolução nº 1.572 e Resolução nº 1.138) relativas à organização das suas especialidades.

Ingrid Atayde (CFMV) informou que o conselho registra exclusivamente especialidades, observando que as entidades e associações de especialistas seguem processos regulados pelo próprio conselho, incluindo critérios de experiência e edital. Destacou que demais formações não são passíveis de registro no conselho, constituindo títulos vinculados ao MEC. Acrescentou que o CFMV tem trabalhado na proposta de estabelecimento Registro de Qualificação de Especialista (RQE) na medicina veterinária.

Paulo Mayall (DEGERTS/SGTES/MS) relatou que o COFFITO já publicou resoluções sobre especialidades e que o COFEN, por meio da Resolução nº 581/2018, organiza as especialidades em áreas e subdivisões de atuação, além de possuir normativas específicas conforme o nível de regulação requerido. Destacou a realização de oficina sobre o Marco Regulatório das Especialidades de Enfermagem no Brasil (2025) e que o COFEN instituiu grupo de trabalho interno sobre o tema. Destacou que representantes do MS solicitaram reunião ainda pendente de agendamento, após contato com representante do conselho.

Lívia Silva (DEGERTS/SGTES/MS) destacou a importância de realizar reunião com COFEN para apresentar o relatório da oficina sobre Marcos Regulatórios das Especialidades em Enfermagem no Brasil, evitando que o processo ocorra de forma paralela. Ressaltou a necessidade de diálogo com o GT de especialidades do COFEN para alinhar a nova resolução do mesmo com os pontos discutidos na oficina, incluindo consensos, problemas críticos, regras de transição e sistematização do registro das especialidades.

Paulo Mayall (DEGERTS/SGTES/MS) informou que, embora outros CFs não tenham enviado material oficial, foram identificadas publicações normativas sobre especialidades: o COFFITO regulamentou RQE e diversas especialidades de fisioterapia e terapia ocupacional; o CONFEP publicou a Resolução 603/2025, definindo especialidades de educação física considerando a correspondência entre formação acadêmica e intervenção profissional. Destacou igualmente a reunião agendada entre o MS, MTE e o CFM para harmonização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) com as especialidades reconhecidas pelas resoluções médicas. Informou ainda que o CEPEDISA realizou levantamento de 510 processos judiciais relativos ao reconhecimento de especialidades, predominantemente no CFM e CFO, com aumento de processos observado a partir de 2016.

Tarde

Leitura das alterações sugeridas e aprovação da ata da 48ª Reunião da CRTS

Houve apresentação da nova redação do parágrafo da página 16 da Ata da 48ª Reunião da CRTS, alterado por Vanda Burginski (CFESS), aos membros deste colegiado: “Vanda Burginski (CFESS) parabenizou Cristiane pela apresentação e levantou dúvidas sobre a função da nota técnica e o destino do debate. Destacou a necessidade de diferenciar trabalhadores da saúde e profissionais de saúde. No caso do Serviço Social norte-americano, mesmo a profissão não sendo formação universitária, é legitimada como uma profissão da saúde. No caso brasileiro, o Serviço Social tem inserção na saúde desde os anos 1940, tendo uma tradição histórica na política de saúde. Portanto, o Serviço Social não se origina propriamente na política de assistência social, embora atue nesse espaço, mesmo antes da sua criação pela Constituição Federal de 1988. Alertou para a confusão frequente entre assistência social e serviço social e reforçou que os assistentes sociais têm uma trajetória histórica no SUS, atuando em UBS, hospitais e secretarias. Por isso, não há dúvida de que são profissionais de saúde. No entanto, manifestou preocupação com as classificações e comparações internacionais, pois considera que elas devem levar em conta também as diferenças entre os sistemas de saúde de cada país, o que impacta diretamente a definição de quem são os profissionais e trabalhadores da saúde”.

Com as alterações sugeridas pelo CFESS, foi **aprovada a Ata da 48ª Reunião da CRTS** pelos membros da CRTS presentes.

Apresentação sobre DCNs de Medicina

O médico e membro suplente do Conselho Federal de Medicina (CFM) desta Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), Dr. Antônio Henriques realizou apresentação sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina. A apresentação encontra-se na Ata como **ANEXO V**.

Passou-se ao **debate** do plenário.

Jorge Darze (MNNP-SUS) retomou o assunto sobre bancos de dados dos CFs, destacando que, além de instrumento de gestão para o MS, são essenciais para a sociedade civil organizada, ao permitir analisar a formação, a inserção profissional e os riscos de precarização do trabalho, defendendo a ampliação do acesso a essas informações. Cumprimentou ainda a apresentação realizada, destacando a relevância do debate de bastidores para o aprimoramento DCNs. Destacou que, antigamente, a autorização de novos cursos de medicina no Brasil era fiscalizada pelo CNS, que avaliava o interesse social das propostas de abertura das escolas. Atualmente, essa prerrogativa perdeu força, prevalecendo interesses econômicos e do setor privado na abertura de novas escolas, atrelado ao Conselho Nacional de Educação, do Ministério da Educação (CNE). Mencionou que a maioria das novas escolas de medicina é privada e valorizada pela capacidade de arrecadação e número de alunos, situação semelhante à das clínicas de hemodiálise. Ele ressaltou que mudar essa realidade predatória depende da atuação conjunta de conselhos de saúde, instâncias de controle social, sindicatos e sociedade civil organizada, já que o Congresso Nacional é influenciado pelo lobby privado. Abordou que o lobby do setor privado tem grande influência sobre decisões legislativas, citando o exemplo do exame de proficiência e da gestão hospitalar no RJ, onde unidades públicas foram transferidas a empresas de direito privado e Organizações Sociais (OS) sem expertise adequada em gestão de alta complexidade. Ressaltou que essa situação compromete o interesse público e a eficiência exigida da administração pública, e que a sociedade precisa se envolver para reverter esse quadro. Por fim, colocou que a contratação de profissionais com alta rotatividade compromete a qualidade e a segurança do atendimento à população, gerando risco à eficácia da legislação de administração pública e à garantia constitucional de acesso a serviços de saúde competentes e de qualidade.

Fernando Santos (CFBio) informou que o MEC instituiu um GT técnico e consultivo para debater modelos de cursos de graduação na área da saúde, solicitando participação do CFBio e do CONTER, atendendo

pedido do Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS), visando subsidiar decisões sobre formatos de oferta e adequação às demandas sociais, legislação e boas práticas. Ele ressaltou que a inclusão do CFBio e CONTER se deu por solicitação do Fórum, não por enquadramento prévio das duas áreas enquanto profissões da saúde, prevista em resolução do CNS. Destacou a percepção equivocada de que o governo funciona de forma integrada, observando que o MS e o MEC operam de forma isolada e com pouca interlocução. Ressaltou falhas no cumprimento das DCNs, como a confusão entre estágio e iniciação científica, que não são vistos de forma separada, e a aprovação de cursos de Biologia com ênfase, contrariando a exigência de formação generalista, colocada pelas DCNs de Biologia. Citou exemplo de curso de biologia avaliado pelo ENADE com nota baixa por não incluir conteúdos de saúde, como anatomia humana e políticas públicas de saúde, evidenciando lacunas na fiscalização e reconhecimento de cursos pelo MEC.

Francisca Valda (CNS) destacou a importância estratégica da formação da medicina para a área das demais profissões da saúde e sua responsabilidade social perante a população, para além do âmbito técnico-científico. Resgatou o processo histórico das DCNs, lembrando a mobilização dos anos 1990, da qual participou, que buscou superar o modelo do Relatório Flexner (1910) e alinhar a formação às diretrizes da reforma sanitária, com mudança do modelo de atenção e valorização do trabalho interprofissional e coletivo. Recordou a transição de grades curriculares para diretrizes curriculares, culminando na criação das DCNs em 2001, e mencionou a instituição, em 2006, do sistema de avaliação de cursos pelo CNS, ainda não abrangente para todas as graduações da área. Por fim, enfatizou que há uma trajetória histórica que deve ser reconhecida, honrada e aprofundada, defendendo o avanço das mudanças necessárias e o fortalecimento da regulação social da formação, compreendida de forma ampla, envolvendo autorregulação, regulação estatal, de mercado e sanitária. Abordou a explosão de abertura de cursos privados de medicina sem correspondente investimento público, sob regulação do MEC, associando esse movimento à queda da qualidade da formação. Assinalou que a medicina, pela maior capacidade de articulação institucional, obteve a Portaria de moratória de 5 de abril de 2018, que suspendeu por cinco anos a abertura de novos cursos. Recordou que, desde a Lei do Mais Médicos (2013), a autorização de cursos passou a ser orientada por editais voltados a regiões com baixo IDH e maior carência assistencial, visando reduzir desigualdades no acesso. Mencionou o impacto da pandemia com governo negacionista no período de 2018 a 2023, com aumento da pressão sobre o sistema e sobre os profissionais, defendendo a necessidade de considerar esse contexto na análise. Por fim, observou que a medicina foi a primeira profissão a atualizar as DCNs de 2001, seguida pela odontologia em 2014, situando o debate no percurso recente da regulação da formação em saúde. Relatou que o Congresso de 2023 da Associação Brasileira de Educação Médica (COBEM), foi iniciada discussão para atualização da DCN de medicina considerada recente por Luiz Roberto Cury. Nesse contexto, que a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) assumiu protagonismo, em articulação com a regulação sanitária, no âmbito do Projeto REVER, do qual o CFM também participou, com assento em GT. Informou ainda que integrou o GT representando o CNS, com participação de diversos órgãos e entidades (SERES, Câmara de Ensino Superior, CNS, gabinete do ministro, ABEM e Executiva Nacional de Estudantes de Medicina), que ao longo de 2023–2024 construíram proposta de DCN. Posteriormente, tomou-se conhecimento da criação de outro GT pelo MEC/CNE, sob coordenação da Dra. Ludhmila Hajjar e relatoria da Dra. Elisabeth Guedes, que elaborou proposta de DCN paralelamente ao processo participativo em curso, o qual havia realizado oficinas em todos os estados e regiões, mobilizando amplo número de participantes. Diante disso, defendeu-se que a proposta resultante do Projeto REVER fosse debatida conjuntamente com a proposta elaborada pelo GT coordenado pela Dra. Ludhmila Hajjar. Registrou que o processo de discussão foi considerado produtivo e de elevado interesse público. Informou que a proposta apresentada resulta da incorporação entre a proposta da Dra. Ludhmila Hajjar e aquela construída no âmbito do controle social com o MS, ressaltando que, embora não contemple integralmente as posições do controle social, representa um esforço de convergência e soma entre as partes. Por fim, disse que o movimento foi conduzido pela ABEM, em articulação com SGTES e o CNS, destacando que a proposta foi voltada às

populações vulneráveis e altamente vulnerabilizadas, além do compromisso social, o compromisso técnico, o compromisso com o SUS.

Antônio Henriques (CFM) manifestou concordância com os pontos sobre o olhar para o SUS e para a população que necessita. Sobre o Projeto REVER, afirmou ser afiliado à ABEM e afirmou que o CFM teve assento e apresentou contribuições no processo. Avaliou, contudo, que a diretriz curricular resultante ficou distante do documento elaborado pela associação, embora tenha destacado a existência de mais convergências do que divergências entre as instituições.

Nicole Carneiro (DEGES/SGTES) informou que a SGTES integrou o Projeto REVER, desenvolvido ao longo de dois anos com oficinas em todas as regiões do país, visando contemplar a pluralidade regional e as necessidades sociais na formação médica. Destacou que o processo buscou estabelecer pilares mínimos para as DCNs, passíveis de adaptação às realidades locais, com ampla participação de associações civis, CFM, CNE/MEC, escolas médicas públicas e privadas, docentes e discentes. Ressaltou que, embora nem todo o conteúdo produzido tenha sido incorporado ao texto homologado, houve avanços, como maior presença de temas vinculados ao SUS, responsabilidade social, equidade e iniquidades em saúde, inclusão de populações vulnerabilizadas (incluindo recortes de raça, populações indígenas, quilombolas e LGBTQIAPN+), além da inserção de educação permanente, liderança colaborativa, desafios climáticos, desastres naturais, tecnologias e inovação. Ainda ressaltou que a reformulação das DCNs não constitui o objetivo final, sendo necessário planejar etapas subsequentes, quanto à implementação das DCNs, considerando as diferenças territoriais. Destacou a importância de apoio institucional e de consolidação com capilaridade. Acrescentou a necessidade de repensar o sistema de acreditação como um pilar paralelo às DCNs. Por fim, reiterou que o processo buscou contemplar, na medida do possível, as diversidades e pluralidades da população.

Alceu Pimentel (CFM) afirmou que as divergências sobre as DCNs estão claras e que a posição do Conselho já foi exposta, destacando que o documento do Projeto REVER não estaria representado nas DCNs. Defendeu a necessidade de demonstrar a correspondência entre os documentos. Considerou inadequado associar o debate à responsabilidade social, afirmando que a medicina e as demais profissões da saúde historicamente já possuem esse compromisso e que divergências não devem ser interpretadas como sua ausência. Apresentou contrapontos à estratégia de criação de cursos em áreas carentes para fixação de médicos, afirmando, com base em estudos, que tal medida não garante fixação e que a residência médica seria um instrumento mais eficaz. Criticou a abertura indiscriminada de cursos de saúde nos últimos 25 anos por diferentes governos, atribuindo-a a interesses do capital. Também questionou a atuação do MEC na autorização desses cursos, incluindo na modalidade a distância, apontando ausência de responsabilidade social no processo. Mencionou Lei do Mais Médicos, classificando-a como inadequada ao objetivo de prover profissionais qualificados para o interior do país, e mencionou não oficialmente a existência de denúncias sobre a qualificação de alguns profissionais vinculados ao programa. Defendeu que divergências técnicas não devem ser interpretadas como ausência de responsabilidade social. Relatou sua participação na Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e afirmou que o processo histórico de construção das diretrizes naquele contexto diferiu do atual. Ressaltou que o debate desta Câmara deve manter caráter técnico e afirmou que, em sua avaliação, as DCNs não asseguram a formação médica de forma padronizada, por abrirem margem para que cada curso organize a formação segundo seus próprios critérios, defendendo que a discussão seja conduzida nesse nível técnico. Em sua avaliação, a expansão de cursos privados de medicina atende predominantemente a interesses políticos e econômicos de grandes grupos, independentemente de governos específicos. Destacou que a posição do CFM foi apresentada e contraposta no debate, cabendo aos participantes a devida interpretação dos argumentos expostos.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou que a apresentação suscita múltiplas frentes de análise. No que se refere às DCNs, registrou a avaliação de insuficiência para a formação médica, conforme apontado por Antônio Henriques (CFM), tema que poderá ser rediscutido, cabendo manifestação ao DEGES se desejar. Assinalou que o excesso de cursos de medicina não decorre propriamente DCNs e não seria solucionado por sua revisão, lembrando que houve uma Portaria MEC dando moratória na abertura de novos cursos em 2016, posteriormente suspensa pelo STF. Questionou a viabilidade política de criação de legislação para restringir a abertura de cursos presenciais e a distância, considerando resistências no Congresso em defesa da livre iniciativa, e propôs refletir sobre as possibilidades concretas de regulação no âmbito desta Câmara em 2026. Igualmente, apontou fragilidades no controle e na avaliação de cursos pelo MEC, relatando, com base em experiência na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), o não cumprimento de promessas de envio de avaliadores in loco, indicando comprometimento logístico do processo. Mencionou que a Comissão Intersetorial de Relação de Trabalho e Educação na Saúde CIRTES/CNS realiza pré-avaliação para abertura de cursos de Medicina, Psicologia, Enfermagem e Odontologia, ainda que não vinculante e terminativa, e questionou se a estrutura atual do CNS é suficiente para essa atividade, considerando a elevada carga de trabalho e a ausência de remuneração dos avaliadores

Alceu Pimentel (CFM) relatou sua experiência no CNS, destacando que, à época, processos de abertura de curso de medicina, odontologia e psicologia eram sistematicamente encaminhados para análise. Avaliou como positiva a atuação do CNS na indicação ou contraíndicação de abertura de cursos, embora tenha mencionado casos de influência política. Ressaltou que, apesar dos pareceres técnicos e, em alguns momentos, da tentativa do ministro de manter as decisões do Conselho, houve frequentes determinações judiciais autorizando a abertura de cursos, limitando igualmente a efetividade do processo regulatório.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) afirmou não dispor de soluções imediatas e sugeriu retomar o debate no próximo ano, no âmbito do GT de DCN desta Câmara, com envio de contribuições ao DEGES. Avaliou que, independentemente da redação das DCNs, o sistema de avaliação enfrenta sucateamento logístico e frequentemente é sobreposto por decisões judiciais. Acrescentou que a substituição do modelo avaliativo por outra instância não resolveria o problema.

Gustavo Vieira (COFFITO) afirmou que o ensino superior tem sido fortemente influenciado por interesses de mercantilização, mencionando que a fisioterapia vivenciou expansão descontrolada de cursos de graduação, com impactos na qualidade da formação e fechamento de cursos por falta de alunos. Informou que esse cenário tem levado à discussão sobre a adoção de exame de proficiência diante da formação de profissionais oriundos de cursos de baixa qualidade. Ressaltou a atuação da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) em defesa da qualidade do ensino e no posicionamento contrário ao EAD, e propôs que o tema seja aprofundado no próximo GT, com construção coletiva de propostas. Destacou que problemas semelhantes afetam medicina, fisioterapia, enfermagem, nutrição e psicologia, defendendo a necessidade de reorganização do sistema formativo para evitar a inserção de profissionais sem a devida qualificação, em prejuízo da assistência à saúde da população.

Apresentação sobre as DCNs de Fisioterapia.

A fisioterapeuta, professora e Coordenadora Nacional Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), Laís Alves de Souza Bonilha, realizou apresentação sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais da Fisioterapia. A apresentação encontra-se na Ata como **ANEXO VI**.

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

Elaine Pelaez (CFESS) parabenizou a Câmara pela promoção do debate entre as profissões da saúde, destacando que isso contribui para a unificação de compreensões sobre o trabalho em saúde. Informou que, no serviço social, há demanda por rediscussão das diretrizes, atualmente desconfiguradas, sendo as diretrizes da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) utilizadas como referenciais extraoficiais. Questionou se, além das perspectivas antirracista e anticapacitista, há debate sob enfoque anticapitalista nos referenciais teórico-ético-políticos, especialmente quanto à exploração do trabalho e à mercantilização da educação na área da fisioterapia. Indagou também sobre as estratégias de fortalecimento do estágio, incluindo a existência de supervisão concomitante de campo e acadêmica, a oferta de atividades teóricas durante o estágio e a definição de parâmetros para número de supervisores e estagiários. Relatou a experiência do serviço social na tentativa de limitar a proporção de estagiários por supervisor, especialmente no enfrentamento ao EAD, destacando as barreiras jurídicas enfrentadas, e solicitou esclarecimentos sobre como essas questões vêm sendo tratadas. Por fim, perguntou sobre a dimensão do cuidado nas DCNs, observando a presença de planejamento e práticas fisioterapêuticas. Destacou que, na Saúde Coletiva, tem-se ampliado o debate sobre planejamento, gestão, cuidado e atenção, e solicitou esclarecimentos sobre como esses elementos estão contemplados.

Antônio Henriques (CFM) parabenizou a Dra. Laís Bonilha, o Conselho e a Associação pelo trabalho na construção das DCNs de fisioterapia, destacando que o documento, além das dimensões filosóficas, orienta de forma clara coordenadores de curso e núcleos docentes estruturantes sobre o perfil de fisioterapeuta a ser formado para atender à população.

Gláucio Jesus (COFFITO) informou que o Dr. Derivan Brito participaria da reunião para apresentar as DCNs da Terapia Ocupacional, destacando que foi realizado processo nacional de atualização, com fóruns regionais e consolidação de proposta encaminhada ao CNS. Ressaltou que a minuta defendia a formação exclusivamente presencial, posição apoiada pela Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO), Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO) e COFFITO, e aprovada no CNS. Contudo, ao chegar ao CNE, o texto foi alterado para prever formação “na modalidade estabelecida de acordo com a legislação vigente”, substituindo a exigência de presencialidade pela semipresencialidade. Destacou que a proposta construída nacionalmente foi modificada no CNE e reafirmou a defesa da formação presencial em Terapia Ocupacional. Solicitou apoio da Câmara à moção pela presencialidade da graduação e pelo reconhecimento das atualizações das DCNs conforme pactuadas nos debates regionais e nacionais.

Gustavo Vieira (COFFITO) complementou que as DCNs da Terapia Ocupacional, aprovadas pelo CNS com garantia de presencialidade integral, foram posteriormente modificadas no CNE. Informou que a proposta ainda não foi homologada pelo Ministro, indicando a possibilidade de retomar a discussão para rever a alteração do texto.

Francisca Valda (CNS) cumprimentou o esforço das categorias e ressaltou que o principal desafio não é apenas possuir boas DCNs, mas enfrentar sua descaracterização, especialmente quanto à retirada da presencialidade, como ocorreu na enfermagem. Destacou os efeitos da mercantilização do ensino nas profissões da saúde, com prejuízos à qualidade formativa, precarização do trabalho docente e fragilização do processo ensino-aprendizagem. Manifestou preocupação com posições que buscam afastar a biologia da área da saúde, relacionando o debate à disputa em torno da presencialidade conforme pontuou Fernando Santos (CFBio). destacou que o discurso de democratização do acesso ao ensino superior tem sido utilizado no debate e defendeu que a Câmara discuta estratégias políticas para enfrentar a influência de mantenedoras privadas nos processos decisórios do MEC e do CNE. Sugeriu avaliar o funcionamento do SINAES, após mais de duas décadas, e reforçou a necessidade de monitoramento contínuo da qualidade dos cursos, para além dos atos autorizativos. Defendeu maior incidência do controle social, das instituições e dos movimentos docente e estudantil para cobrar do MEC a garantia permanente da qualidade da

formação. Informou que o CNS já aprovou, no âmbito da CIRTES, a realização de reunião com o gabinete do ministro, SERES, INEP e Conselho Nacional de Educação para qualificar a avaliação de cursos, considerada atualmente insuficiente. Destacou que relatórios técnicos não têm sido devidamente considerados e mencionou pressões e judicializações enfrentadas pela gestão. Ressaltou ainda a existência de projeto de lei em tramitação desde 2015, de autoria de Rodrigo Pacheco, que regulamenta o art. 80 da LDB e veda a educação a distância na área da saúde, questionando a necessidade de maior incidência política também no Poder Legislativo. Destacou a dificuldade de aprovação de legislação que vede a educação a distância na área da saúde, relatando avaliação de que eventual aprovação na Câmara poderia ser revertida no Senado. Ressaltou a necessidade de articulação no Congresso Nacional para regulamentar o art. 80 da LDB, observando que a normativa vigente sobre EAD é infra legal e vem sendo questionada no STF por este aspecto pelas mantenedoras. Defendeu maior incidência do MS junto ao MEC, ao Ministro Camilo Santana e ao movimento social, bem como atuação política no Legislativo para viabilizar avanços na próxima legislatura.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) ressaltou que o GT de DCN deve debater temas como presencialidade e educação a distância, lembrando que o grupo anterior sobre EAD produziu parecer que não foi considerado pelo MEC. Defendeu que o grupo avalie sua capacidade de intervenção e leve a discussão ao GT, aberto a novas participações. Destacou que DCN, avaliação de cursos, criação de cursos, número de profissionais formados e estratégias de provimento e fixação constituem frentes distintas de debate, indicando a necessidade de discutir, no próximo ano, o dimensionamento de profissionais de saúde e a distribuição de médicos no país.

Informe do GT DCNs

Houve o **Informe GT sobre DCNs** por parte de Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) que informou que não houve apresentação formal do GT de DCN devido à brevidade das reuniões, destacando que grande parte do debate ocorreu no plenário da CRTS. Relatou que o GT discutiu a tramitação das DCNs nas instâncias competentes, lembrando a moção de apoio às DCNs de Biologia enviada ao CNE. Comunicou ainda a deliberação de moção de apoio às DCNs de Fonoaudiologia e informou que o tema não está mais no CNE, mas na SERES/MEC. Sugeriu que o CFFa solicite reunião com o MEC, indicando que o CNS e representantes da CRTS poderão apoiar e acompanhar a agenda.

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

Alceu Pimentel (CFM) apresentou questão de ordem solicitando a leitura da moção para conhecimento dos membros, mesmo sem votação para melhor compreensão do conteúdo e dos interesses envolvidos, destacando que outros fóruns poderiam discutir eventual apoio, considerando as limitações hierárquicas para encaminhamento no âmbito atual.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) afirmou que seria possível após elaboração da minuta e se comprometeu a trazer minuta no dia seguinte para apresentação no colegiado.

Alceu Pimentel (CFM) mencionou que, independentemente da posição a ser adotada, considerada já encaminhada, é importante que todos tenham acesso ao conteúdo para compreender não apenas os pontos positivos apresentados pela outra profissão, mas também suas preocupações, visando identificar possíveis formas de apoio deste colegiado.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) solicitou que Neyla Mourão (CFFa) informasse se a reunião já havia sido agendada.

Neyla Mourão (CFFa) informou que solicitou a reunião.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) informou que, no GT de DCN, também foi discutida a moção de apoio à fisioterapia, ainda em tramitação no CNE, o que permitiria a manifestação de apoio. Acrescentou que, com anuência de Gustavo e Gláucio, poderia projetar o texto para verificação de atendimento às demandas do COFFITO.

Gláucio Jesus (COFFITO) perguntou se estava a moção também tratava da terapia ocupacional.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) colocou que, ao elaborar o material, considerou apenas as DCN de Fisioterapia e questionou se o grupo desejaria incluir também a Terapia Ocupacional.

Gustavo Vieira (COFFITO) concordou em elaborar o texto para apresentar na CRTS no segundo dia de reunião.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) questionou se se tratava de uma única DCN para as duas profissões.

Gustavo Vieira (COFFITO) afirmou que não se trata de uma única DCN e defendeu que as propostas sejam tratadas separadamente.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) pediu para apresentarem o texto da moção de apoio com base no modelo de texto da moção da fisioterapia.

Houve a apresentação do texto de **minuta da moção desta Câmara pela revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais de Fisioterapia** por parte de Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) na plenária. A apresentação correspondente se incorpora a Ata como **ANEXO VII**.

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

Pedro Lopes (CEPEDISA/ USP) sugeriu substituir a expressão “educação à distância” por formulação que mencione a formação intermediada exclusivamente por tecnologias de informação e comunicação. Argumentou que a educação totalmente à distância na área da saúde já se encontra superada pela impossibilidade de sua adoção e que a preocupação atual recai sobre a modalidade semipresencial. Assim, propôs ajuste redacional que contemple essa crítica sem menção expressa à educação à distância.

Paulo Mayall (CODETS /CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) acatou a sugestão e fez a modificação.

Elaine Pelaez (CFESS) manifestou dúvida sobre a proposta apresentada por Pedro. Reconheceu a relevância da questão, mas ponderou que a redação menciona “meios exclusivos de educação à distância” no contexto da luta histórica das profissões contra a EAD nas graduações. Observou que o uso de tecnologias de informação e comunicação é um campo contraditório e mais amplo que a educação à distância, avaliando que a formulação original provavelmente teve intencionalidade específica. Assim, posicionou-se pela manutenção do texto como está.

Paulo Mayall (CODETS /CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) sugeriu considerar a redação do Decreto nº 12.456/2025, que prevê as modalidades presencial, semipresencial e a distância.

Zilamar Fernandes (CFF) defendeu que os cursos e sua presencialidade sejam vinculados ao usuário e às atividades do SUS, prioritariamente no formato presencial, sem adoção de modalidades que possam fragilizar esse vínculo.

Francisca Valda (CNS) manifestou concordância com as falas de Elaine e Zilamar anteriores e destacou que não se trata de discutir formatos presencial, semipresencial ou a distância. Afirmou que o texto está alinhado às Resoluções nº 515 e nº 569 do CNS, ao referir a formação em saúde presencial, especialmente

nas atividades práticas e estágios que exigem habilidades clínicas, cuja carga horária não pode ser assegurada por meio exclusivo a distância, entendimento que considera já consensuado pelo controle social.

Pedro Lopes (CEPEDISA/ USP) retirou suas sugestões de alterações quanto ao texto diante do exposto.

Paulo Mayall (CODETS /CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) informou que o texto será mantido na sua versão forma original sem a palavra “exclusivo”, registrou a aprovação da moção e deliberou por anexá-la à presente Ata e encaminhá-la ao CNE.

Oswaldo Filho ((CODETS /CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) solicitou que conste em ata que o texto aprovado corresponde ao original, com a retirada da expressão “exclusivo”.

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

Segundo dia –10/12/2025

Manhã

Informe do GT de Estética

Houve o **informe do GT de Estética** por Paulo Mayall (DEGERTS/SGTES/MS). A apresentação correspondente se incorpora a esta Ata como **ANEXO VIII**. Após o informe geral sobre os trabalhos do GT, ele informou que solicitou aos CFs o envio das resoluções que fundamentam os procedimentos, bem como dos documentos que habilitam os profissionais a executá-los, com o objetivo de orientar a Anvisa, tendo feito a solicitação por e-mail e por telefone. Os documentos enviados pelos Conselhos incorporam-se a esta Ata como **ANEXO IX**. Solicitou, a título exemplificativo, que Fernando Santos (CFBio) e Daniele Bernardi (COFFITO) explicassem como se dá o documento de habilitação em seus respectivos conselhos.

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

Fernando Santos (CFBio) informou que, em resposta à consulta do sobre quais documentos a vigilância sanitária poderia verificar para identificar a habilitação profissional na área da estética, foi encaminhado e-mail explicativo. Destacou que, além da Certidão de Habilitação, podem ser apresentados o Termo de Responsabilidade Técnica (TRT) e a Anotação de Responsabilidade Técnica (RT), especialmente no contexto de centros e clínicas de estética. Detalhou que a certidão de habilitação é emitida após processo no Conselho Regional de Biologia, conforme critérios das resoluções de estética (formação, prática, estágio ou especialização). Informou que a habilitação em estética não autoriza automaticamente a responsabilidade técnica em clínica de estética, sendo necessária especialização pelo profissional. Explicou que, para se tornar responsável técnico em clínica, o profissional deve encaminhar ao Conselho de Biologia a documentação comprobatória (incluindo a certidão de habilitação, formação e especialização), ocasião em que o conselho realiza o registro da pessoa jurídica e emite o Termo de Responsabilidade Técnica (TRT), documento vinculado à empresa. Informou que, embora conste o nome do profissional, o documento é vinculado à pessoa jurídica. Indicou que o biólogo deve emitir a Anotação de Responsabilidade Técnica (ART). Quando atua como responsável técnico, emite ART de cargo e função, descrevendo suas atividades e essa condição. Quando empregado, também emite ART de cargo e função, especificando forma de atuação, equipe e procedimentos realizados. Destacou que a ART descreve as atividades exercidas, o contratante e o cargo/função do profissional. Pontuou que o TRT vincula o responsável técnico à pessoa jurídica e é apresentado à vigilância sanitária, enquanto o profissional habilitado possui a certidão de habilitação. Explicou que, em clínicas ou centros de estética com atuação de biólogo como responsável técnico, devem ser apresentados, no mínimo, três documentos: TRT, ART e certidão de habilitação. Destacou que a habilitação em Biologia é específica por procedimento estético, constando na certidão as atividades autorizadas, o que permite identificar eventuais irregularidades praticadas por profissionais. Acrescentou que, quando o profissional atua apenas como empregado, deve apresentar a certidão e a ART, sendo o TRT vinculado a outro responsável técnico.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou questionamento sobre se a certidão de habilitação se refere a um procedimento específico ou a um conjunto de procedimentos.

Fernando Santos (CFBio) informou que a certidão de habilitação pode contemplar um ou mais procedimentos, conforme a comprovação de formação e prática do profissional. Destacou que o biólogo pode ser habilitado apenas para procedimentos específicos, inclusive somente um, ficando restrita sua atuação ao que estiver formalmente registrado na certidão.

Roselaine Muner (COFEN) questionou se a bióloga que obtém habilitação em toxina botulínica recebe uma certidão específica e se, ao realizar habilitação em outro procedimento, seria emitida uma nova certidão.

Fernando Santos (CFBio) mencionou que a habilitação gera uma única certidão, na qual constam os procedimentos autorizados. Caso o profissional solicite inclusão de novos procedimentos, passa por processo de adição e é emitida nova certidão atualizada. Destacou que a concessão da habilitação depende da comprovação documental de formação teórica e, obrigatoriamente, de prática supervisionada. Assim, somente são autorizados os procedimentos cuja capacitação prática esteja devidamente comprovada. Observou ainda que, na área de biologia, é incomum a habilitação ampla, pois muitos cursos de pós-graduação apresentam grande número de conteúdos teóricos, mas oferecem prática restrita, o que, em geral, limita a habilitação a poucos procedimentos efetivamente comprovados.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) pediu para Daniele Bernardi (COFFITO) apresentar das informações complementares e registrou que todos os documentos encaminhados serão anexados à presente Ata e posteriormente enviados por e-mail a todos os participantes.

Daniele Bernardi (COFFITO) informou que a cartilha elaborada no Paraná, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), resultou de reunião com conselhos, após a SESA relatar dificuldades na fiscalização e no treinamento de agentes sanitários. A pedido da Secretaria, cada conselho encaminhou lista de procedimentos estéticos com suas respectivas resoluções para subsidiar a capacitação. Participaram biomedicina, fonoaudiologia, biologia, fisioterapia e farmácia, com ausência de enfermagem e medicina. O material foi publicado no início do ano, mas posteriormente retirado para atualização, a fim de incluir as listas de procedimentos de estética do COFEN e do CFM. Também mencionou que a especialidade de fisioterapia dermatofuncional foi reconhecida em 2009 e abrange diversas áreas da fisioterapia, não se restringindo à estética. A especialidade contempla sete subáreas, incluindo doenças dermatológicas, cuidados pré e pós-operatórios de cirurgias plásticas e reparadoras estéticas, bariátricas e vasculares, estética e cosmética, queimados e, possivelmente, hanseníase. Destacou que a estética constitui apenas uma subárea da dermatofuncional. Ressaltou ainda que o fisioterapeuta possui formação generalista e pode atuar na área, observando que a lista de procedimentos da fisioterapia aparenta ser menor porque muitos atos, especialmente relacionados à eletrotermofototerapia, já estão contemplados em resoluções próprias da profissão. informou que a lista da fisioterapia aparenta ser reduzida porque não inclui procedimentos como limpeza de pele e revitalização facial, por não se tratarem de atos privativos. Esclareceu que o fisioterapeuta, com formação generalista, pode atuar em estética desde a graduação, sobretudo em procedimentos de eletrotermofototerapia, já regulamentados por resoluções da profissão. Quanto aos procedimentos injetáveis, destacou que dependem de habilitação específica: o profissional deve realizar curso reconhecido pelo COFFITO e apostilar o certificado no CREFITO de origem. Indicou como habilitações previstas a toxina botulínica, intradermoterapia, hidrolipoclasia ultrassônica e agregados plaquetários autólogos (PRP e PRF). Por fim, informou que foi realizado treinamento com a SESA no Paraná. Explicou que, nos sites dos conselhos, há serviço de consulta pública que permite verificar habilitações profissionais. Orientou que o usuário deve selecionar a profissão (fisioterapia), o tipo de habilitação desejada (por exemplo, toxina botulínica) e, após a busca, são exibidos os profissionais habilitados no estado. Destacou que essa ferramenta pode ser utilizada pela vigilância sanitária e pela população. No campo da estética, indicou quatro

habilitações registradas na fisioterapia: hidrolipoclasia, intradermoterapia, toxina botulínica e agregados plaquetários, todas disponíveis para consulta pública.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) questionou se a documentação apresentada contribui para o trabalho da Anvisa.

Alice Souza (Anvisa) afirmou que a documentação é muito útil, destacando que a vigilância sanitária não pode deliberar sobre exercício profissional e, por isso, depende de informações dos conselhos. Observou que, com a área de estética, surgiram dúvidas nas vigilâncias estaduais e municipais sobre os limites de atuação dos profissionais. Defendeu a necessidade de documento emitido pelos conselhos de classe, com base legal, indicando quais procedimentos estéticos cada profissional pode realizar. Destacou que o fiscal da vigilância sanitária deve verificar a capacidade legal do profissional que executa o procedimento, conforme previsto em decreto de 1976. Ressaltou que a definição dessa capacidade compete aos conselhos profissionais, motivo pelo qual é necessário receber essa documentação mencionada. Informou que o material será divulgado na página de estética da Anvisa, reiterando que ele não pode ser emitido pela vigilância sanitária por ausência de competência legal.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) informou que a documentação recebida do CFBio e do COFFITO foi considerada muito importante e será anexada à Ata como **ANEXO X**. Comunicou que, devido ao volume, os materiais não seriam projetados, mas seriam enviados a todos os membros até o dia seguinte. Solicitou ao COFEN, CFF e ao CFFa que preparem orientação similar para envio à Anvisa. Destacou que, após incorporada à Ata da CRTS, a documentação se torna oficial, razão pela qual pediu que os conselhos encaminhem seus materiais até a próxima reunião.

Roselaine Muner (COFEN) questionou se a documentação mencionada corresponde àquela já encaminhada anteriormente à CRTS, contendo todos os procedimentos e respectivas resoluções.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) confirmou o recebimento do ofício com a listagem de resoluções e procedimentos do COFEN, e destacou que os documentos apresentados pelo CFBio e pelo COFFITO se referem à habilitação legal do profissional, funcionando como registro formal de sua aptidão para atuar em estética.

Fernando Santos (CFBio) situou que seria como a vigilância sanitária verifica se o profissional está habilitado.

Ludimila Cunha (COFEN) informou que, no COFEN, para atuar na estética o profissional deve possuir título de especialista registrado, com no mínimo 100 horas de aulas práticas, conforme resolução. Após o registro da especialidade, o profissional fica autorizado a realizar todos os procedimentos regulamentados, não sendo exigida habilitação por procedimento ou área específica.

Fernando Santos (CFBio) questionou se o COFEN emite algum documento comprobatório.

Ludimila Cunha (COFEN) pontuou que o COFEN emite o registro de especialidade, não havendo carteira específica para a especialização, embora a carteira de especialista, antes suspensa, tenha sido retomada e possa ser apresentada pelo profissional. Acrescentou que, caso possua clínica de estética, o profissional deve ter o registro de responsabilidade técnica (RT) e manter a respectiva certidão visível no estabelecimento, bem como a documentação registro do consultório ou clínica para a vigilância sanitária. Destacou ainda que o registro de responsabilidade técnica e o registro do consultório ou clínica são distintos e que a habilitação do profissional decorre da especialização, comprometendo-se a detalhar essas informações por escrito.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) sugeriu que as informações sejam formalizadas por escrito, destacando que diversos conselhos já estão regulamentando registros de qualificação (RQE) ou equivalentes.

Zilamar Fernandes (CFF) considerou que, na farmácia, a habilitação é semelhante à da enfermagem e ocorre com base nas Resoluções nº 645/2017 e nº 669/2018, que estabelecem referenciais mínimos de qualificação e definem quais cursos de saúde estética são reconhecidos pelo CFF para registro de especialista. Complementou que as resoluções da farmácia estabelecem carga horária específica, em torno de 120 horas, com definição de conteúdo mínimo teórico-práticos e de carga prática. Informou ainda que o CFF avalia a possibilidade de instituir critérios para um RQE específico. Por fim, destacou que, diferentemente da biologia, que habilita por procedimento, o modelo da farmácia é semelhante ao apresentado pela enfermagem.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) registrou que as resoluções do CFF e o documento da Vigilância do Paraná já foram analisadas, e listam procedimentos e seus fundamentos normativos. Informou que, neste momento, solicita-se evolução na informação, indicando onde, na carteira profissional ou em outro documento, consta a habilitação do profissional.

Zilamar Fernandes (CFF) informou que cada conselho regional registra a especialidade no protocolo do profissional, permitindo consulta rápida para verificação da especialização.

Carlos Eilert (CONFEP) levantou dúvida sobre os limites legais para identificação do profissional em casos de óbito decorrente de procedimento, questionando até que ponto é possível registrar no atestado a relação com a intervenção realizada. Ressaltou a necessidade de análise jurídica sobre responsabilidade e garantia da qualidade do serviço, bem como eventual atuação dos conselhos profissionais.

Neila Mourão (CFFa) informou que há fonoaudiólogos atuando em estética há bastante tempo e que se encontra em análise a criação da especialidade em estética, em razão do crescimento significativo da área.

Daniele Bernardi (COFFITO) comentou que a gestão de intercorrências é uma preocupação comum aos conselhos profissionais. No âmbito da fisioterapia, ressaltou que o fisioterapeuta já atua historicamente com reparo tecidual em diferentes contextos assistenciais. Informou que os cursos reconhecidos pelo COFFITO incluem, entre os requisitos mínimos, conteúdos relacionados à prevenção e ao manejo de intercorrências, considerando tratar-se de competência inerente à formação e à prática profissional. Pontuou que o COFFITO já realizava prova de especialista desde 2013, inicialmente bianual e atualmente anual. Informou que o Registro Profissional de Especialista (RPE) foi substituído pelo Registro de Qualificação de Especialista (RQE). Destacou que a titulação em fisioterapia dermatofuncional passa a constar tanto na carteira tipo livro quanto na carteira profissional do fisioterapeuta após aprovação na prova de título.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) considerou que os procedimentos estéticos envolvem riscos ao paciente, cabendo a cada conselho profissional estabelecer medidas preventivas e processos investigativos. Informou que à Anvisa compete prevenir intercorrências por meio da verificação do estabelecimento e da habilitação legal do profissional. Em caso de óbito, a investigação é de competência policial. Quando houver dano grave decorrente de procedimento realizado por qualquer profissional, deve ser formalizada denúncia ao respectivo conselho, que instaurará processo investigativo e poderá aplicar as sanções previstas em lei. Por fim, comentou sobre casos em que um médico recebe paciente prejudicado por outro profissional. Ressaltou que cabe ao médico realizar denúncia ao conselho de classe e, em caso de óbito, à polícia, sendo que o atestado de óbito registrará apenas a causa da morte.

Antônio Henriques (CFM) concordou com Paulo e acrescentou que o CFM está criando uma plataforma de denúncias para cidadãos que se sintam prejudicados por profissionais que atuam além de sua

competência. As denúncias serão encaminhadas ao conselho de classe correspondente e, quando necessário, tomadas medidas judiciais. Destacou que divergências sobre procedimentos devem ser resolvidas nas instâncias naturais de cada conselho ou, se for o caso, de autoridade policial.

Roselaine Muner (COFEN) ressaltou que, quando um paciente chega ao hospital em decorrência de procedimento estético que resulte em óbito, é fundamental que ele seja atendido e que as denúncias sejam realizadas conforme os procedimentos legais. Indagou, ainda, sobre a plataforma criada pelo CFM, se será destinada exclusivamente a profissionais da saúde em geral ou se também abrangerá intercorrências médicas específicas da área de estética, considerando a relevância dessa ferramenta para registrar e encaminhar denúncias de casos de atuação inadequada.

Antônio Henriques (CFM) colocou que a plataforma será destinada à denúncia de condutas de outros profissionais da saúde, enquanto as intercorrências médicas já são recebidas diariamente pelos canais do CFM.

Roselaine Muner (COFEN) perguntou se plataforma é exclusiva para denúncias envolvendo outras categorias profissionais da saúde.

Antônio Henriques (CFM) afirmou que a plataforma abrange qualquer procedimento em que o paciente se sinta prejudicado e precise de intervenção médica para reparação de dano causado por outro profissional, não se limitando à estética.

Roselaine Muner (COFEN) sugeriu à iniciativa a criação de um registro geral da estética para todos os profissionais, a fim de comparar intercorrências e gravidades, considerando sua relevância para a educação profissional em saúde.

Antônio Henriques (CFM) informou que levará a sugestão para o seu conselho.

Alice Souza (Anvisa) explicou que a vigilância sanitária deve verificar se os profissionais de saúde estão legalmente habilitados para exercer suas funções, cumprindo todos os requisitos estabelecidos pelos respectivos conselhos de classe profissional. Os comprovantes dessas habilitações devem estar disponíveis sempre que solicitados, garantindo que o fiscal possa conferir a legalidade da atuação de cada profissional. Destacou-se a necessidade de organizar esses documentos de forma acessível, considerando a diversidade de 14 profissões envolvidas, para facilitar a fiscalização e garantir a conformidade legal. Destacou que, em caso de intercorrências, a fiscalização verifica se os estabelecimentos possuem infraestrutura adequada, equipamentos e insumos de suporte à vida, fluxos e protocolos de emergência de fácil acesso, sistema de energia elétrica, rotas de fuga, contratos de retaguarda e procedimentos de transferência de clientes, quando necessário. Ressaltou que profissionais que atuam conforme os conselhos e a RDC 63 reduzem significativamente os riscos, embora não eliminem totalmente intercorrências, citando o exemplo de um óbito no Rio Grande do Sul causado por reação alérgica durante procedimento estético. Por fim, mencionou o roteiro de inspeção da Anvisa lançado recentemente para serviços de estética, que orienta a fiscalização com base na legislação vigente.

Fernando Santos (CFBio) comentou que, na habilitação do biólogo em biologia estética, estão incluídos estudo e prática de resolução de intercorrências, mas destacou que os conselhos não estão presentes em todos os locais simultaneamente. Relatou um caso no Rio Grande do Sul, em que uma bióloga abriu uma clínica sem possuir habilitação adequada e alegou perseguição da vigilância sanitária. A fiscalização verificou a ausência de habilitação e de responsável técnico (RT), confirmando que a atuação estava irregular. Ressaltou a importância da sinergia entre conselhos e vigilância sanitária e observou que a maioria dos problemas ocorre com profissionais não habilitados ou sem formação adequada, realizando procedimentos sem a devida qualificação.

Marcos Zonta (CFBM) complementou ao ressaltar que, no Brasil, é possível abrir uma clínica sem ser o responsável técnico, desde que haja contratação de um profissional habilitado com RT. Observou que, na prática, o RT muitas vezes não está presente na clínica, sendo apenas um cadastro formal. Essa situação representa um desafio para a fiscalização, tanto da vigilância sanitária quanto dos próprios conselhos de classe. Comentou sobre a dificuldade de realizar fiscalização em tempo real em todas as clínicas, comparando com a educação física, onde não há educador físico presente para cada usuário. Ressaltou que a responsabilidade de cada profissional deve estar expressamente definida, e que a fiscalização deve focar no cumprimento desses limites de atuação. Caso o profissional ultrapasse os limites estabelecidos pela regulamentação da sua área, caberá à fiscalização e aos conselhos aplicar as medidas punitivas correspondentes.

Fernando Santos (CFBio) comentou que, embora a regra de presença contínua do profissional não se aplique a todas as áreas, exemplificou que na farmácia o farmacêutico deve estar presente durante todo o horário de funcionamento. Dessa forma, propôs, como provocação, que os Conselhos de Saúde considerem estabelecer, individualmente ou de forma conjunta, uma norma para a estética, exigindo que o responsável técnico esteja 100% presente enquanto os procedimentos estão sendo realizados em clínicas, considerando que isso seria relevante para a área.

Alice Souza (Anvisa) explicou que a RDC nº. 63 já prevê a presença de um responsável técnico (RT), RT substituto ou profissional legalmente habilitado para responder pelas questões operacionais durante todo o funcionamento da clínica. A norma permite substituto justamente porque não é viável exigir que o RT esteja presente o tempo inteiro, considerando limitações financeiras e operacionais das clínicas.

Fernando Santos (CFBio) ressaltou que o responsável técnico (RT) ou o RT substituto deve estar presente durante os procedimentos, como forma de evitar a prática de “aluguel de diploma”.

Alice Souza (Anvisa) reforçou que o responsável substituto não pode ser retirado da RDC n. 63, pois sua ausência inviabilizaria a operação das clínicas e comprometeria a fiscalização. Destacou-se a necessidade de nota explicativa sobre a responsabilidade técnica com o que existe hoje, para deixar claro aos serviços o que é exigido, garantindo apoio da vigilância sanitária e dos conselhos nessa questão.

Fernando Santos (CFBio) pediu opinião dos colegas quanto à importância de que o responsável técnico substituto esteja presente nas clínicas de estética durante o funcionamento. Reforçou que a alegação de custo para manter esse profissional não é justificativa, e que, caso a clínica não consiga cumprir essa exigência, o funcionamento deve ser suspenso até a regularização.

Carlos Eilert (CONFEF) explicou que, na educação física, o responsável técnico deve cumprir o horário registrado; se a fiscalização constatar ausência, tanto a academia quanto o profissional podem ser multados. É permitido ter dois ou mais responsáveis técnicos para cobrir turnos diferentes, mas a presença deve ser obrigatória nos horários estabelecidos. Atualmente, não há uma educação das pessoas para denúncia.

Marcos Zonta (CFBM) levantou questões sobre a definição de clínica de estética, incluindo barbearias e clínicas de depilação, e destacou desafios de fiscalização quando profissionais realizam procedimentos na casa dos clientes. Questionou como garantir a segurança do cliente, quem é responsável pela supervisão e fiscalização nesses casos, e apontou que esse é um tema relevante para discussão entre Anvisa e os conselhos profissionais.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) propôs dar continuidade ao GT de Estética no próximo ano, conforme sugestão de Fernando Santos (CFBio), para discutir a responsabilidade técnica, incluindo estabelecimentos e serviços em domicílio, e avaliar como os conselhos podem aprimorar seus sistemas para apoiar a Anvisa nesse tema. Também colocou como proposta a inclusão, na pauta do GT de

Estética para o próximo ano, do tema gestão de risco em procedimentos estéticos, considerando intercorrências, atos invasivos e riscos associados a cada procedimento. A proposta sugere que a discussão seja feita por procedimento, levando em conta o aprendizado de cada profissional de saúde (biomédicos, fisioterapeutas, enfermeiros, biólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos) na formação, com objetivo de analisar como cada curso e treinamento aborda a prevenção e manejo de intercorrências, garantindo a segurança do paciente.

Pedro Lopes (CEPEDISA/ USP) questionou se a proposta também contempla a responsabilidade técnica dos centros de esteticista.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) confirmou que a proposta inclui os procedimentos pertinentes aos centros de esteticista quando se referir a procedimentos listados, e observou que limpeza de pele não é considerada atividade da saúde. Informou que a segunda proposta é discutir a formação do profissional em estética com foco na gestão de risco de intercorrências, iniciando pela toxina botulínica. Colocou as propostas em concordância do grupo e, diante do acordo, indicou o prosseguimento da pauta. Reiterou o pedido para que farmácia, fonoaudiologia e enfermagem encaminhem a documentação solicitada à Secretaria Executiva desta Câmara.

Ludimila Cunha (COFEN) sugeriu que as pautas e documentos sejam previamente discutidos e aprovados no GT de estética antes de serem encaminhados à plenária desta Câmara, garantindo o cumprimento do objetivo do GT e maior formalidade ao rito. Destacou que alguns documentos anexados à ata não passaram pelo GT e propôs que a ata registre quando determinado documento não representar consenso da reunião.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) informou que não foram elaboradas atas dos GTs, mas que, a partir de agora, serão produzidas para o GT de estética. Afirmou que o relatório da Dra. Yáscara Lages Pinto (CFM), o e-book da Vigilância do Paraná e o ofício do COFEN foram previamente enviados e discutidos no GT, enquanto os documentos do CFBio e do COFFITO não o foram devido ao curto prazo. Informou ainda que esses materiais serão levados de volta ao GT e, na sequência, propôs o prosseguimento para a próxima pauta.

Apresentação da Minuta de Moção das Diretrizes Curriculares Nacionais de Fonoaudiologia

Houve a apresentação do texto da minuta de Moção às DCNs de Fonoaudiologia por de Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) que informou que se trata de minuta solicitada pelo Dr. Alceu Pimentel (CFM), que não será encaminhada ao CNE, em função das DCNs de Fonoaudiologia já terem sido aprovadas pelo CNE e estarem em tramitação no MEC, havendo reunião agendada do CFFa e MEC. A minuta foi apresentada apenas como referência para conselhos que quiserem usar a estrutura do texto para encaminhar a outras instâncias e foi lida aos presentes. Ainda registrou que a minuta constará nesta Ata apenas para registro, não como documento aprovado, uma vez que não será enviada ao CNE. A apresentação encontra-se na Ata como **ANEXO XI**.

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

Não houve comentários da plenária.

Apresentação da Minuta de Moção das Diretrizes Curriculares Nacionais de Terapia Ocupacional

Houve a apresentação do texto da minuta de Moção às DCNs de Terapia Ocupacional por Gláucio de Jesus (COFFITO). A apresentação encontra-se na Ata como **ANEXO XII**.

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

Oswaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) sugeriu, de forma meramente formal, que a conclusão do texto faça menção ao parecer citado no início, indicando apoio à proposta aprovada pelo CNE, com a devida referência ao dispositivo correspondente, sem alteração do mérito da matéria. Indicou que, caso a alteração sugerida seja realizada de imediato, haverá possibilidade de submissão do texto.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) confirmou que irá submeter à aprovação na plenária.

Oswaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) observou que a menção à proposta aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (art. 21, inciso I) pode gerar dúvida e sugeriu explicitar se se trata do parecer citado anteriormente, para indicar de forma clara a resolução correspondente.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) explicou que é para colocar novamente no texto o número da norma.

Oswaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) ressaltou que fica mais fácil e mais direto a intencionalidade do texto. Ponderou que, caso a intenção seja referir-se à resolução como um todo, o art. 21 pode ser indicado apenas entre parênteses ou até dispensado. Destacou que a posição do artigo antes do número da resolução indicaria aprovação específica do art. 21, sendo a escolha dependente da intencionalidade do texto.

Gláucio Jesus (COFFITO) informou que o ponto central de preocupação é a alteração do art. 21 pelo CNE, que passou a prever a graduação conforme as leis vigentes, incluindo a possibilidade de semipresencialidade, enquanto a minuta aprovada pelo CNS estabelece a presencialidade. Assim, defendeu que o CNE reconheça e aprove o art. 21, inciso I.

Oswaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) sugeriu a alteração do texto para que conste a solicitação ao Conselho Nacional de Educação para reconhecer plenamente a proposta contida no inciso I do art. 21 da Resolução nº 650, de modo a deixar explícito que o pedido se refere à manutenção da redação original desse dispositivo.

Vanda Burginski (CFESS) solicitou manifestação jurídica acerca da interpretação hermenêutica da alteração realizada pelo CNE no art. 21, que passou a adequar a formação ao que está previsto na legislação vigente. Questionou como se fundamenta juridicamente essa adequação quando aplicada a uma profissão e não às demais. Para contextualizar, mencionou situação semelhante em debate no CNS, na Comissão de Orçamento e Financiamento, envolvendo divergências entre regulamentação infraconstitucional e o texto constitucional quanto ao cômputo de emendas parlamentares no piso da saúde, destacando a existência de múltiplas interpretações jurídicas.

Oswaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) registrou que não teve acesso prévio ao parecer do CNS apresentado por Gláucio e, portanto, não entrou no mérito do conteúdo. Pontuou que, pelo exposto, havia uma expectativa da profissão quanto à regulamentação no CNS, posteriormente alterada no CNE. Destacou que se trata de colegiados com, em tese, mesma hierarquia institucional, porém com competências e finalidades distintas definidas por seus atos normativos de criação. Assim, cada colegiado pode estabelecer sua própria interpretação dentro dos limites de sua competência legal, não havendo obrigatoriedade de que outros órgãos da administração adotem a mesma interpretação.

Vanda Burginski (CFESS) informou que, no CNS, vêm sendo enfrentadas essas questões por diferentes vias, inclusive jurídica, mencionando a atuação como amicus curiae no STF quando normas apresentam possíveis contradições constitucionais. Sugeriu avaliar, sob a ótica das interpretações jurídicas e da hermenêutica, a questão da presencialidade.

Oswaldo Filho (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) avaliou que o tema apresentado pode ser incluído como proposição de pauta para o próximo ano. Sugeriu que o colegiado se debruce sobre um caso concreto para analisar opções e alternativas jurídicas que permitam sua solução preferencialmente na esfera administrativa, sem necessidade de judicialização, destacando a relevância do tema para debate e reflexão.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) respondeu que o CNE possui autonomia e competência para estabelecer as DCNs, embora o SUS também tenha atribuição constitucional na ordenação da formação de recursos humanos, tema ainda não judicializado. Observou que eventual discussão judicial caberia ao CNS. No momento, indicou que o grupo pode encaminhar moção e incluir o tema na pauta do próximo ano, entendendo que o GT das DCNs desta Câmara tende a discutir estratégias para influenciar o MEC. Ressaltou, por fim, que o CNE e o MEC são instâncias distintas e não necessariamente articuladas entre si.

Relatório das atividades da CRTS no ano de 2025 e sugestões de pauta para a 50ª Reunião da CRTS.

Houve o relato da retrospectiva das atividades desta Câmara no ano de 2025 por Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), que informou que o colegiado discutiu a educação a distância (EaD) e elaborou parecer sobre o tema, o qual, embora não acolhido pelo CNE, permanece disponível e foi levado também ao CNS, sendo objeto de diálogo inclusive na CIRTES. Relatou que foi aberto o GT das DCNs em que foram emitidas três moções de apoio às áreas de biologia, fisioterapia e terapia ocupacional, além da discussão de apoio às DCNs de fonoaudiologia, que foi bom resultado. Destacou ainda debates sobre Avaliação de Impacto Regulatório (AIR), sobre especialidades relacionadas ao câncer, entre outros. Informou a criação do GT de especialidades, atualmente em processo de aprimoramento das especialidades dos conselhos, e apontou como resultado relevante o debate sobre compartilhamento de dados, não apenas em função do Cadastro Nacional de Especialistas (CNE), mas também para fins de planejamento. Ressaltou, por fim, que planejamento, dimensionamento e demografia são conceitos distintos, porém essenciais para o desenvolvimento e para a regulação das profissões de saúde no âmbito dos CFs. Solicitou que o colegiado considere o retrospecto apresentado na formulação de novas propostas de pauta. Informou que já havia solicitado contribuições na reunião de agosto de 2025, tendo recebido sugestões, especialmente de Fernando Santos (CFBio), sobre a discussão de responsabilidade técnica, que já integra a pauta do próximo ano. Mencionou ainda que recebeu proposta do COFFITO. Em seguida, abriu espaço para novas sugestões de pauta e propôs que a primeira reunião plenária do próximo ano ocorra na primeira semana de março de 2026, entre os dias 3 e 4.

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

Vanda Burginski (CFESS) destacou a permanência de pautas prioritárias, especialmente o aprofundamento do debate sobre especialidades e o avanço no compartilhamento de dados, reconhecendo que o CFESS ainda está em débito com esse encaminhamento em razão de um ano institucionalmente complexo, marcado pela realização do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais e pelo processo eleitoral. Solicitou compreensão quanto ao prazo e reafirmou o compromisso de encaminhamento. Ressaltou a importância de articular o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho com os estudos da comissão de especialidades e da comissão de planejamento, visando subsidiar a atuação regulatória e orientadora dos conselhos profissionais. Por fim, defendeu o adensamento do debate para além das especialidades, incorporando a discussão de políticas públicas, em consonância com proposições já apresentadas anteriormente. Propôs o aprofundamento da definição de trabalhador da saúde como pauta importante para o próximo ano. Indicou também a necessidade de retomar e fortalecer o debate sobre regulação da carga horária e carreira no SUS, articulando-o à discussão da reforma administrativa. Destacou ainda a importância de incluir na agenda o tema da equidade no trabalho e na saúde, com levantamento das normativas dos conselhos sobre condições de trabalho para pessoas com deficiência, direito ao nome social,

combate ao capacitismo e ao racismo. Por fim, defendeu a continuidade do GT de DCNs e a incorporação dessas novas propostas ao planejamento da Câmara.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou que temas como carga horária, carreiras, discussões salariais e condições de trabalho são de competência da MNNP-SUS e já vêm sendo debatidos nessa instância. Informou que há informes regulares nesta Câmara sobre o plano de carreira e que foi elaborada proposta de carreira única interfederativa do SUS, ratificada pela MNNP-SUS, sugerindo consulta ao Protocolo nº 12. Ressaltou que, embora o tema possa ser discutido, o protagonismo cabe a outra instância.

Fernando Santos (CFBio) lembrou proposta anteriormente encaminhada sobre responsabilidade técnica e co-working e mencionou também a pauta da ozonioterapia. Acrescentou a necessidade de discutir as residências, relatando que o MEC instituiu grupo de trabalho sobre o tema e convidou o CFBio para participar. Segundo ele, há fragilidades na regulação das residências não médicas, com abertura de programas sem padronização ou coerência. Citou como exemplo residências denominadas de farmácia que admitem profissionais que não são farmacêuticos, o que gera dificuldades de reconhecimento profissional pelos conselhos. Defendeu, portanto, o aprofundamento do debate sobre residências, diante da falta de alinhamento entre a oferta desses programas e os critérios de reconhecimento profissional.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) informou que, a partir do próximo ano, será trazida ao MS a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), medida aguardada há bastante tempo.

Gláucio Jesus (COFITTO) propôs a realização de debate sobre o dimensionamento da força de trabalho em saúde, especialmente em relação à RDC nº 07 da Anvisa e aos parâmetros de assistência hospitalar, em unidades de terapia intensiva. Sugeriu-se também discutir o avanço da precarização do trabalho e da pejotização entre profissionais da saúde, notadamente médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, com vistas à elaboração de posicionamento institucional da Câmara sobre esse modelo de contratação, muitas vezes considerado fraudulento e associado à perda de direitos trabalhistas. Propôs, ainda, avaliar a possibilidade de atualização da RDC nº 07 ou de outra normativa que aperfeiçoe o dimensionamento da força de trabalho desses profissionais.

Cassiana Araújo (CONTER) reiterou proposta de discussão das residências e manifestou preocupação quanto à não inclusão do tecnólogo em radiologia nos programas de residência multiprofissional. Destacou que a categoria integra as 14 profissões regulamentadas da saúde e defendeu a relevância de discutir a ampliação dessa participação, considerando a importância do profissional das técnicas radiológicas no cuidado ao paciente e no uso de tecnologias em saúde. Indicou o tema como pauta de interesse para o CONTER.

Marcos Zonta (CFBM) propôs a inclusão do tema inteligência artificial e inovação em saúde. Destacou que essas ferramentas já são realidade em todas as áreas, com potencial de apoiar, e não substituir, a atuação profissional. Ressaltou a importância de discutir os impactos no mercado de trabalho e as possibilidades de aplicação em políticas públicas de prevenção, incluindo doenças infecciosas e oncologia.

Joseane Duarte (DEGERTS/SGTES/MS) reforçou a solicitação de apresentação do diagnóstico sobre o Plano da Força de Trabalho em Saúde para os próximos dez anos. Informou que há cinco áreas estratégicas prioritárias, incluindo radiologia, saúde da mulher, saúde mental e APS, e destacou a necessidade de colaboração dos conselhos no envio de dados para qualificar o diagnóstico, de modo a subsidiar alternativas e o planejamento da força de trabalho em saúde no período. Sugeriu a realização, ao longo do ano, de momentos para apresentação dos resultados de estudos sobre modelos alternativos de contratação da Força de Trabalho em Saúde. Informou que pesquisas conduzidas pela Fiocruz (RJ e PE) analisam PPPs, OS, OSCIPs, EBSERH, pejotização e plataformização do trabalho em saúde, e que outro estudo da UFRJ, coordenado pela professora Lígia Bahia, examina o empresariamento na formação e contratação desses

profissionais. Destacou que tais evidências podem subsidiar o planejamento e qualificar os debates desta Câmara.

João Santos (CONTER) considerou pertinente incluir na agenda o debate relacionado à COP30, destacando a existência de discussões específicas sobre saúde no evento. Sugeriu que o colegiado se aproprie desse conteúdo para refletir sobre os impactos da sustentabilidade planetária na atuação dos profissionais e dos conselhos da área da saúde. Ressaltou que, embora o tema já exista há algum tempo, ainda é recente para o campo e merece aprofundamento, inclusive com possível contribuição do Ministério da Saúde.

Paulo Mayall (CODETS/CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) solicitou também que todas as propostas de pauta apresentadas sejam encaminhadas oficialmente, com suas respectivas justificativas, para o e-mail da coordenação (cgerts.saude@saude.gov.br), preferencialmente pelos membros titulares ou suplentes. Informou que a medida visa aprimorar o controle e a organização dos temas e que, a partir de janeiro, será elaborada a proposta de pauta para o ano.

Zilamar Fernandes (CFF) informou que se considera contemplada pelas pautas apresentadas, mas propôs a realização de um estudo sobre a política de expansão dos cursos de graduação em saúde. Destacou a ausência de dados estatísticos consolidados, o que dificulta a atuação em audiências públicas e a avaliação da necessidade social de novos profissionais ou da abertura de cursos. Avaliou que a Câmara é um espaço propício para organizar essas informações. Mencionou que a Farmácia possui atualização anual por meio de grupo específico, situação que não é comum às demais profissões. Ressaltou que o levantamento é essencial para subsidiar políticas, mapear profissionais e cursos e dar maior racionalidade às decisões sobre expansão. Sugeriu que cada profissão levante seus dados para posterior consolidação como subsídio técnico.

Ludimila Cunha (COFEN) avaliou como pertinentes as pautas apresentadas, destacando inteligência artificial, formação profissional e mudanças climáticas. Informou que o COFEN participou da COP30 e que o Ministério da Saúde lançou programas estratégicos relacionados ao tema, como AdaptaSUS, Agenda de Ação em Saúde de Belém, Mais Saúde Amazônia e a Rede de Saúde e Clima, ressaltando que as mudanças climáticas têm aumentado a demanda por serviços e exigido sistemas de saúde mais resilientes. Defendeu a inclusão dessa pauta. Sugeriu ainda a inclusão de debate sobre prescrição de medicamentos e diagnósticos por diferentes profissões, considerando a diversidade de normativas, a judicialização recorrente e as dúvidas existentes entre categorias e perante a sociedade, em articulação com programas do Ministério da Saúde e regulamentações profissionais.

Marcelo Lima (DEGERTS/SGTES/MS) parabenizou a CRTS pelo trabalho desenvolvido no ano, destacando os avanços obtidos após período de inatividade do grupo. Avaliou que as propostas de pauta para o próximo ano estão alinhadas às prioridades do Ministério da Saúde e que há convergência de objetivos entre as instâncias. Ressaltou que, superadas as pautas iniciais, o colegiado deverá enfrentar agendas mais complexas, o que exige maturidade e diálogo entre os participantes, com foco no fortalecimento do SUS e na proteção dos profissionais. Reforçou a importância do compartilhamento de dados para qualificar o planejamento da força de trabalho em saúde, incluindo parâmetros de dimensionamento, programas de provimento, estratégias de atração e fixação e análise da distribuição de profissionais. Destacou que essas informações também subsidiam o debate sobre carreira e melhores condições para os trabalhadores da saúde. Finalizou desejando bom encerramento do ano e êxito nos trabalhos de 2026.

Encerramento

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



CRTS

Câmara de Regulação
do Trabalho em Saúde

Local: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).

Endereço: SIA Trecho 17, 810 - Parque Ferroviário, Brasília - DF.

Data: 9 e 10 de dezembro de 2025.

Horário: 09h às 17h

49ª REUNIÃO DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

PROGRAMAÇÃO

9 DE DEZEMBRO DE 2025

1º DIA

9h - Mesa de Abertura.

- Representante do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/ SGTES/ MS);
- Representante do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/ SGTES/MS);
- Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- Representante Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS);
- Representante Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS).

9h30 - Apresentação dos membros da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) e convidados.

09h45 - Leitura e aprovação da ata da 48ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS).

10h – Demografia de Enfermagem: Metodologia e implicações no planejamento da força de trabalho em saúde.

Lívia Angeli, representante do DEGERTS/ SGTES/ MS.

11h – Informe do GT de Especialidades.

Apresentação do website do CNES na sua forma publicada

12h15 Almoço.

14h – Apresentação sobre DCNs de Medicina.

- Antônio Henriques, representante do Conselho Federal de Medicina (CFM).
Debate.



CRTS

Câmara de Regulação
do Trabalho em Saúde

15h – Apresentação sobre DCNs de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

- Representante do COFFITO.
Debate.

16h – Informe do GT DCNs.

Moções de apoio Fonoaudiologia e Fisioterapia e Terapia Ocupacional

17h – Encerramento.

10 DE DEZEMBRO DE 2025

2º DIA

9h – Informe do GT de Estética.

- Lista de procedimento de estética;
- Acompanhamento do Projeto de Lei nº 2.717/2024 – Estética nas profissões da saúde.

10h – Relatório das atividades da CRTS no ano de 2025 e sugestões de pauta para a 50ª Reunião da CRTS

12h - Almoço e encerramento.

49ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde


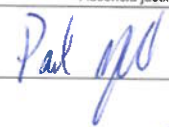

Data: 9 e 10/12/2025

Horário: 09h às 17h

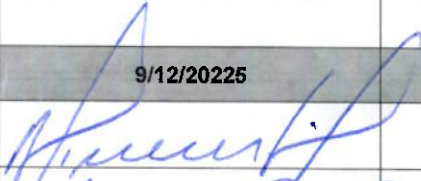















Local: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)





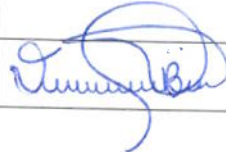
Endereço: SIA Trecho 17, 810 – Parque Ferroviário, Brasília – DF.








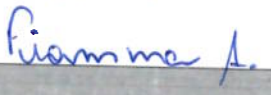

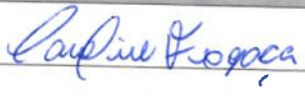
Lista de presença

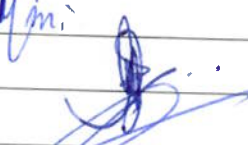





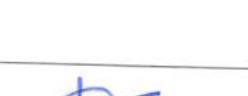





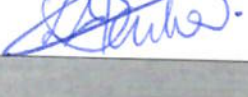




Instituição	Representante	E-mail	9/12/2025	10/12/25
SGTES/MS	Felipe Proenço de Oliveira	felipe.proenco@saude.gov.br		
DEGERTS/SGTES/MS	Evelin Bezerra da Silva	evelin.silva@saude.gov.br	Ausência justificada	Ausência justificada
	Livia Angeli Silva	livia.angeli@saude.gov.br		
CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS	Benedito Augusto de Oliveira	benedito.oliveira@saude.gov.br	Ausência justificada	Ausência justificada
	Paulo Mayall Guilayn	paulo.guilayn@saude.gov.br		
DEGES/SGTES/MS	Mavie Eloy Kruschewsky	mavie.elay@saude.gov.br		
	Laerge Thadeu C. da Silva	laerge.silva@saude.gov.br		
Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS	Edson Hilan Gomes de Lucena	edson.lucena@saude.gov.br		
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS				
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico	Jaqueline Rocha B. dos Santos	jaqueline.borges@saude.gov.br	Ausência justificada	Ausência justificada

Instituição	Representante	E-mail	9/12/2025	10/12/25
Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - SECTICS/MS	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 - SESA/MS	Gustavo Hoff	gustavo.hoff@saude.gov.br		
	Lucas Ferreira dos Santos	lucas.dossantos@saude.gov.br		
Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDGI	Paulo Henrique O. W. de Carvalho	paulo.weiss@saude.gov.br	participação on-line	participação on-line
	Juliana Ramos Bruno	juliana.bruno@saude.gov.br		
Secretaria-Executiva - SE/MS	Etel Matiolo	etel.matiolo@saude.gov.br	participação on-line	participação on-line
	Diego Lima de Oliveira	diego.loliveira@saude.gov.br	participação on-line	participação on-line
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		
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa	Marcia Gonçalves de Oliveira	marcia.goncalves@anvisa.gov.br		
	Alice Alves de Souza	alice.souza@anvisa.gov.br	Alice	Alice
	Cleide Felícia de Mesquita Ribeiro	cleide.rbeiro@anvisa.gov.br		

Instituição	Representante	E-mail	9/12/20225	10/12/25
Conselho Federal de Medicina - CFM	Alceu José Peixoto Pimentel	alceupimentel@portalmédico.org.br		
	Antonio Henriques de França Neto	comissoes@portalmédico.org.br		
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	online 	
	Ellen Márcia Peres	ellenperes@coren-rj.org.br; ellen.peres@cofen.gov.br		
	Roselaine Muner	roselainemuner@uol.com.br		
Conselho Federal de Odontologia - CFO	Tessa de Lucena Botelho	tessabotelho@gmail.com		
	Rafael Gomes Ditterich	prof.rafaelgd@gmail.com		Ausência justificada
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 Gregghi Sticca	marinagregghi@hotmail.com		
	Antônio Virgílio Bittencourt Bastos	virgilio.bastos@cfp.org.br		
Instituição	Representante	E-mail	9/12/20225	10/12/25

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	Gustavo Fernandes Vieira	gvieirafisio@gmail.com	participação on-line	participação on-line
	Gláucio Roberto Santana de Jesus	grfisio@gmail.com	participação on-line	participação on-line
	Daniele Bernardi	daniele.bernardi@coffito.gov.br		
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	participação on-line	
	Manuela Dolinsky			
Conselho Federal de Medicina Veterinária CFMV	Ingrid Bueno Atayde	ingrid.atayde@cfmv.gov.br		
	Paulo Augusto Aragão Zunino	paulo.zunino@cfmv.gov.br	participação on-line	participação on-line
Conselho Federal de Biologia - CFBio	Fernando César de Sousa Santos	biologofernando@live.com		
	Livia Maria Alves de Oliveira	livia.alves.oliveira@hotmail.com		
Conselho Federal de Educação Física - CONFEF	Carlos Alberto Eilert	eilert.carlosalberto@gmail.com	Carlos Eilert	Carlos Eilert
	Willian Pimentel	confef@confef.org.br		
Instituição	Representante	E-mail	9/12/20225	10/12/25
Conselho Federal de Assistência Social - CFESS	Elaine Pelaez	elainepelaez@yahoo.com.br		
	Vanda Micheli Burginski	vandamicheliseso@gmail.com		

Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	Cassiana Crispim de Araújo		online	
	José Carlos de Jesus Júnior	carlosjunior.conter@gmail.com		
MNMP-SUS	Irene Rodrigues da Silva	irenerodrigues1313@gmail.com	Ausência justificada	Ausência justificada
	Jorge Darze Sarc.	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	joapso.pedro@gmail.com		
Instituição	Nome	E-mail	9/12/20225	10/12/25
CONJUR / MS	Rafael Vitor Soares Fernandes	rafael-s.femandes@agu.gov.br		
SGTES / MS	Marcus Pontes	marcus.pontes@saude.gov.br		
	Fiamma Aciole Vanderlei Teixeira	fiamma.teixeira@saude.gov.br		
Instituição	Nome	E-mail	9/12/20225	10/12/25
CCOM / SGTES	Caroline Fogaça Pereira	caroline.fogaca@saude.gov.br		
	Laianny Martins Silva Efel	laianny.efel@saude.gov.br		

DEGERTS /SGTES / MS	Ingrid Beatriz da Silva	ingrid.beatriz@saude.gov.br		
	Marcelo Marques de Lima	marcelo.mlima@saude.gov.br	Ujm:	
CGERTS/SGTES/MS	Ana Elisa de Carli Blackman	ana.blackman@saude.gov.br		
	Oswaldo Martins De Morais Filho	osvaldo.morais@saude.gov.br		
	Luiz Henrique Oliveira de Carvalho	luizh.carvalho@saude.gov.br		
	Maria Carmen Martins Dantas	maria.carmen@saude.gov.br		
	Daniilo Monteiro Soares	daniilo.soares@saude.gov.br		
	Lais Ferreira de Araújo	lais.araujo@saude.gov.br		
CGVATS / DEGERTS /SGTES / MS	Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa	flavia.ferreira@saude.gov.br		
	Vânia Severino Barbosa	vania.barbosa@saude.gov.br		
Instituição	Nome	E-mail	9/12/20225	10/12/25
CGPFTS / DEGERTS / SGTES / MS	Gilmara Lucia dos Santos	gilmara.santos@saude.gov.br		
	Joseane Aparecida Duarte	joseane.duarte@saude.gov.br		
Secretaria de Educação Superior – SESu / Ministério da Educação	Carlos Cardoso	carloscardoso@mec.gov.br		
	CEPEDISA	Pedro Gabriel Lopes		
		lopes.pedrogabriel@gmail.com		

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde

Coordenação-Geral de Políticas Remuneratórias e Planejamento da Força de Trabalho na Saúde



Gestão da Informação
**Demografias
das Profissões
de Saúde**

OBJETIVO

Traçar características, tendências e cenários relacionados à população e à atividade dos (as) profissionais de saúde no Brasil.

1

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL 2025

2

DEMOGRAFIA E MERCADO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

3

ESTRUTURA E DINÂMICA SOCIODEMOGRÁFICA DA FORÇA DE TRABALHO E FORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

4

DEMOGRAFIA DA FORÇA DE TRABALHO PARA AS DEMAIS CATEGORIAS

As demografias devem considerar:

**TRANSPARÊNCIA
ATIVA**

Descentralização da informação para gestoras(es), trabalhadoras(es), pesquisadoras(es), docentes e sociedade em geral.

EQUIDADE

Instrumento para debate em relação à equidade de raça, gênero e classe, entre outras dimensões para a promoção do trabalho decente, digno e justo

**POLÍTICAS
PÚBLICAS**

Planejamento, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Avaliação das dinâmicas populacionais de cada categoria profissional

CENTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES DO TRABALHO NA SAÚDE

Força de Trabalho em Saúde

Saúde e Segurança do Trabalhador(a)

Regulação do Trabalho

SINNP-SUS

REGTES

Carreiras no SUS

Políticas Remuneratórias

CENITS

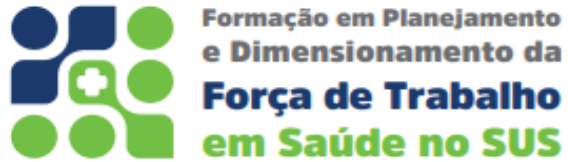
Centro Nacional de Informações do Trabalho na Saúde

Saiba mais



MINISTÉRIO DA SAÚDE

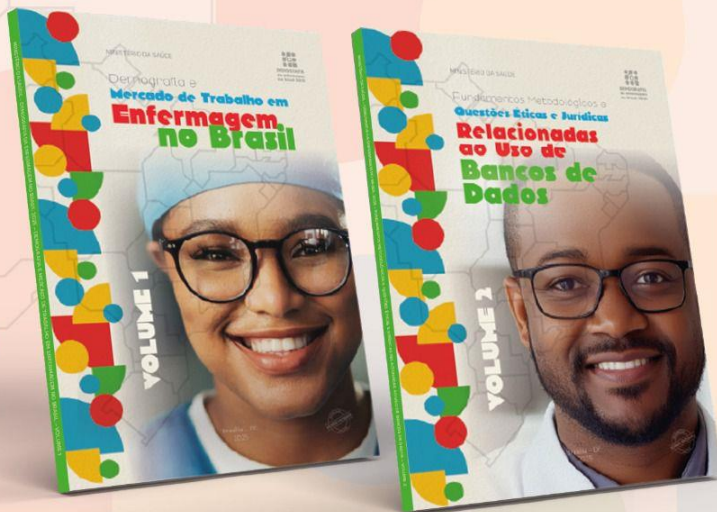






Lançamento

**Conheça as
novas publicações
da Demografia da
Enfermagem!**



Acesse as
versões digitais



**EIXO:
FORMAÇÃO DA
ENFERMAGEM**



**EIXO:
DEMOGRAFIA DA
ENFERMAGEM**



**EIXO:
MERCADO DE
TRABALHO DA
ENFERMAGEM**



METODOLOGIA

Análise de bases de dados secundárias, compondo um repositório que permite o monitoramento longitudinal.

N.	Base	Relevância para o estudo da força de trabalho em enfermagem		
		Perfil Demográfico	Condições de trabalho	Educação
1	Caged	✓	✓	✓
2	Censo Ed Básica	✓	⊗	✓
3	Censo Ed Superior	✓	⊗	✓
4	Censo Demográfico	✓	⊗	⊗
5	CNES	✓	✓	⊗
6	Cofen	✓	⊗	⊗
7	e-Gestor	Não analisado	Não analisado	Não analisado
8	INSS	✓	✓	⊗
9	PNAD Contínua	✓	✓	✓
10	Enade	Não analisado	Não analisado	Não analisado
11	PNS	Não analisado	Não analisado	Não analisado
12	Rais	✓	✓	✓
13	SIM	⊗	✓	⊗
14	Sisu	Não analisado	Não analisado	Não analisado

Base de dados	Quantidade de Registros
Caged	1.061.105.225
Censo da Educação Básica	3.034.253
Censo da Educação Superior	3.113.926
CNES	706.762.951
Cofen	4.715.596
PNAD contínua(1)	383.049
Rais	1.029.013.432
SIM	20.304.951
TOTAL	3.283.568.505

(1) Variável por ano. Total apresentado: ano de 2023

**Potência da
DEEMOGRAFIA no
formato de articular a
formação e mercado de
trabalho**

FORMAÇÃO

DISTRIBUIÇÃO

DIMENSIONAMENTO

**ATRAÇÃO E
PROVIMENTO**

REGULAÇÃO

MIGRAÇÃO

**RETENÇÃO
FIXAÇÃO
MOVIMENTAÇÃO**

Possibilidades e limites

Formação Técnica , graduação e especialização

Nº de cursos, vagas e egressos - série histórica

- Público / privado
- Modalidades e turnos
- Tipos de instituição

Aspectos regulatórios

Evasão / vagas ociosas



Limitação de dados da formação técnica

Nomenclaturas dos cursos de especialização

Fragilidades de dados das residências

Análise stricto sensu limitada



Caracterização e dinâmica do campo profissional

- Sexo, faixa etária,
- Perfil de mortalidade e adoecimento
- Distribuição geográfica
- Composição do campo profissional – série histórica
- Estrangeiros
- Renda



- ❖ N° de registros e não de pessoas no Cofen
- ❖ Restritas informações de raça
- ❖ Distribuição nos municípios
- ❖ Perfil de escolaridade e áreas especializadas
- ❖ Mobilidade (migração interna e externa)



Mercado de trabalho

Postos de trabalho

- Setor público e privado
- Níveis de atenção

Renda / gênero e raça

Admissões / demissões e afastamentos



Salário por nível de atenção

Limitação de dados de renda à RAIS

Impossibilidade de identificar a atuação de especialistas remunerações



Plano da força de trabalho 2026 – 2035



CNE

CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Saúde em Números



657.151

Médicos com registro ativo no CFM



555.275

Médicos com atuação registrada no CNES



343.749

Médicos especialistas com atuação registrada no CNES

Como os Conselhos podem contribuir com esse processo???

- ✓ Mantendo bases nacionais atualizadas
- ✓ Compartilhamento de dados
- ✓ Padronizando seus bancos de dados com variáveis de interesse comum
- ✓ Formato/categorias de variáveis padronizadas
- ✓ Mecanismos eficientes de registros de diplomas
- ✓ Regulação eficaz de registro de títulos e exercício das especialidades

Projeto de integração de dados

- Cruzamento de bancos de dados a partir de identificadores comuns
- Ambiente de inteligência
- Plataforma de consulta
- Análises de itinerários formação-atuação profissional
- Impacto de políticas

Projeto piloto

Cruzamento de RAIS,
CNES e Cofen/CFM

Ainda temos um longo caminho, mas o importante é darmos os primeiros passos e seguirmos fortes nessa construção.

GRATIDÃO!

GT Especialidades CRTS

**Informes das Reuniões com
Conselhos Federais para tratar
de Especialidades e Dados**

Reuniões entre junho e setembro de 2025



Ouv
SUS 136
Ouvidoria-Geral do SUS

Saiba mais em
gov.br/saude

Conselho Federal	Data
Conselho Federal de Medicina - CFM	24/09/2025
Conselho Federal de Biomedicina - CFBM	27/08/25
Conselho Federal de Enfermagem - Cofen	16/09/2025 e 17/11/2025
Conselho Federal de Odontologia - CFO	02/09/2025
Conselho Federal de Farmácia - CFF	23/09/2025
Conselho Federal de Psicologia - CFP	11/09/2025
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO	02/09/2025
Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa	08/08/2025
Conselho Federal de Nutrição - CFN	28/08/2025
Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV	28/08/2025
Conselho Federal de Biologia - CFBio	07/08/2025
Conselho Federal de Educação Física - CONFEF	25/09/2025
Conselho Federal de Assistência Social - CFESS	17/09/2025
Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - CONTER	15/09/2025



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Manifestação sobre termo de compartilhamento de dados dos profissionais de e de normas para BRTS

Manifestação favorável

- CFO;
- COFFITO;
- CFFa;
- CFM.

CONJUR/MS

Em tratativas:

- COFEN;
- CFBio;
- CFBM;
- CFMV.

Mais reuniões e consultas internas

Sem resposta oficial:

CFN/CFP/CONFEF/CFESS/CONTER

Solicitação de material referente às Especialidades dos Conselhos Profissionais:

Nº	DENOMINAÇÃO ATUAL DAS ESPECIALIDADES RESOLUÇÃO CFO-161/2015, de 02/10/2015	ATOS DE CRIAÇÃO
1.	Acupuntura	Resolução CFO-160/2015, de 02/10/2015
2.	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais	Portaria *SNFO nº 32/1968, de 25/03/1968
3.	Dentística	Resolução CFO-90/1975, de 14/06/1975
4.	Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial	Resolução CFO-22/2001, de 27/12/2001
5.	Endodontia	Portaria SNFO nº 32/1968, de 25/03/1968
6.	Estomatologia	Resolução CFO-181/1992, de 06/06/1992
7.	Harmonização Orofacial	Resolução CFO-198/2019 de 29/01/2019
8.	Homeopatia	Resolução CFO-160/2015, de 02/10/2015
9.	Implantodontia	Resolução CFO-167/1990, de 09/11/1990
10.	Odontogeriatría	Resolução CFO-22/2001, de 27/12/2001
11.	Odontologia do Esporte	Resolução CFO-160/2015, de 02/10/2015
12.	Odontologia do Trabalho	Resolução CFO-22/2001, de 27/12/2001
13.	Odontologia Hospitalar	Resolução CFO-262/2024, de 25/01/2024
14.	Odontologia Legal	Resolução CFO-90/1975, de 14/06/1975

- O CFO apresentou uma relação de 24 especialidades, com documentos regulatórios de 1968 a 2024

15.	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	Resolução CFO-22/2001, de 27/12/2001
16.	Odontopediatria	Portaria SNFO nº 32/1968, de 25/03/1968
17.	Ortodontia	Portaria SNFO nº 32/1968, de 25/03/1968
18.	Ortopedia Funcional dos Maxilares	Resolução CFO-22/2001, de 27/12/2001
19.	Patologia Oral e Maxilo Facial	Resolução CFO-67/1971, de 15/10/1971
20.	Periodontia	Portaria SNFO nº 32/1968, de 25/03/1968
21.	Prótese Buco-Maxilo-Facial	Resolução CFO-90/1975, de 14/06/1975
22.	Prótese Dentária	Portaria SNFO nº 32/1968, de 25/03/1968
23.	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Portaria SNFO nº 30/1968, de 01/03/1968
24.	Saúde Coletiva	Portaria SNFO nº 32/1968, de 25/03/1968

**SNFO (Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia)

Solicitação de material referente às Especialidades dos Conselhos Profissionais:

- **O CFMV apresentou:**

- **Resolução 1.572/2023**

Disciplina a habilitação de entidades que concedem títulos de especialista

- **Resolução 1.649/2025**

Disciplina a publicidade do médico veterinário, incluindo a publicidade sobre especializações e especialidades

- **Resolução 1.1138/2016**

Código de Ética: restringe a publicidade do veterinário a divulgar especialidades às reconhecidas pelo Conselho e divulgar formação acadêmica relevante

Solicitação de material referente às Especialidades dos Conselhos Profissionais:

- **O COFEn apresentou:**

- **Resolução 581/2018**

Divide especialidades em 3 áreas subdivididas em linhas de atuação

- Resoluções 516/2016 e 672/2021 – Obstetrícia
- Resoluções 529/2016, 626/2020 e 715/2023 – Estética
- Resolução 585/2016 – Acupuntura
- Resolução 735/2024 – Enfermeiro navegador e Enfermeiro clínico

Resoluções Publicadas em 2025 sobre Reconhecimento de Especialidades

- **RESOLUÇÃO COFFITO 636/2025**

- Estabelece regras para o RQE e para identificação do especialista

- **RESOLUÇÃO-COFFITO 632/2025**

- Reconhecimento de Residência como modalidade de obtenção do Título de Especialista.

- **Resolução CONFEF Nº 603/25**

Define o que é especialidade;

A Especialidade Profissional deverá observar a relação entre formação em nível de Graduação e campos de intervenção profissional específicos;

Define regras para a formação do especialista e para a aceitação do título

Levantamento de ações judiciais envolvendo reconhecimento de especialidades

Realizado pelo CEPEDISA/USP

- **Metodologia da pesquisa:** Foi realizada uma raspagem de dados em 04/07/2025, por meio da plataforma Jus.br, pesquisando pelos CNPJs dos Conselhos Federais.
- **Dados iniciais encontrados:** Foram localizados 6.951 processos, alguns com mais de uma tramitação (em mais de uma instância), totalizando 8.850 tramitações. Desse total, 510 foram classificadas como conflitos envolvendo o reconhecimento de alguma especialidade na área de saúde.

Distribuição por tribunal dos processos envolvendo reconhecimento de especialidades na área de saúde

Tribunal	Tramitações localizadas
TRF-1	305
TRF-2	35
TRF-3	75
TRF-4	42
TRF-5	32
TRF-6	18
Outros	3
Total	510

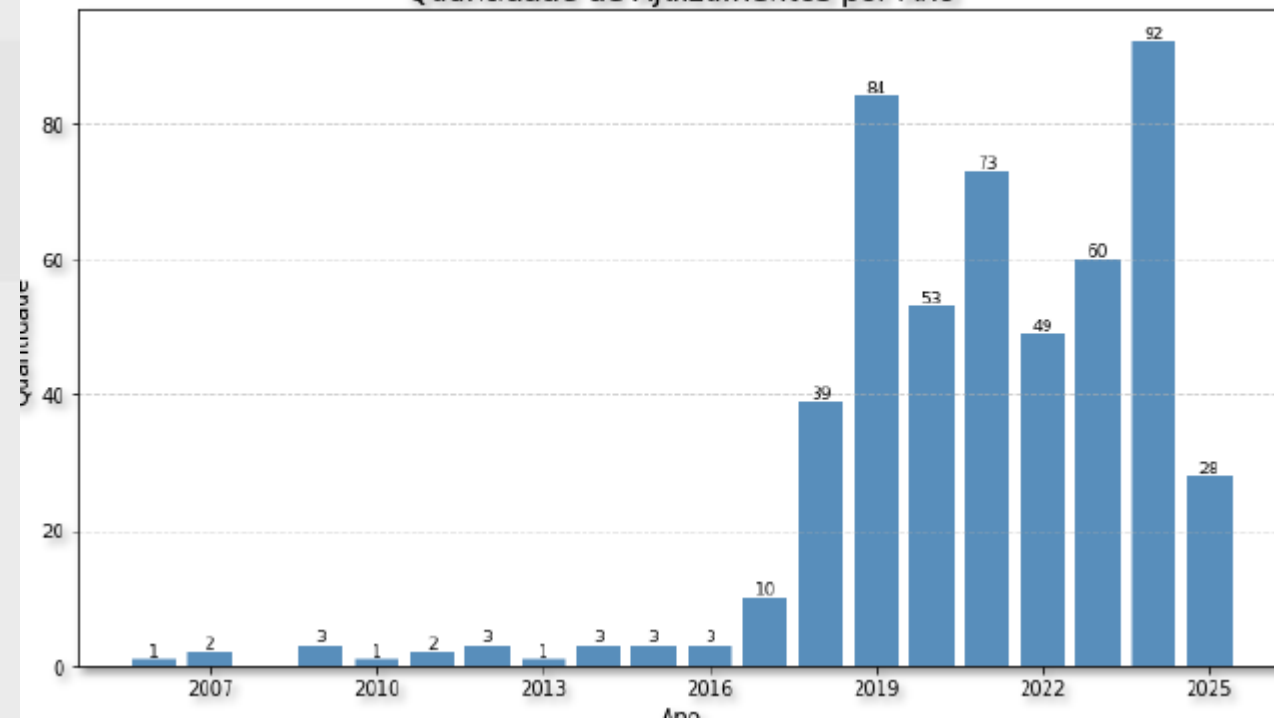
Levantamento de ações judiciais envolvendo reconhecimento de especialidades

Realizado pelo CEPEDISA/USP

Distribuição por conselho dos processos envolvendo reconhecimento de especialidades na área de saúde

Conselho	Tramitações localizadas
Conselho Federal De Biomedicina	1
Conselho Federal De Enfermagem	2
Conselho Federal De Farmácia	7
Conselho Federal De Fisioterapia E Terapia Ocupacional	10
Conselho Federal De Medicina	386
Conselho Federal De Medicina Veterinária	2
Conselho Federal De Odontologia	99
Conselho Federal De Psicologia	4
Total	511*

Quantidade de Ajuizamentos por Ano



OBRIGADO

Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde

Departamento de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE

cgerts@saude.gov.br

Informamos que foi encaminhado material referente às Especialidades dos seguintes Conselhos Profissionais:

- **CFO, COFEN e CFMV**



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (DCN 2025)

49ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)

Data: 09 de dezembro de 2025 – 14h

Palestrante: Dr. Antônio Henriques de França Neto

Conselho Federal de Medicina – CFM



Contexto da Discussão

A formação médica constitui o eixo estruturante da força de trabalho em saúde no Brasil, exercendo impacto direto na qualidade do cuidado ofertado à população. Nas últimas décadas, testemunhamos uma expansão acelerada de cursos e vagas de Medicina em todo o território nacional, fenômeno que traz consigo desafios significativos.

Heterogeneidade entre Escolas

Variação expressiva na qualidade da infraestrutura, corpo docente e recursos pedagógicos entre as instituições de ensino médico

Cenários de Prática Saturados

Sobrecarga dos campos de estágio com excesso de estudantes, comprometendo a qualidade da experiência formativa

Fragilidade da Supervisão

Escassez de preceptores qualificados e dificuldades na garantia de acompanhamento adequado dos estudantes

Diante desse cenário, torna-se imperativa a necessidade de alinhar três dimensões fundamentais: **educação médica**, **regulação profissional** e **regulação do trabalho em saúde**, garantindo coerência entre a formação oferecida e as demandas reais do Sistema Único de Saúde.

Objetivo da Apresentação

01

Síntese das DCNs

Apresentar os principais pontos das novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina de forma clara e objetiva

02

Análise Crítica

Discutir avanços, fragilidades e contradições identificadas na Resolução

03

Contextualização Nacional

Relacionar as DCNs com o contexto de expansão acelerada e com a realidade operacional do SUS

04

Perspectiva Internacional

Comparar brevemente com padrões internacionais de duração e carga horária da formação médica

05

Implicações Regulatórias

Indicar possíveis implicações e encaminhamentos estratégicos para a CRTS

1

Panorama Geral

Visão abrangente das DCNs de Medicina 2025

2

Perfil e Competências

Características esperadas do médico egresso

3

Organização Curricular

Estrutura, carga horária e internato

4

Avaliação Crítica

Avanços e fragilidades da nova DCN

5

Contexto Internacional

Duração, horas e modelo de inserção no trabalho

6

Regulação do Trabalho

Implicações para a saúde brasileira

7

Encaminhamentos

Mensagens finais e possíveis ações

Agenda

DCN 2025: Panorama Geral



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 30 DE SETEMBRO DE 2025 (*)

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais
do Curso de Graduação em Medicina.

O PRESIDENTE DA CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 10, inciso VI, da Portaria MEC nº 1.306, de 2 de setembro de 1999, e tendo em vista o disposto no art. 9º, § 2º, alínea ‘c’, da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, com a redação dada pela Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, e considerando o estabelecido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e com fundamento no Parecer CNE/CES nº 536/2025, homologado por Despacho do Senhor Ministro de Estado da Educação, publicado no Diário Oficial da União – DOU de 30 de setembro de 2025, seção 1, pág. 160,

RESOLVE:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Ficam instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, com o perfil e competências fundamentais do médico e os princípios e pressupostos para a sua formação, nos termos desta Resolução.

CAPÍTULO II DO PERFIL DO MÉDICO

A nova Resolução do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior representa uma atualização abrangente que revoga e substitui integralmente a DCN de 2014. Este documento normativo estabelece os parâmetros fundamentais para a formação médica no país.

Definições Centrais

- Perfil desejado do médico egresso brasileiro
- Competências gerais e específicas a serem desenvolvidas
- Organização mínima obrigatória do curso de Medicina

Perfil do Egresso

As novas DCNs delineiam o perfil de um médico de **formação geral, crítica, reflexiva e ética**, preparado para atuar de forma competente e humanizada nos diversos contextos da atenção à saúde brasileira.



Compromisso Social

Dedicação aos direitos humanos, equidade, diversidade e inclusão, com respeito às diferenças e valorização da pluralidade



Alinhamento ao SUS

Formação fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, reconhecendo-o como conquista civilizatória



Cuidado Integral

Capacidade de atuar nos diferentes níveis de atenção, com foco no cuidado centrado na pessoa, família e comunidade



Determinantes Sociais

Compreensão profunda dos determinantes sociais da saúde e sua influência nos processos de saúde-doença

O perfil enfatiza ainda a **responsabilidade social** e o compromisso com a melhoria contínua da qualidade do cuidado oferecido à população brasileira.

Competências do Egresso: Visão Geral

As competências esperadas do médico formado pelas novas DCNs organizam-se em três grandes eixos estruturantes, que se complementam e se integram ao longo de toda a formação.



Atenção à Saúde

Competências clínicas centrais para o exercício da Medicina



Gestão em Saúde

Habilidades gerenciais e de liderança nos serviços



Educação e Desenvolvimento

Formação continuada e educação em saúde

Lista Abrangente de Competências Específicas

- Diagnosticar, tratar, reabilitar e cuidar em todas as fases do ciclo vital
- Atuar em promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância em saúde
- Utilizar criticamente tecnologias emergentes: IA, telemedicina, big data
- Responder a emergências sanitárias, desastres e contextos de crise
- Exercer liderança colaborativa e trabalho interprofissional em equipe
- Realizar gestão eficiente de recursos e processos assistenciais
- Cuidar da própria saúde física e mental de forma sistemática
- Comprometer-se com desenvolvimento profissional contínuo ao longo da carreira

Organização do Curso

6

Anos de Duração

Período mínimo para formação médica completa

7.200

Horas Presenciais

Carga horária mínima obrigatória

A estruturação curricular proposta pelas DCNs rompe com o modelo tradicional de disciplinas compartimentalizadas, priorizando **eixos integradores** que articulam conhecimentos, habilidades e atitudes de forma longitudinal e progressiva.

Inserção Progressiva

Vivência na rede de serviços desde os primeiros períodos do curso, aproximando teoria e prática desde o início

Integração de Atividades

Articulação entre momentos teóricos, práticos, de simulação, pesquisa e extensão em um currículo coeso

Metodologias Ativas

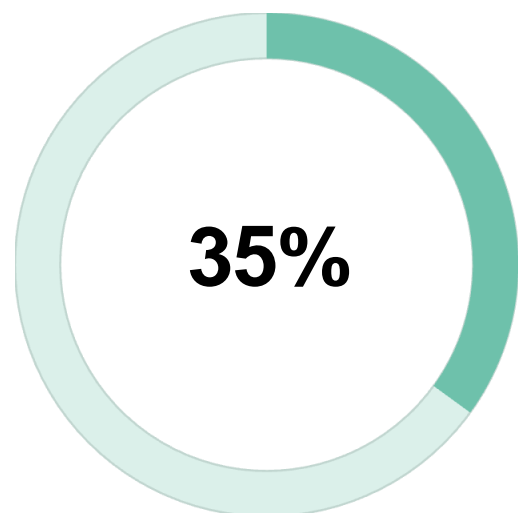
Ênfase em estratégias pedagógicas que colocam o estudante como protagonista do próprio aprendizado

Avaliação Programática

Sistema abrangente de avaliação formativa e somativa, acompanhando o desenvolvimento das competências

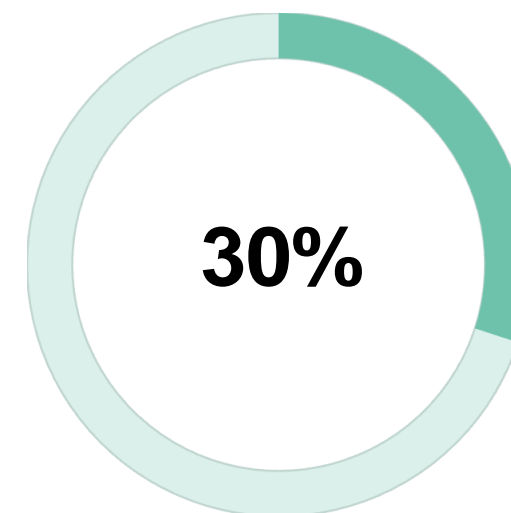
Internato: Diretrizes Centrais

O internato médico representa o estágio curricular obrigatório de imersão do estudante em serviços de saúde, realizado sob supervisão docente e de preceptoria qualificada. Constitui momento crucial de consolidação de competências antes do exercício profissional autônomo.



Carga Horária Mínima

Percentual do total do curso dedicado ao internato (≥ 2.520 horas)



APS e Urgência

Tempo mínimo em Medicina de Família e Comunidade e Urgência/Emergência no SUS

Duração de 2 Anos

Período mínimo para vivência significativa e desenvolvimento de autonomia progressiva

Áreas Obrigatórias

Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva

Caráter Formativo-Avaliativo

Etapa de consolidação, avaliação e certificação de competências essenciais

A ênfase na **Medicina de Família e Comunidade** e na **Urgência e Emergência** reflete a priorização da Atenção Primária à Saúde e dos pontos de atenção mais críticos do SUS como cenários formativos centrais.

Ambientes de Aprendizagem e Simulação



As novas DCNs reconhecem formalmente a importância dos **laboratórios de habilidades e simulação clínica** como componentes essenciais da infraestrutura pedagógica contemporânea, oferecendo ambientes controlados para desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas.

Treinamento Inicial

Desenvolvimento de habilidades básicas em ambiente seguro antes da exposição a pacientes reais



Práticas de Segurança

Simulação de procedimentos críticos e situações de risco sem comprometer a segurança do paciente



Manejo de Emergências

Treinamento realístico de cenários complexos e situações clínicas desafiadoras



Importante: A simulação é reconhecida como ferramenta **complementar**, e não substituta, dos cenários reais de prática. A integração com a rede de serviços de saúde do SUS permanece como cenário privilegiado e insubstituível da formação médica.

O principal **desafio** consiste em garantir infraestrutura adequada de simulação em um país com quase 500 cursos de Medicina, muitos deles situados em cidades pequenas e com recursos limitados.

Apoio ao Estudante e Saúde Mental

Em reconhecimento à crescente preocupação com o bem-estar dos estudantes de Medicina, as DCNs estabelecem diretrizes específicas para políticas institucionais de apoio integral à saúde discente.



Promoção da Saúde Mental

Implementação de políticas institucionais voltadas à saúde mental, física e social dos estudantes, reconhecendo as pressões específicas da formação médica



Prevenção e Intervenção

Ações estruturadas de prevenção de adoecimento psíquico e intervenção precoce diante de sinais de sofrimento mental ou burnout acadêmico



Acompanhamento e Mentoria

Programas institucionais de acompanhamento estudantil e mentoria, oferecendo suporte continuado ao longo da trajetória formativa



Inclusão e Pertencimento

Criação de estruturas institucionais que promovam inclusão, respeito à diversidade e sentimento de pertencimento na comunidade acadêmica

Janelas Curriculares Qualificadas

Inovação importante das DCNs é a previsão de **"janelas curriculares qualificadas"** em todos os períodos do curso, inclusive no internato. Esses são momentos sem atividades obrigatórias programadas, destinados ao autocuidado, pesquisa, extensão, atividades eletivas e participação em eventos científicos e culturais.

Estruturas Institucionais Exigidas

As DCNs fortalecem a dimensão institucional da gestão pedagógica, estabelecendo estruturas colegiadas fundamentais para garantir a qualidade e coerência do projeto formativo.

Núcleo Docente Estruturante (NDE)



Órgão consultivo responsável pela concepção, implementação, acompanhamento e atualização contínua do Projeto Pedagógico do Curso (PPC). Desempenha papel estratégico na garantia da coerência curricular e no alinhamento permanente com as DCNs e com as necessidades de saúde da população.

- Composição: docentes com formação acadêmica e experiência profissional diversificada
- Atuação permanente e sistemática ao longo do ciclo de vida do curso
- Responsabilidade pela identidade e qualidade do projeto pedagógico

Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente (NAPED)



Estrutura dedicada à formação e desenvolvimento docente contínuo, ao apoio na implementação de metodologias ativas e avaliação programática, e à facilitação da integração ensino-serviço-comunidade em diálogo permanente com o SUS.

- Suporte pedagógico aos docentes e preceptores
- Capacitação em estratégias educacionais inovadoras
- Promoção da excelência no ensino e na supervisão

Além dessas estruturas centrais, as DCNs preveem outras instâncias de apoio à gestão pedagógica, avaliação institucional e garantia da qualidade do curso.

Virtudes das Novas DCNs

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2025 representam avanços significativos na concepção da formação médica brasileira, incorporando tendências contemporâneas e fortalecendo dimensões historicamente fragilizadas.

Atualização Tecnológica

Sintonia com tendências internacionais: incorporação de tecnologias digitais, inteligência artificial, telemedicina, proteção de dados e segurança do paciente como temas transversais

Centralidade do SUS

Reafirmação robusta e inequívoca do Sistema Único de Saúde como cenário formador central e estruturante da educação médica

Saúde do Estudante

Atenção explícita e inovadora à saúde mental e ao bem-estar discente, reconhecendo pressões da formação médica

Dimensão Pedagógica

Fortalecimento da estrutura pedagógica institucional através do desenvolvimento docente e de órgãos como NDE e NAPED

Avaliação Abrangente

Reconhecimento da importância da avaliação programática e de momentos somativos abrangentes antes do início do internato

Fragilidades: Abrangência e Operacionalização

Apesar dos avanços conceituais, as novas DCNs apresentam desafios importantes relacionados à amplitude de suas ambições e à viabilidade de implementação no contexto brasileiro real.

Ambição Excessiva

1

Texto extremamente abrangente, com grande número de competências amplas e complexas, dificultando priorização e foco

2

Risco de Carta de Intenções

Possibilidade de transformação das DCNs em documento formal difícil de monitorar e avaliar efetivamente na prática

3

Desafio Operacional

Dificuldade de operacionalizar todo o conteúdo em apenas 6 anos, considerando heterogeneidade de contextos

4


Escassez de Recursos

Grande heterogeneidade de infraestrutura e escassez de preceptores e docentes qualificados em muitas regiões do país

5

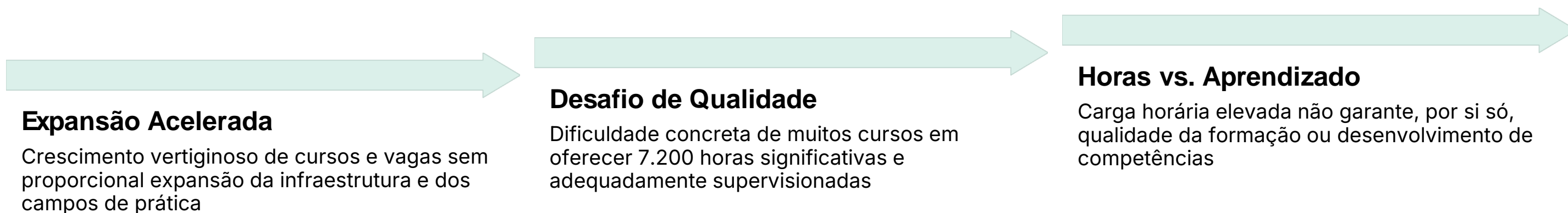
Simulação Regulatória

Possibilidade real de adequação meramente formal no papel, sem implementação efetiva nas práticas educacionais

 **Questão Central:** Como garantir que diretrizes tão abrangentes se traduzam em práticas educacionais efetivas e não apenas em conformidade burocrática?

Fragilidades: Carga Horária, Expansão e Qualidade

A manutenção da **carga horária mínima de 7.200 horas presenciais** ocorre em contexto paradoxal: enquanto o número formal de horas permanece elevado, o Brasil vivenciou uma explosão sem precedentes no número de cursos e vagas de Medicina.



"O problema central não é o número de horas previsto nas DCNs, mas a coerência entre essas horas, os cenários de prática disponíveis, a qualidade da supervisão e a implementação efetiva do projeto pedagógico."

Observa-se, portanto, uma **tensão fundamental** entre DCNs robustas e ambiciosas, por um lado, e uma expansão quantitativa de vagas pouco regulada quanto à qualidade, por outro.

Fragilidades: Responsabilização e Acreditação

Uma limitação estrutural das DCNs brasileiras reside na ausência de articulação clara com mecanismos robustos de responsabilização e acreditação externa vinculante.

O Que as DCNs Fazem

Descrevem detalhadamente o que os cursos de Medicina **devem ser**, estabelecendo padrões normativos abrangentes

O Que Falta

Não se articulam claramente a um sistema robusto de **acreditação externa vinculante** com poder efetivo de aplicação efetiva das normas

Ausência de Consequências

Não definem consequências objetivas e sistemáticas para o não cumprimento das diretrizes estabelecidas

Lições Internacionais

Em países que conseguiram avanços significativos na qualidade da formação médica, o ponto de inflexão foi a implementação de sistemas sérios de **acreditação independente**, com impacto real sobre o funcionamento dos cursos, incluindo possibilidade de suspensão de atividades.

O Risco

Ter diretrizes modernas e bem elaboradas, mas com baixa efetividade regulatória na prática cotidiana das instituições

A Necessidade

Vincular as DCNs a processos de avaliação externa rigorosos, periódicos e com consequências tangíveis

Comparação Internacional: Duração e Carga Horária

O debate sobre a duração e carga horária da formação médica brasileira frequentemente invoca comparações internacionais. É importante compreender o contexto normativo europeu para uma análise equilibrada.

A formação médica básica deve ter:

União Europeia (Diretiva 2005/36/EC)

- Pelo menos 6 anos de duração OU
- Mínimo de 5.500 horas de formação teórica e prática sob supervisão universitária

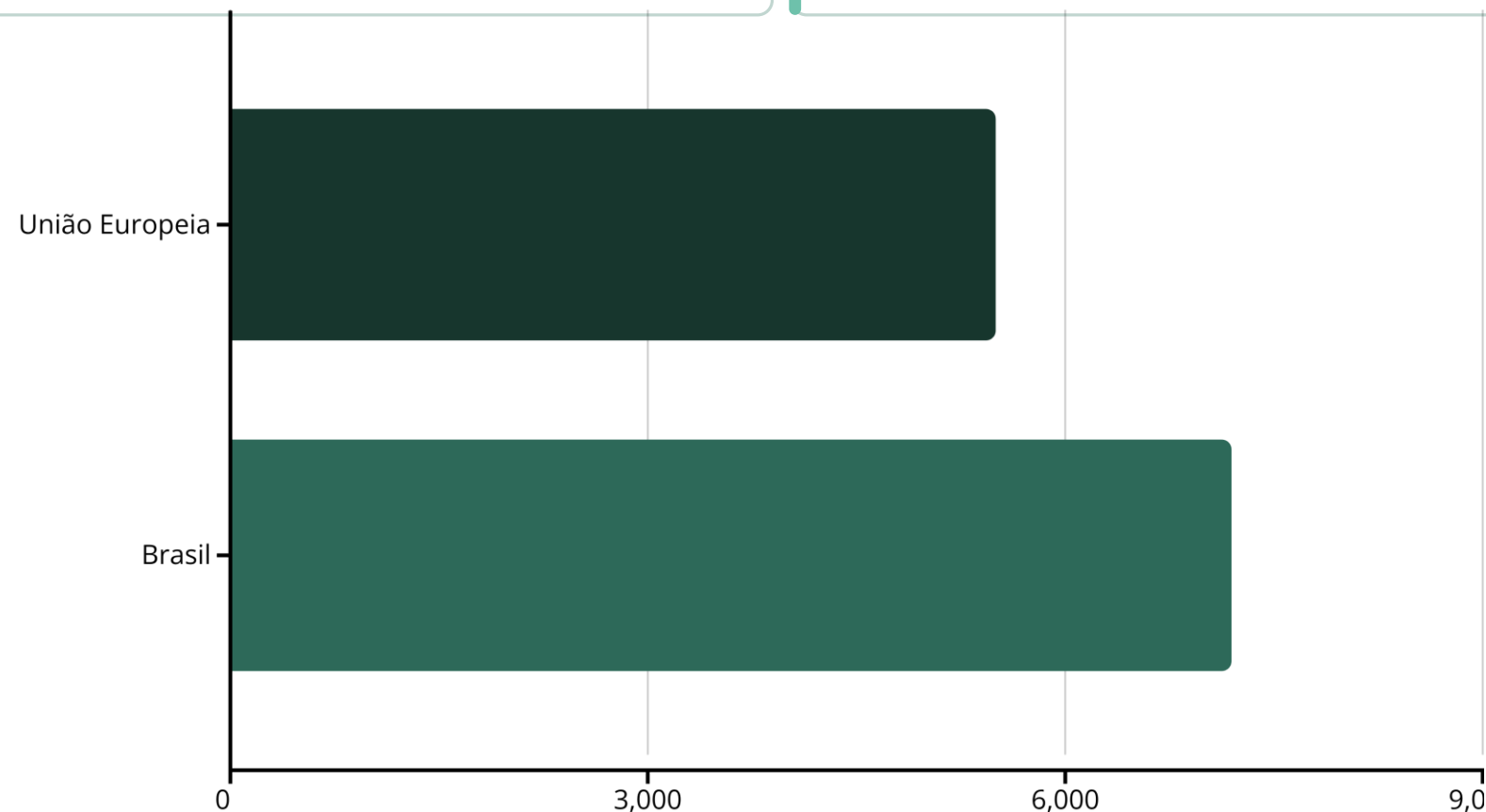
Estas são condições mínimas para reconhecimento e mobilidade profissional na UE

Brasil (DCN 2025)

A formação médica nacional requer:

- Exatamente 6 anos de duração
- Mínimo de 7.200 horas presenciais
- Internato correspondendo a $\geq 35\%$ da carga horária total (≥ 2.520 horas)

Carga horária formalmente superior ao padrão mínimo europeu



À primeira vista, o Brasil não apresenta formação "mais curta" que o padrão europeu; ao contrário, possui carga horária formalmente maior. O **debate essencial**, portanto, não diz respeito apenas à quantidade de horas, mas fundamentalmente a **como** essas horas são organizadas, supervisionadas, avaliadas e transformadas em competências profissionais efetivas.

Comparação Internacional: Inserção no Trabalho

Uma diferença crucial entre o Brasil e muitos países com sistemas de saúde maduros reside não na duração da formação inicial, mas no **modelo de transição para o exercício profissional autônomo**.



Modelo Europeu e Britânico

O médico egresso **não entra diretamente** no mercado de trabalho de forma autônoma. Há períodos obrigatórios de prática supervisionada (internship, foundation years, etc.) que estruturam a transição gradual para o exercício independente. A residência médica ou programas equivalentes são, na prática, obrigatórios.



Realidade Brasileira

Parte importante dos recém-formados entra **diretamente** em plantões e outras formas de trabalho autônomo, frequentemente sem residência médica e com supervisão limitada ou inexistente. Isso ocorre mesmo em cenários de trabalho altamente complexos e vulneráveis.

O Paradoxo Brasileiro

Formação com duração similar ou superior à de países desenvolvidos (6 anos, 7.200 horas), mas inserção no trabalho frequentemente **precoce e pouco estruturada**, sem períodos obrigatórios de supervisão pós-formatura.

Essa configuração resulta em **exposição simultânea** de múltiplos atores: o jovem médico em início de carreira, os serviços de saúde que o recebem, e principalmente os pacientes que são por ele atendidos, todos sujeitos aos riscos inerentes à transição inadequadamente supervisionada para a prática autônoma.

Implicações para a Regulação do Trabalho em Saúde

A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde precisa considerar que a qualidade da formação médica impacta direta e profundamente tanto a **segurança do paciente** quanto a **organização e funcionamento das redes de atenção à saúde**.

Risco da Falsa Segurança

DCNs ambiciosas e bem redigidas, sem garantia de implementação efetiva, podem gerar sensação enganosa de segurança normativa, enquanto a realidade da formação permanece heterogênea e, em muitos casos, deficitária

Desafios Regulatórios Urgentes

Dimensionamento adequado de vagas e distribuição territorial equilibrada de cursos; articulação coerente entre graduação, residência médica e necessidades reais do SUS; definição de modelos de inserção inicial supervisionada no trabalho

Pergunta Central para a CRTS

Que médico, com quais competências efetivamente desenvolvidas e certificadas, está chegando hoje às unidades básicas de saúde, pronto-socorros e hospitais do país? A resposta a esta pergunta deve orientar as políticas de regulação do trabalho

Dimensão Educacional

- Qualidade dos cursos
- Adequação dos cenários de prática
- Efetividade da supervisão
- Avaliação de competências

Dimensão Regulatória

- Dimensionamento de vagas
- Distribuição geográfica
- Acreditação institucional
- Transição supervisionada

Dimensão Assistencial

- Segurança do paciente
- Qualidade do cuidado
- Organização das redes
- Força de trabalho adequada

Encaminhamentos e Mensagem Final

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina representam um **avanço conceitual importante** na concepção da formação médica brasileira, incorporando temas contemporâneos e fortalecendo dimensões cruciais do processo educativo.

Contudo, essas diretrizes convivem com tensões estruturais significativas: expansão acelerada e pouco regulada de cursos e vagas, heterogeneidade marcante entre instituições, e mecanismos ainda frágeis de acreditação externa e responsabilização efetiva.

Possíveis Caminhos para a CRTS



Diálogo Interinstitucional

Articulação sistemática com MEC, CNE, CFM, conselhos profissionais e entidades médicas para alinhamento de políticas



Aproximação Norma-Realidade

Indução de políticas que aproximem o texto normativo da realidade efetiva dos serviços de saúde



Inserção Supervisionada

Apoio e indução de modelos de prática supervisionada obrigatória na transição entre formação e trabalho autônomo



Avaliação de Impacto

Monitoramento sistemático da qualidade da força de trabalho médica que chega aos serviços

Mensagem Final

*"O desafio não é apenas ter diretrizes modernas e bem elaboradas, mas garantir que cada médico que chega ao sistema de saúde tenha sido, de fato, formado com **segurança, ética e competência** para cuidar da população brasileira."*

Esta é a responsabilidade compartilhada entre instituições de ensino, órgãos reguladores, conselhos profissionais e gestores do sistema de saúde.
A CRTS tem papel fundamental nessa articulação.

DIRETRIZES CURRICULARES
NACIONAIS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM
FISIOTERAPIA

Laís Alves de Souza Bonilha

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul- UFMS

Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - Abenfisio

Sociedade Brasileira de Bioética - SBB

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

BREVE HISTÓRICO

- 2017/2018 – Abenfisio e COFFITO realizaram 25 oficinas nos estados brasileiros
- 2018 – sistematização dos resultados registrados em instrumentos padronizados e apresentação do produto (Minuta) no Congresso Brasileiro da Abenfisio
- 2019 a 2024 – Apagão na ciência e avanço dos grandes conglomerados da educação superior sobre a qualidade da formação
- Escolha da Abenfisio por não avançar, sob o risco de cortes pelo MEC na minuta elaborada coletivamente, com prejuízo à formação dos fisioterapeutas

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

BREVE HISTÓRICO

- Governo Bolsonaro: currículo mínimo e desvalorização/perseguição às universidades e professores. Precarização do trabalho docente e da formação
- Início de 2024 – reunião com o CNE e com COFFITO – retomada das DCNs
- 2024 e 2025 – oficinas seções estaduais e Congresso Brasileiro em Florianópolis
- Novembro e Dezembro/25 - Revisão e ajustes pela Coordenação Nacional da Abenfisio
- Expectativa de entrega ao CNE: 15 dezembro de 2025

Quadro 1: Estrutura Geral e Carga Horária

Aspecto	DCN 2002 (Vigente)	Minuta 2025 (Proposta)	Contribuições das Oficinas	Análise e Recomendações
Carga Horária Total	Não especificada.	Não especificada.	Definir carga horária mínima de 4.000 horas.	Essencial para alinhar com outras profissões da saúde e garantir a profundidade da formação. Recomendação: Adotar 4.000 horas.
Tempo de Integralização	Não especificado.	Não especificado.	Definir tempo mínimo de 5 anos.	Garante tempo suficiente para maturação e vivências práticas. Recomendação: Adotar 5 anos.
Estágio Curricular Supervisionado	Mínimo de 20% da carga horária total.	Mínimo de 20% da carga horária total.	Aumentar para 30% da carga horária. Supervisão presencial obrigatória.	O aumento para 30% reforça a prática, mas 20% (800h) já é um patamar significativo. A minuta mantém o percentual. Recomendação: manter ou aumentar pra 30%
Atividades de Extensão	Não especificada.	Não especificada.	Definir 10% da carga horária total, conforme legislação.	A curricularização da extensão é obrigatória (Res. CNE/CES 07/2018). Recomendação: Incluir explicitamente os 10%.
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	Previsto como "trabalho sob orientação docente".	Previsto como obrigatório.	Manter obrigatório, mas valorizar outros formatos além da pesquisa tradicional, como projetos de intervenção.	A flexibilização do formato do TCC é uma tendência moderna e alinhada à prática. Recomendação: Manter a obrigatoriedade e sugerir diferentes formatos.
Atividades Complementares	Previstas, sem percentual definido.	5% da carga horária.	Vincular à curricularização da extensão.	A definição de um percentual (5%) é um avanço. Recomendação: Manter os 5% especificados na minuta.

Quadro 2: Perfil do Egresso

Documento	Descrição do Perfil do Egresso
DCN 2002 (Vigente)	Profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Deve ser capaz de diagnosticar disfunções, eleger e executar procedimentos fisioterapêuticos pertinentes. Foco no movimento humano e na reabilitação cinético-funcional.
Minuta 2025 (Proposta)	Mantém o perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, mas <u>adiciona os termos "criativo" e "ético"</u> . Amplia a atuação para diferentes níveis de complexidade. Explicita o compromisso com o SUS, a sensibilidade sociocultural, a <u>postura investigativa e inovadora</u> , e o papel de gestor do cuidado e dos serviços de saúde. Foco na funcionalidade humana no contexto biopsicossocial.
Contribuições das Oficinas	Reforça a necessidade de um perfil com cuidado centrado na <u>pessoa</u> , <u>prática interprofissional colaborativa</u> , e formação <u>equilibrada nos três níveis de atenção</u> . Destaca a importância de soft skills (empatia, comunicação, liderança), autonomia e protagonismo estudantil. Pede uma formação que prepare para <u>atuar como profissional de primeiro contato</u> .

Quadro 3: Organização da Formação (Eixos, Dimensões e Competências)

Documento	Estrutura Organizacional da Formação
DCN 2002 (Vigente)	Organizada em Competências e Habilidades Gerais (Atenção à saúde, Tomada de decisões, Comunicação, Liderança, Administração e gerenciamento, Educação permanente) e Competências e Habilidades Específicas (17 itens focados no ato fisioterapêutico).
Minuta 2025 (Proposta)	<hr data-bbox="1396 758 1538 762"/> <p>Estruturada em 3 Dimensões: 1. <u>Atenção Fisioterapêutica à Saúde: Consulta, diagnóstico, plano de ação, intervenção e acompanhamento.</u> 2. <u>Gestão, Empreendedorismo e Inovação em Saúde: Gestão do cuidado, dos serviços e da carreira.</u> 3. <u>Educação à Vida: Formação permanente, produção de conhecimento e desenvolvimento profissional.</u></p>
Contribuições das Oficinas	<hr data-bbox="907 1115 1798 1119"/> <p>Valida e reforça a estrutura de 3 dimensões da minuta. Sugere a inclusão explícita de Inteligência Artificial, inovação tecnológica, gestão financeira e desenvolvimento de negócios na dimensão de Gestão. Pede a inclusão de cuidados paliativos, saúde digital e equidade na dimensão de Atenção à Saúde.</p>

Quadro 4: Conteúdos e Temas Transversais

Aspecto	DCN 2002 (Vigente)	Minuta 2025 (Proposta)	Contribuições das Oficinas	Análise e Recomendações
Conteúdos Essenciais	Ciências Biológicas e da Saúde (morfologia, fisiologia, etc.), Ciências Sociais e Humanas (sociologia, antropologia, etc.), Conhecimentos Biotecnológicos e Conhecimentos Fisioterapêuticos.	Não detalha os conteúdos da mesma forma, mas os pressupõe dentro das dimensões. Foco na funcionalidade humana e no contexto biopsicossocial.	Pede a inclusão explícita de: Cuidado Paliativo, Oncologia, Biossegurança, Políticas Públicas, Gestão do SUS, Saúde Digital, Práticas Integrativas e Complementares (PICS), e uso da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).	A minuta precisa ser mais explícita sobre os conteúdos essenciais. As sugestões das oficinas são cruciais para atualizar o currículo. Recomendação: Criar um artigo na minuta que detalhe os conteúdos essenciais, incorporando os temas sugeridos pelas oficinas.
Tecnologia e Inovação	Menciona "avanços biotecnológicos".	Menciona "inovações tecnológicas" e "avanços tecnológicos" de forma geral. A dimensão de Gestão inclui "inovação".	Forte ênfase na necessidade de formar para o uso crítico e ético de Inteligência Artificial, realidade virtual e telessaúde. Sugerem incluir temas como Intradermoterapia, Toxina Botulínica e prescrição de fármacos de livre prescrição, conforme resoluções recentes.	A tecnologia é um ponto central de mudança. A minuta deve ser mais diretiva. Recomendação: Incluir um item específico sobre competências em saúde digital, IA e telessaúde, e fazer referência às normativas recentes da profissão.
Saúde Pública e SUS	Menciona "atenção à saúde" e "sistema de saúde", mas sem centralidade no SUS.	O SUS é um princípio central da formação e campo de atuação. A atenção à saúde é contextualizada nas políticas públicas.	Reforça a necessidade de uma formação sólida em saúde pública, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos determinantes sociais da saúde. Critica a fragilidade da inserção do SUS como cenário formador.	A minuta já avança muito ao centralizar o SUS. Recomendação: Reforçar na minuta a importância da vivência prática nos diferentes níveis de atenção do SUS, especialmente na APS.
Diversidade e Inclusão	Não aborda explicitamente.	Menciona a consideração de aspectos culturais, étnicos e de gênero.	Pede a inserção estruturada da diversidade sociocultural, de gênero, raça, crenças, pessoas com deficiência e neurodivergência no currículo.	Este é um ponto crítico de atualização. Recomendação: Incluir um princípio ou competência específica sobre atuação em contextos de diversidade, equidade e inclusão.

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação, **bacharelado** em Fisioterapia, a serem implementadas na organização, desenvolvimento e avaliação na formação de Fisioterapeutas, no âmbito do sistema de ensino superior do país.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação, bacharelado em Fisioterapia estabelecem e definem os princípios que regem a formação em Fisioterapia e balizam o **desenvolvimento de competências** de acordo com as **dimensões** e seus respectivos **domínios** de atuação profissional.

Parágrafo único. Constituem **os princípios da formação do bacharel** em Fisioterapia:

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

- I. A saúde como direito fundamental do cidadão;
- II. A pessoa como ser indissociável nas **dimensões** biológica, psicológica, social, cultural, espiritual **e ambiental**;
- III. O Sistema Único de Saúde – SUS, como campo de atuação e exercício profissional, na esfera pública e ou privada, considerando as políticas públicas vigentes **e a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado**;
- IV. A integralidade da atenção à saúde, individual e das coletividades, considerando-se os **aspectos ambientais, regionais, socioeconômicos, políticos, históricos, culturais, étnico-raciais, de gênero e orientação sexual**;
- V. **A promoção, proteção e recuperação da saúde, reabilitação e cuidados paliativos** como estratégia de atenção, assistência e cuidado em saúde e bem-estar, em todos os pontos da rede de atenção à saúde. **Considerando -se a definição de Reabilitação (OMS)**
- VI. O **movimento e a funcionalidade humana**, em todas as suas formas de expressão e potencialidades, como **objeto de estudo e de atuação** profissional;
- VII. O ensino, pesquisa, extensão, inovação e **inclusão da diversidade**, em sua articulação teórico-prática;
- VIII. A integração **ensino-serviço-comunidade-gestão**;
- IX. **Autonomia**, rigor técnico-científico, ética e bioética na atuação profissional, tendo por base os pressupostos legais e deontológicos;
- X. Conhecimento das atribuições e compromisso com as entidades, órgãos e representações de classe;

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

CAPÍTULO II

DAS **DIMENSÕES** E **DOMÍNIOS** PROFISSIONAIS DO BACHAREL EM FISIOTERAPIA

Art. 4º Dado o perfil do egresso do Curso de Graduação, Bacharelado, em Fisioterapia considera-se primordial a formação de competências profissionais. Essas competências estão articuladas às áreas de atuação e de conhecimento do fisioterapeuta, elencadas em três dimensões e seus domínios:

- Atenção fisioterapêutica à saúde;
- Gestão, empreendedorismo e inovação em saúde;
- Educação para a vida.

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

“A reabilitação é um conjunto de intervenções concebidas para **otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade** em indivíduos com condições de saúde, na **interação com seu ambiente**”

Organização Mundial de Saúde - OMS

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

CAPÍTULO III

DO PROJETO PEDAGÓGICO E ORGANIZAÇÃO DO CURSO BACHAREL EM FISIOTERAPIA

- Desenvolvimento de competências essenciais para o Fisioterapeuta (núcleo)
- Desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional
- CH total curso
- CH práticas durante o curso
- CH estágio obrigatório – cenários e CH distribuída equitativamente, supervisão
- Atividades complementares – definição e CH

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Art. 8º As condições e procedimentos da formação profissional se reportam às competências do egresso de Fisioterapia descritas nas dimensões e domínios e que integram habilidades, atitudes e conhecimentos para o alcance do perfil profissional almejado. Para tanto, os conhecimentos necessários a essa formação:

- I. Conhecimentos das Ciências Biológicas e da Saúde**
- II. Conhecimentos das Ciências Sociais e Humanas**
- III. Conhecimentos Investigativos e das Ciências Exatas**
- IV. Conhecimentos da Saúde Coletiva**
- V. Conhecimentos Fisioterapêuticos**
- VI. Conhecimentos de gestão**

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Inclusões/observações na revisão:

- Formação antirracista
- Formação anticapacitista
- Enfoque no meio ambiente no contexto da saúde
- Projeto de Intervenção na realidade (possibilidade de TCC)
- Extensão – curricularização da extensão
- Distinção das atividades complementares
- Formação e experiência docente e de coordenadores de cursos
- Supervisão do estágio – formação qualificada para os profissionais e segura para os pacientes



Obrigada!

`secretaria.abenfisio@gmail.com.br`

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

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

Senhor Presidente do CNE,

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

1. Desde a promulgação das DCN (2002) vigentes para os cursos de Fisioterapia, instituídas pela Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, ocorreram mudanças significativas nas políticas públicas de saúde e nas práticas profissionais, com destaque para a ampliação do escopo de atuação do fisioterapeuta em diferentes níveis de atenção. Embora a Fisioterapia seja reconhecida legalmente como profissão de nível superior desde o Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, observa-se que, atualmente, o Ministério da Educação (MEC) não exige uma formação mínima que dialogue de forma estruturante com o Sistema Único de Saúde (SUS), resultando em lacunas na preparação deste profissional para atuar em temas estratégicos de saúde pública.
2. Tais lacunas formativas tornam-se ainda mais evidentes quando se considera a crescente importância da atuação do fisioterapeuta em ações integradas de saúde pública, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a reabilitação funcional, a atenção às condições crônicas, a saúde do trabalhador e o cuidado às pessoas com deficiência. Nesse sentido, a ausência de conteúdos obrigatórios voltados ao SUS, à gestão do cuidado e à atuação territorializada repercute negativamente na qualificação profissional e, por consequência, na qualidade da atenção ofertada à população.
3. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 559/2017 estabelece que a formação dos profissionais de saúde deve estar orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando um perfil de egresso generalista, crítico, humanista e socialmente comprometido, com sólida formação técnico-científica e ética, além de forte articulação entre ensino, serviço e comunidade. Nesse sentido, torna-se imprescindível que as Diretrizes Curriculares Nacionais da Fisioterapia incorporem de forma estruturante conteúdos relacionados à atenção primária à saúde, à promoção da saúde, à prevenção de agravos, à vigilância em saúde, à saúde coletiva e à prática interprofissional, garantindo a formação de profissionais capazes de atuar de maneira integrada nas Redes de Atenção à Saúde e de responder de forma qualificada às necessidades da população.

4. A mesma Resolução CNS nº 559/2017 reforça a necessidade de que a formação em saúde se dê de forma presencial, especialmente nas atividades práticas e nos estágios curriculares supervisionados, considerando que cursos que exigem habilidades clínicas, avaliação funcional, práticas terapêuticas e contato direto com o usuário do SUS não podem ter sua qualidade assegurada por meio de educação a distância. Assim, é fundamental que a revisão das DCN do curso de Fisioterapia estabeleça parâmetros claros para a oferta de atividades práticas presenciais, em cenários reais do SUS, com supervisão qualificada, carga horária compatível e diversidade de campos de prática, de modo a garantir a segurança do cuidado e a qualidade da formação profissional.

Diante do exposto, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde solicita que o Conselho Nacional de Educação considere, no processo de revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Fisioterapia, a necessidade de fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade, a articulação com o Sistema Único de Saúde e a formação de profissionais comprometidos com a integralidade do cuidado, conforme os princípios e diretrizes estabelecidos pela Resolução CNS nº 599/2017 e respaldados legalmente pelo Decreto-Lei nº 938/1969.

Estas são as motivações gerais que solicitamos ao CNE que leve em consideração para a revisão das DCN da Fisioterapia e a melhor inserção do profissional fisioterapeuta no Sistema Único de Saúde – SUS.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

GT Estética CRTS

Informes

Minuta de Decreto – regulamentação da Lei 13.643/2018

Em análise na CONJUR/MS

PL 2.717/2019 – Estética como área de atuação de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Fonoaudiologia

Em análise na CSAUDE

Posicionamento do MS em favor do substitutivo da CTRAB

Audiência Pública realizada em novembro/2025

Reuniões do GT Estética - 29/09 e 08/12/2025

E-book Secretaria de Saúde do Paraná
Ofício nº 3662/2025/COFEN
Relatório dra. Yáscara
Lista de procedimentos enviada aos conselhos

Reuniões do GT Estética - 29/09 e 08/12/2025

Enfermagem

- Acupuntura;
- Agregados leucoplaquetários autólogos;
- Aplicação de enzimas;
- Bioestimuladores;
- Biofotônicos;
- Carboxiterapia;
- Cosmecêuticos;
- Cosméticos;
- Criolipólise;
- Dermopigmentação;
- Drenagem linfática;
- Eletrocauterização;
- Eletroterapia;
- Eletrotermofototerapia;
- Endermoterapia/Endermologia;
- Endolaser;
- Fios de sustentação;
- Harmonização facial/orofacial;
- Indução percutânea de colágeno;

- Lontoforese;
- Limpeza de pele
- Luz intensa pulsada;
- Micro pigmentação;
- Otomodelação;
- Preenchimento;
- Procedimento Estético Injetável para Micro vasos (PEIM);
- Procedimentos injetáveis;
- Radiofrequência;
- Sonoforese (Ultrassom estético);
- Terapia Combinada de ultrassom e Micro correntes;

- Toxina botulínica;
- Ultrassom cavitacional;
- Vacuoterapia.

Reuniões do GT Estética - 29/09 e 08/12/2025

Fisioterapia

- Recursos de fototerapia, laser e outros, em qualquer potência, desde que observados os Protocolos de Segurança e com finalidade fisioterapêutica.
- Toxina botulínica
- Intradermoterapia/Mesoterapia
- Hidrolipoclasia Ultrassônica
- Bioestimuladores de Colágeno, preenchimentos dérmicos, fios de PDO;
- Ozonioterapia;
- Carboxiterapia;
- Eletrolipólise;
- Endolaser.

Reuniões do GT Estética - 29/09 e 08/12/2025

- Aplicação de terapias alternativas como Shiatsu, Quick massage, Bambuterapia, Massagem com Pindas, com Pedras Quentes, com Velas aromáticas, com Óleos Essenciais;
- Consulta estética;
- Bioestimuladores de colágeno;
- Bioremodeladores teciduais (nível epidérmico, dérmico e hipodérmico);
- Carboxiterapia;
- Cosmetologia;
- Depilação com ceras e por meio de recursos físicos, laser e eletroterápicos;
- Eletrolifting com e sem agulhas;
- Eletroterapia, sonoforese (Ultrassom Estético), iontoforese, radiofrequência estética;
- Fios de sustentação e estímulo de colágeno semi permanentes;
- Hidratação (Cosmética e por meio de aparelho);
- Intradermoterapia/Mesoterapia;
- Limpeza de Pele;
- Luz Intensa Pulsada e LED;
- Manobras Manuais, como massagem relaxante, modeladora, massagem clássica;
- Microagulhamento;
- Micropigmentação corretiva e reparadora;
- Ozonioterapia;
- Peelings químicos e mecânicos;

Biomedicina

- Preenchimentos semi permanentes;
- Prescrição de dermocosméticos
- Prescrição e realização de procedimentos que envolvam a utilização de lasers (de baixa, média e alta potência) e outros recursos tecnológicos utilizados para fins estéticos;
- Procedimento estético injetável para microvasos (PEIM);
- Terapias injetáveis;
- Tricologia;
- Uso de equipamentos de corrente galvânica facial e corporal;
- Uso de equipamentos com correntes polarizadas alternadas, como eletrolipoforese e micro correntes;
- Uso de equipamentos de estimulação muscular de baixa e média frequência;
- Uso de equipamentos de plataforma vibratória;
- Uso de equipamentos de vacuoterapia e endermologia;
- Uso de equipamentos termoterápicos e crioterápicos;
- Uso de técnicas de SPA, pré e pós-cirúrgico.

Reuniões do GT Estética - 29/09 e 08/12/2025

- Aplicação de terapias alternativas como Shiatsu, Quick massage, Bambuterapia, Massagem com Pindas, com Pedras Quentes, com Velas aromáticas, com Óleos Essenciais;
- Consulta estética;
- Bioestimuladores de colágeno;
- Bioremodeladores teciduais (nível epidérmico, dérmico e hipodérmico);
- Carboxiterapia;
- Cosmetologia;
- Depilação com ceras e por meio de recursos físicos, laser e eletroterápicos;
- Eletrolifting com e sem agulhas;
- Eletroterapia, sonoforese (Ultrassom Estético), iontoforese, radiofrequência estética;
- Fios de sustentação e estímulo de colágeno semi permanentes;
- Hidratação (Cosmética e por meio de aparelho);
- Intradermoterapia/Mesoterapia;
- Limpeza de Pele;
- Luz Intensa Pulsada e LED;
- Manobras Manuais, como massagem relaxante, modeladora, massagem clássica;
- Microagulhamento;
- Micropigmentação corretiva e reparadora;
- Ozonioterapia;
- Peelings químicos e mecânicos;

Biomedicina

- Preenchimentos semi permanentes;
- Prescrição de dermocosméticos
- Prescrição e realização de procedimentos que envolvam a utilização de lasers (de baixa, média e alta potência) e outros recursos tecnológicos utilizados para fins estéticos;
- Procedimento estético injetável para microvasos (PEIM);
- Terapias injetáveis;
- Tricologia;
- Uso de equipamentos de corrente galvânica facial e corporal;
- Uso de equipamentos com correntes polarizadas alternadas, como eletrolipoforese e micro correntes;
- Uso de equipamentos de estimulação muscular de baixa e média frequência;
- Uso de equipamentos de plataforma vibratória;
- Uso de equipamentos de vacuoterapia e endermologia;
- Uso de equipamentos termoterápicos e crioterápicos;
- Uso de técnicas de SPA, pré e pós-cirúrgico.

Reuniões do GT Estética - 29/09 e 08/12/2025

Farmácia

- Aplicação de Toxina Botulínica;
- Preenchimentos dérmicos;
- Carboxiterapia;
- Intradermoterapia/mesoterapia;
- Agulhamento e microagulhamento estético;
- Criolipólise;
- Fio lifting de auto sustentação;
- Laserterapia ablativa.

Fonoaudiologia

- Laserterapia;
- Eletroterapia;
- Método MZ (alongamento com pedras);
- Estimulação neurofuncional;
- Infravermelho;
- Ultrassom;
- Bandagem.

Reuniões do GT Estética - 29/09 e 08/12/2025

Biologia

- Análise de histórico, anamnese, Aconselhamento e Orientação;
- Cosmetologia;
- Estética facial e corporal;
- Microagulhamento;
- Produtos de origem botânica e outros de origem natural;
- Tricologia;
- Terapia Celular e Regenerativa;
- Peelings;
- Eletroterapia;
- Eletrotermoterapia;
- Fototerapia;
- Laserterapia;
- Vacuoterapia/endermologia;
- Carboxiterapia;
- Ozonioterapia;
- Intradermoterapia (preenchedores dérmicos e bioestimuladores de colágeno);
- Mesoterapia/Intradermoterapia (inclusive pressurizada);
- Toxina Botulínica;
- Procedimento estético para microvasos (PEIM);
- Fios de Polidioxanona (PDO).



Paulo Mayall Guilayn

De: Coordenação Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde
Enviado em: sexta-feira, 21 de novembro de 2025 16:28
Para: Paulo Mayall Guilayn
Assunto: ENC: Lista de procedimentos

De: Coordenação Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde
Enviada em: segunda-feira, 10 de novembro de 2025 13:20
Para: [REDACTED]
Assunto: Lista de procedimentos

Prezados,

Durante a reunião on-line do Grupo de Trabalho sobre Estética e Responsabilidade Profissional da CRTS, realizada dia 29 de setembro de 2025, foi acordado enviar aos membros do GT uma lista de procedimentos de estética, que fazem parte de resoluções dos conselhos de Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. Segue a lista:

- Procedimentos estéticos permitidos – enfermeiros:
 - Acupuntura;
 - Agregados leucoplaquetários autólogos;
 - Aplicação de enzimas;
 - Bioestimuladores;
 - Biofotônicos;
 - Carboxiterapia;
 - Cosmecêuticos;
 - Cosméticos;
 - Criolipólise;
 - Dermopigmentação;
 - Drenagem linfática;
 - Eletrocauterização;
 - Eletroterapia;
 - Eletrotermofototerapia;
 - Endermoterapia/Endermologia;
 - Endolaser;
 - Fios de sustentação;
 - Harmonização facial/orofacial;
 - Indução percutânea de colágeno;
 - Lontoforese;
 - Limpeza de pele
 - Luz intensa pulsada;
 - Micro pigmentação;
 - Otomodelação;
 - Preenchimento;
 - Procedimento Estético Injetável para Micro vasos (PEIM);
 - Procedimentos injetáveis;
 - Radiofrequência;
 - Sonoforese (Ultrassom estético);
 - Terapia Combinada de ultrassom e Micro correntes;



Toxina botulínica;
Ultrassom cavitacional;

- Vacuoterapia.

Fonte: Tabela exemplificativa enviada pelo Cofen.

➤ Procedimentos estéticos permitidos – fisioterapeutas:

- Recursos de fototerapia, laser e outros, em qualquer potência, desde que observados os Protocolos de Segurança e com finalidade fisioterapêutica.
- Toxina botulínica
- Intradermoterapia/Mesoterapia
- Hidrolipoclasia Ultrassônica
- Bioestimuladores de Colágeno, preenchimentos dérmicos, fios de PDO;
- Ozonioterapia;
- Carboxiterapia;
- Eletrolipólise;
- Endolaser.

Fonte: "E-book Normas dos Conselhos de Classe" (Paraná).

➤ Procedimentos estéticos permitidos – biomédicos:

- Aplicação de terapias alternativas como Shiatisu, Quick massage, Bambuterapia, Massagem com Pindas, com Pedras Quentes, com Velas aromáticas, com Óleos Essenciais;
- Consulta estética;
- Bioestimuladores de colágeno;
- Bioremodeladores teciduais (nível epidérmico, dérmico e hipodérmico);
- Carboxiterapia;
- Cosmetologia;
- Depilação com ceras e por meio de recursos físicos, laser e eletroterápicos;
- Eletrolifting com e sem agulhas;
- Eletroterapia, sonoforese (Ultrassom Estético), iontoforese, radiofrequência estética;
- Fios de sustentação e estímulo de colágeno semi permanentes;
- Hidratação (Cosmética e por meio de aparelho);
- Intradermoterapia/Mesoterapia;
- Limpeza de Pele;
- Luz Intensa Pulsada e LED;
- Manobras Manuais, como massagem relaxante, modeladora, massagem clássica;
- Microagulhamento;
- Micropigmentação corretiva e reparadora;
- Ozonioterapia;
- Peelings químicos e mecânicos;
- Preenchimentos semi permanentes;
- Prescrição de dermocosméticos
- Prescrição e realização de procedimentos que envolvam a utilização de lasers (de baixa, média e alta potência) e outros recursos tecnológicos utilizados para fins estéticos;
- Procedimento estético injetável para microvasos (PEIM);
- Terapias injetáveis;
- Tricologia;
- Uso de equipamentos de corrente galvânica facial e corporal;
- Uso de equipamentos com correntes polarizadas alternadas, como eletrolipoforese e micro correntes;
- Uso de equipamentos de estimulação muscular de baixa e média frequência;
- Uso de equipamentos de plataforma vibratória;
- Uso de equipamentos de vacuoterapia e endermologia;
- Uso de equipamentos termoterápicos e crioterápicos;
- Uso de técnicas de SPA, pré e pós-cirúrgico.



Fonte: "E-book Normas dos Conselhos de Classe" (Paraná).

➤ Procedimentos estéticos permitidos – farmacêuticos:

- Aplicação de Toxina Botulínica;
- Preenchimentos dérmicos;
- Carboxiterapia;
- Intradermoterapia/mesoterapia;
- Agulhamento e microagulhamento estético;
- Criolipólise;
- Fio lifting de auto sustentação;
- Laserterapia ablativa.

Fonte: "E-book Normas dos Conselhos de Classe" (Paraná).

➤ As técnicas que podem ser utilizadas por Fonoaudiólogos para finalidades de estética são:

- Laserterapia;
- Eletroterapia;
- Método MZ (alongamento com pedras);
- Estimulação neurofuncional;
- Infravermelho;
- Ultrassom;
- Bandagem.

Fonte: "E-book Normas dos Conselhos de Classe" (Paraná)

➤ Procedimentos em que os Biólogos habilitados em Biologia Estética podem realizar:

- Análise de histórico, anamnese, Aconselhamento e Orientação;
- Cosmetologia;
- Estética facial e corporal;
- Microagulhamento;
- Produtos de origem botânica e outros de origem natural;
- Tricologia;
- Terapia Celular e Regenerativa;
- Peelings;
- Eletroterapia;
- Eletrotermoterapia;
- Fototerapia;
- Laserterapia;
- Vacuoterapia/endermologia;
- Carboxiterapia;
- Ozonioterapia;
- Intradermoterapia (preenchedores dérmicos e bioestimuladores de colágeno);
- Mesoterapia/Intradermoterapia (inclusive pressurizada);
- Toxina Botulínica;
- Procedimento estético para microvasos (PEIM);
- Fios de Polidioxanona (PDO).

Fonte: "E-book Normas dos Conselhos de Classe" (Paraná)

Conforme discutido durante a mesma reunião, consultamos aos membros do GT se algum dos procedimentos é considerado invasivo, ou se está para além da competência de seu respectivo conselho.

Atenciosamente,



Câmara de Regulação
do Trabalho em Saúde

Secretaria Executiva

+55 (61) 3315-6913

cgerts@saude.gov.br

www.gov.br/saude/sgtes

Esplanada dos Ministérios, Bloco O
9º andar - Brasília/DF - CEP 70052-900 - Brasil



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



**OFÍCIO Nº 3662/2025/COFEN**

Brasília-DF, 16 de setembro de 2025.

Ao Senhor
Felipe Proença de Oliveira
Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
cgerts@saude.gov.br
degerts@saude.gov.br

Assunto: **Resposta referente à solicitação realizada em reunião do GT de estética da CRTS/SGTES/MS.**
Referência: *Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 00196.003346/2024-03.*

Senhor Secretário,

1. Com cordiais cumprimentos, a Enfermagem possui regulamentação legal própria, prevista na **Lei nº 7.498/1986** e no **Decreto nº 94.406/1987**, que dispõem sobre o exercício profissional em todo o território nacional. Esses dispositivos definem que a Enfermagem é exercida por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Parteiras.

2. Além da legislação específica, todos os profissionais de Enfermagem devem observar as normas éticas estabelecidas pela **Resolução Cofen nº 564/2017** ou outra que sobrevier, que institui o **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**.

3. Nessa perspectiva, a prática da Enfermagem deve ser pautada pela autonomia profissional e pelo respeito aos preceitos éticos, legais, técnico-científicos e teórico-filosóficos, assegurando a competência necessária para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, considerando o ser humano em sua integralidade no contexto biopsicossocial.

4. Cumpre destacar que, conforme dispõe a **Lei nº 5.905/1973**, compete ao Cofen e aos Conselhos Regionais normatizar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão, bem como apreciar e decidir sobre questões éticas relacionadas à Enfermagem.

5. Nesse contexto, informamos que o Conselho Federal de Enfermagem editou resoluções e pareceres voltados à **Enfermagem Estética**, regulamentando a atuação do enfermeiro nessa área. Entre elas, destacam-se a **Resolução Cofen nº 529/2016**, alterada pela **Resolução Cofen nº 626/2020**, e a **Resolução Cofen nº 715/2023**, que estabelecem os parâmetros para o exercício profissional na estética.

6. De acordo com essas normas, para atuar na área, o enfermeiro deve possuir **pós-graduação lato sensu em Enfermagem Estética**, reconhecida pelo MEC, com carga mínima de **100 (cem) horas de aulas práticas supervisionadas**. Após a conclusão da especialização, cabe ao

profissional manter a atualização constante, por meio de cursos de extensão, qualificação e aprimoramento técnico, garantindo a segurança e a qualidade dos procedimentos realizados.

7. As normas mencionadas aprovam a normatização da atuação do Enfermeiro na área de Estética, cabendo-lhe, conforme art. 1º da Resolução Cofen nº 529/2016:

Realizar a consulta de enfermagem, anamnese e estabelecer o tratamento mais adequado à pessoa;

Prescrever os cuidados domiciliares e orientações para o autocuidado aos pacientes submetidos aos procedimentos estéticos;

Registrar em prontuário todas as ocorrências e dados referentes ao procedimento;

Realizar processo de seleção de compra de materiais para uso estético, na instituição de saúde;

Estabelecer protocolos dos procedimentos estéticos;

Manter-se atualizado através de treinamentos, cursos específicos, capacitação, entre outros.

8. Ademais, cabe ao **Enfermeiro Esteta** desempenhar as atividades próprias da Enfermagem Estética, desde que não estejam relacionadas a atos privativos da prática médica, conforme previsto na **Lei nº 12.842/2013** e reforçado pela **Resolução Cofen nº 626/2020**.

9. Na Enfermagem, compete **privativamente ao Enfermeiro especialista em Estética** a realização de procedimentos de maior complexidade técnica nessa área. Ressalta-se, ainda, que todas as especializações devem ser registradas junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, garantindo a regularidade do exercício profissional.

10. Destacamos, nesse sentido, o **Parecer de Câmara Técnica nº 001/2022/GTEE/COFEN**, que dispõe sobre a realização de procedimentos estéticos pelo enfermeiro, disponível no portal oficial do Cofen (<https://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-no-001-2022-gtee-cofen/>).

11. Concluimos, portanto, que o(a) **Enfermeiro(a) Especialista em Estética** deve atuar em conformidade com a Lei do Exercício Profissional e com as normas expedidas pelo Conselho Federal de Enfermagem, por meio de resoluções, pareceres normativos e técnicos. Trata-se de uma atuação autônoma e liberal, sustentada por conhecimento técnico-científico e respaldo legal, que exige responsabilidade profissional tanto na execução segura dos procedimentos quanto na **orientação ao cliente acerca dos riscos potenciais envolvidos**. Para melhor compreensão, segue em anexo tabela exemplificativa dos procedimentos passíveis de execução pelo enfermeiro esteta.

12. Seguimos à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

MANOEL CARLOS NERI DA SILVA

Coren-RO 63.592-ENF-IR

Presidente

Anexos:

I - Tabela que exemplifica os procedimentos realizados pelo enfermeiro esteta (SEI nº 1026674).

DOCUMENTO DO COFEN

ANEXO I

Tabela procedimentos estéticos realizado pelo enfermeiro com respaldo legal

Procedimentos Estéticos	Arcabouço Normativo do
	Legislação
Acupuntura	RESOLUÇÃO COFEN Nº 585/2018
Agregados leucoplaquetários autólogos	Consulta pública https://consultapublica.cofen.gov.br/cofen/39/proposicao PARECER DE CÂMARA TÉCNICA nº 001/2022/GTEE/COFEN; Resolução COFEN nº626/2020, §2º. Nota técnica Anvisa nº29/2024
Aplicação de enzimas	Resolução Cofen nº 626/2020- § 2º PARECER DE CÂMARA TÉCNICA nº 001/2022/GTEE/CO
Bioestimuladores	Resolução Cofen nº 626/2020- § 2º PARECER DE CÂMARA TÉCNICA nº 001/2022/GTEE/CO
Biofotônicos	Resolução Cofen nº 626/2020- § 2º

Procedimentos Estéticos	Arcabouço Normativo do Cofen
	Legislação
Carboxiterapia	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020
Cosmecêuticos	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020
Cosméticos	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020
Criolipólise	-
Dermopigmentação	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020

Drenagem linfática	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020
Eletrocauterização	Resolução Cofen nº 626/2020- Art. 2º Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020 (é uma variação da eletroterapia contemplada no texto da Resolução).
Eletroterapia	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020
Eletrotermofototerapia	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020
Endermoterapia / Endermologia	Resolução Cofen nº 626/2020- Art. 2º Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020 – sinônimo de vacuoterapia, contemplada no texto da resolução.
Endolaser	Resolução Cofen nº 626/2020- § 2º
Fios de sustentação	Resolução Cofen nº 626/2020- § 2º - PARECER DE CÂMARA TÉCNICA nº 001/2022/GTEE/COFEN
Harmonização facial/orofacial	Resolução Cofen nº 626/2020- § 2º - PARECER DE CÂMARA TÉCNICA nº 001/2022/GTEE/COFEN
Indução percutânea de	Resolução Cofen nº 626/2020- § 2º - PARECER DE CÂMARA TÉCNICA nº 001/2022/GTEE/COFEN

Procedimentos Estéticos	Arcabouço Normativo do Cofen
	Legislação
	-
Iontoforese	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020 (é uma variação da eletroterapia contemplada no texto da Resolução).
Limpeza de pele	Resolução Cofen nº 626/2020- § 2º
Luz intensa pulsada	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020 (é uma variação da eletrotermofototerapia contemplada no texto da Resolução).
Micropigmentação	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020

Otomodelação	Resolução Cofen nº 626/2020- § 2º PARECER Nº 31/2025/CÂMARAS TÉCNICAS DE
Preenchimento	PARECER DE CÂMARA TÉCNICA nº 001/2022/GTEE/COFEN; Resolução COFEN nº626/2020, §2º.
Procedimento Estético Injetável para Microvasos (PEIM)	Resolução COFEN nº626/2020, 1, °§2º.

Procedimentos Estéticos	Arcabouço Normativo do Cofen
	Legislação
Procedimentos injetáveis	PARECER DE CÂMARA TÉCNICA nº 001/2022/GTEE/COFEN; Resolução COFEN nº626/2020, §2º.
Radiofrequência	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020 (é uma variação da eletrotermofototerapia contemplada no texto da Resolução)
Sonoforese (Ultrassom estético)	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020 (é uma variação ultrassom cavitacional, contemplada no texto da resolução).
Terapia Combinada de ultrassom e	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2022
Toxina botulínica	Resolução Cofen nº 626/2020- Art. 2º PARECER DE CÂMARA TÉCNICA nº 001/2022/GTEE/COFEN; Resolução COFEN nº626/2020, §2º.
Ultrassom cavitacional	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020
Vacuoterapia	Resolução Cofen 529/2016 Resolução Cofen 626/2020

Outras normativas

	PRP (Plasma Rico em Plaquetas)
	Aplicação intramuscular de toxina botulínica

COFEN	Endermoterapia	Parecer de Câmara Técnica nº 001/2022/GTEE/COFEN - Realização de procedimentos estéticos pelo enfermeiro
	Harmonização facial	
	Procedimentos injetáveis	
	Aplicação de fios absorvíveis de PDO (Fios de Sustentação de Polidioxanona), para remodelação de orelha	
	Indução percutânea de ativos	
	Bioestimulação por meio de cânula e preenchedores dérmicos	Link: https://www.cofen.gov.br/parecer-decamara-tecnica-no-001-2022-gtee-cofen/
	Indicar e escolher livremente a via de administração para utilização de substâncias necessárias para a	
	Prescrever, administrar e adquirir medicamentos e	

DOCUMENTO DO COFEN

Referências

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://Awww.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986-4161.html>. Acesso em 19 fev. 2025.

Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://Amww.cofen.gov.br/decreto-n-94406874173.html>. Acesso em 19 fev. 2025.

Lei nº 12.842/2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Disponível em: <http://AMmww.planalto.gov.br/ccivil/03/ato2011-2014/2013/leili2842.htm>. Acesso em 19 fev. 2025.

Lei nº 5.905/73. Dispõe sobre a competência do COFEN em baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais. Disponível em: <http://Avwww.planalto.gov.br/ccivil/03/leis//5905.htm>. Acesso em 19 fev. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 758 DE 29 DE JULHO DE 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-758-de-29-de-julho-de-2024/>. Acesso em 19 fev. 2025.

Resolução COFEN 626/2020. Altera a Resolução Cofen nº 529, de 9 de novembro de 2016, que trata da atuação do Enfermeiro na área da Estética, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br> <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-626-2020/>. Acesso em 19 fev. 2025.

Resolução COFEN 581/2018. Alterada pela Resolução 625/2020 e Decisões Cofen nº 065/2021 e 120/2021. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós — Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Disponível em: <http://Awww.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018-64383.html>. Acesso em 19 fev. 2025.

Resolução COFEN 358/2009. Alterada pela Resolução 736/24 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/cofen-atualiza-resolucao-sobre-implementacao-do-processo-de-enfermagem/>. Acesso em 19 fev. 2025.

Resolução COFEN 568/2018 — alterada pela resolução COFEN 608/2019, REVOGADA PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 764/2024, que dispõe sobre a atuação em Consultórios e Clínicas de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://Awww.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0568-2018-60473.html>. Acesso em 19 fev. 2025.

Resolução COFEN 629/2020. REVOGADA PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 709/2022. aprova e Atualiza a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação de Enfermeiro e de Técnico de Enfermagem em Hemoterapia dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-829-2020-77883.html>. Acesso em 19 fev. 2025.

Resolução COFEN 421/2012, REVOGADA PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 726/2023, autoriza o Conselho Federal de Enfermagem a baixar Resoluções, Decisões e demais instrumentos legais no âmbito da Autarquia e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n4212012-8670.html>. Acesso em 19 fev. 2025.

DOCUMENTO DO COFEN



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF -CEP: 70307-901 – Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

PARECER JURÍDICO PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS (CRTS)

INTERESSADO: Presidência do Conselho Federal de Biomedicina (CFBM) A/C

Dr. **Renato Minozzo** (Vice-Presidência – CFBM / Presidência CRBM5)

ASSUNTO: Análise da legalidade, competência técnica e definição de não-invasividade do rol de procedimentos de Biomedicina Estética para apresentação à Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS).

REFERÊNCIA: Solicitação via e-mail datada de 26/11/2025 (Diretoria Geral: Débora Marchi) .

I – DO RELATÓRIO

Trata-se de solicitação encaminhada por Dr. Renato Minozzo, via correio eletrônico, requerendo parecer jurídico acerca da lista de procedimentos estéticos realizados por profissionais Biomédicos.

O referido documento tem por **objetivo subsidiar a apresentação perante a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)**, em reunião agendada para a próxima semana.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF -CEP: 70307-901 – Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

A consulta formula duas questões centrais que exigem resposta técnica, jurídica e histórica:

1. **A validação da competência legal do Biomédico** para a **realização** de cada um dos **procedimentos** listados.
2. A **verificação definitiva** se algum dos procedimentos elencados seria considerado "**invasivo**" (privativo de médico) à luz da legislação federal vigente, dirimindo dúvidas sobre a fronteira de atuação multiprofissional.

É o breve relatório. Passa-se à análise profunda e ao parecer.

II – DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA E MARCO REGULATÓRIO

A regulamentação da profissão de Biomédico no Brasil fundamenta-se na **Lei Federal n.º 6.684/1979**, regulamentada pelo **Decreto n.º 88.439/1983**. O artigo 10 da referida Lei confere ao Conselho Federal de Biomedicina a competência para normatizar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão.

Para fins de organização e consulta rápida, colaciona-se abaixo, em **ordem cronológica**, o robusto **arcabouço normativo** que fundamenta a atuação do Biomédico na estética:

1. **Lei Federal n.º 6.684, de 03 de setembro de 1979:** Regulamenta a profissão de Biomédico.
2. **Decreto n.º 88.439, de 28 de junho de 1983:** Regulamenta a Lei n.º 6.684/79.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF -CEP: 70307-901 – Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

3. **Resolução n.º 197, de 21 de fevereiro de 2011:** Dispõe sobre as atribuições do profissional Biomédico no exercício da Saúde Estética.
4. **Resolução n.º 200, de 01 de julho de 2011:** Dispõe sobre critérios para habilitação em Biomedicina Estética.
5. **Normativa n.º 01, de 10 de abril de 2012:** Dispõe sobre o rol de atividades para fins de inscrição e fiscalização (Anexo I detalha atividades em Estética).
6. **Lei Federal n.º 12.842, de 10 de julho de 2013:** Dispõe sobre o exercício da Medicina (Lei do Ato Médico).
7. **Resolução n.º 241, de 29 de maio de 2014:** Dispõe sobre atos do profissional biomédico com habilitação em biomedicina estética e regulamenta a prescrição.
8. **Normativa n.º 03, de 05 de novembro de 2015:** Dispõe sobre Procedimento Estético Injetável para Microvasos (PEIM).
9. **Normativa n.º 04, de 05 de novembro de 2015:** Dispõe sobre procedimentos realizados por Biomédicos Estetas utilizando fios de sustentação tecidual.
10. **Normativa n.º 05, de 05 de novembro de 2015:** Dispõe sobre a aplicação de substâncias por via intramuscular.
11. **Resolução n.º 299, de 23 de novembro de 2018:** Estabelece a proibição do uso da substância desoxicolato de sódio (demonstrando o controle ético do Conselho).
12. **Resolução n.º 307, de 17 de maio de 2019:** Dispõe sobre a especialidade da biomedicina estética reconhecida pelo CFBM.
13. **Resolução n.º 321, de 16 de junho de 2020:** Dispõe sobre o reconhecimento do profissional biomédico na prática da ozonioterapia (**Lei nº 14.648/2023**).



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF -CEP: 70307-901 – Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

14. **Resolução n.º 347, de 07 de abril de 2022:** Dispõe sobre solicitação de exames laboratoriais em áreas específicas.

15. **Resolução n.º 348, de 16 de junho de 2022:** Dispõe sobre responsabilidade técnica em fabricação, comercialização e prescrição de suplementos alimentares.

16. **Resolução n.º 359, de 02 de maio de 2023:** Dispõe sobre a atividade do biomédico em Tricologia Estética.

17. **Resolução n.º 363, de 22 de junho de 2023:** Dispõe sobre a atividade do biomédico em visagismo.

III – A DEFINIÇÃO LEGAL DE "PROCEDIMENTO INVASIVO": O DIVISOR DE ÁGUAS

A principal controvérsia a ser dirimida na **CRTS** refere-se à **SUPOSTA** natureza "**invasiva**" dos procedimentos estéticos. Para responder a isso, é necessário analisar a **Lei n.º 12.842/2013 (Lei do Ato Médico)** não apenas pelo seu texto final, mas pelo histórico de sua aprovação, especificamente os **Vetos Presidenciais**.

O legislador, ao aprovar esta lei, estabeleceu um **rol taxativo** (lista fechada) para os atos privativos de médicos. A interpretação correta exige a leitura do que foi mantido e do que foi excluído:

1. O Conceito que foi VETADO (e, portanto, NÃO é exclusivo):

Os incisos I e II do § 4º do Artigo 4º do projeto original tentavam tornar privativo do médico a "**invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos**" e a "**invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção de substâncias**".

Estes dispositivos foram VETADOS pela Presidência da República.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF -CEP: 70307-901 – Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

- *Justificativa do Veto (Mensagem n.º 287/2013):* **A sanção desses incisos inviabilizaria a atuação de outras profissões da saúde CONSAGRADAS e prejudicaria o atendimento ao SUS e à população.**

2. O Conceito que VIGORA (Ato Privativo de Médico):

Restou apenas o inciso III como definição de procedimento invasivo privativo:

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

3. Conclusão Lógica e Jurídica:

A Nota Informativa n.º 2.213/2013 da Consultoria Legislativa do Senado Federal CORROBORA que houve a criação de um vácuo normativo deliberado quanto à invasão superficial.

Logo, **procedimentos que perfuram** a pele (intradérmicos, subcutâneos, intramusculares) mas **não atingem órgãos internos através de orifícios naturais**, são juridicamente classificados como **NÃO INVASIVOS para fins de reserva de mercado**.

Portanto, injetáveis estéticos, fios de sustentação e peelings **não são atos médicos exclusivos**.

IV – ANÁLISE DETALHADA DO ROL DE PROCEDIMENTOS

Abaixo, transcreve-se na íntegra o **rol de procedimentos** apresentado para a CRTS ("Procedimentos estéticos permitidos – biomédicos"), acompanhado da respectiva validação legal baseada nas normas do CFBM e na análise da Lei do Ato Médico.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 - ASA SUL - BRASÍLIA - DF -CEP: 70307-901 - Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

GRUPO 1: Procedimentos Injetáveis, Percutâneos e Fios

Estes procedimentos envolvem a transposição da barreira cutânea, mas são legitimados pelos Vetos à Lei do Ato Médico e regulados pelo CFBM.

• **Procedimentos:**

- Toxina botulínica;
- Preenchimentos semipermanentes;
- Bioestimuladores de colágeno;
- Bioremodeladores teciduais (nível epidérmico, dérmico e hipodérmico);
- Intradermoterapia/ Mesoterapia;
- Terapias injetáveis;
- Carboxiterapia;
- Procedimento estético injetável para microvasos (PEIM);
- Fios de sustentação e estímulo de colágeno semipermanentes.

• **Parecer Jurídico: HABILITADO E LEGAL.**

- ✓ **Base Legal:** Resolução n.º 241/2014, Normativa n.º 01/2012, Normativa n.º 03/2015, Normativa n.º 04/2015, Normativa n.º 05/2015.
- ✓ **Análise:** O Biomédico Esteta possui competência plena para injetáveis estéticos. Tais procedimentos não atingem órgãos internos, logo, não violam o Art. 4º, § 4º, III da Lei 12.842/2013.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF -CEP: 70307-901 – Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

GRUPO 2: Eletroterapia, Fototerapia e Recursos Tecnológicos

Uso de equipamentos para fins estéticos, baseados na formação em biofísica e instrumentação biomédica.

• **Procedimentos:**

- Eletroterapia, sonoforese (Ultrassom Estético), iontoforese, radiofrequência estética;
- Luz Intensa Pulsada e LED;
- Prescrição e realização de procedimentos que envolvam a utilização de lasers (de baixa, média e alta potência) e outros recursos tecnológicos utilizados para fins estéticos;
- Uso de equipamentos de corrente galvânica facial e corporal;
- Uso de equipamentos com correntes polarizadas alternadas (eletrolipoforese e microcorrentes);
- Uso de equipamentos de estimulação muscular de baixa e média frequência;
- Uso de equipamentos de plataforma vibratória;
- Uso de equipamentos de vacuoterapia e endermologia;
- Uso de equipamentos termoterápicos e crioterápicos;
- Depilação por meio de recursos de laser e eletroterápicos.

• **Parecer Jurídico: HABILITADO E LEGAL.**

- ✓ **Base Legal:** Resolução n.º 200/2011 e Normativa n.º 01/2012.
- ✓ **Análise:** O uso de tecnologias é inerente à formação do Biomédico e está expressamente autorizado desde a criação da habilitação.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF -CEP: 70307-901 – Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

GRUPO 3: Cosmetologia, Tricologia, Práticas Integrativas e Cuidados Gerais

Procedimentos de avaliação, tratamentos tópicos e terapias complementares.

• **Procedimentos:**

- Consulta estética;
- Cosmetologia;
- Prescrição de dermocosméticos;
- Peelings químicos e mecânicos;
- Tricologia;
- Hidratação (Cosmética e por meio de aparelho).

• **Parecer Jurídico: HABILITADO E LEGAL.**

- ✓ **Base Legal:** Resolução n.º 241/2014, Resolução n.º 359/2023, Resolução n.º 347/2022.
- ✓ **Análise:** A prescrição de cosméticos, a realização de peelings e tratamentos capilares (tricologia) são competências regulamentadas.

• **Procedimento:**

- Ozonioterapia.

• **Parecer Jurídico: HABILITADO (COM ESTRITA OBSERVÂNCIA LEGAL).**

- ✓ **Base Legal:** Resolução CFBM n.º 321/2020 e Lei Federal n.º 14.648/2023.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF -CEP: 70307-901 – Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

- ✓ **Análise:** O Biomédico Esteta possui habilitação normativa para a prática da Ozonioterapia (Resolução nº 321/2020). Contudo, em respeito ao princípio da legalidade e à segurança sanitária, a execução deste procedimento pelo Biomédico observa rigorosamente os limites estabelecidos na **Lei Federal nº 14.648/2023** e nos registros da ANVISA para os equipamentos geradores de ozônio.
- ✓ **Delimitação do Escopo:** Atualmente, a atuação biomédica estética com ozônio circunscreve-se às indicações de uso aprovadas pela autoridade sanitária, especificamente para "**auxílio à limpeza e assepsia da pele**", conforme entendimento pacificado por este Conselho Federal.

V – REFUTAÇÃO DE TESES RESTRITIVAS

Antecipando, sempre com a devida e máxima vênia, **eventuais questionamentos na CRTS, REFUTAM-SE** preventivamente os argumentos comuns utilizados para tentar restringir a atuação biomédica:

1. **"Romper a barreira da pele é ato médico": FALSO.** Como demonstrado, o dispositivo legal que tentava criar essa exclusividade foi vetado pela Presidência da República. ***A pele e o tecido subcutâneo são zonas de atuação multiprofissional.***
2. **"O diagnóstico nosológico é privativo, logo o tratamento também": PARCIALMENTE VERDADEIRO, MAS INAPLICÁVEL.** O diagnóstico de *doenças* (nosológico) é médico. Contudo, o **Biomédico Esteta realiza a CONSULTA Estética** para identificar **disfunções estéticas** (ex: rugas,



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF -CEP: 70307-901 – Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

flacidez, gordura localizada), que não são doenças, e traçar o plano terapêutico biomédico. Esta atuação é autônoma e legal.

3. **"Apenas médicos tratam intercorrências": FALSO.** O Biomédico Esteta, por força de sua formação em Farmacologia, Fisiologia e Patologia, e obrigatoriedade de habilitação específica, está apto a manejar intercorrências relacionadas aos procedimentos que realiza.

VI – CONCLUSÃO FINAL

Diante da análise da legislação federal, dos vetos presidenciais que moldaram a Lei do Ato Médico e das normas infralegais do CFBM, conclui-se que:

1. **Legalidade Parcial do Rol:** Parte dos procedimentos constantes na lista apresentada ("Procedimentos estéticos permitidos – biomédicos") não encontram respaldo legal explícito nas Resoluções e Normativas vigentes deste Conselho Federal.
2. **Competência Técnica:** O Biomédico Esteta, devidamente habilitado conforme a Resolução n.º 200/2011 e suas atualizações, detém a competência técnica, legal e científica para a execução dos procedimentos relacionados acima.
3. **Natureza Não Invasiva:** À luz da Lei n.º 12.842/2013 e dos vetos presidenciais, os procedimentos estéticos listados (incluindo os injetáveis e fios) **não se configuram como invasivos privativos de médico**, uma vez que não invadem orifícios naturais atingindo órgãos internos.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA -CFBM

SCS - QUADRA 07- EDIFÍCIO TORRE DO PÁTIO BRASIL - BLOCO A nº 100 SALAS/806 e
808 – ASA SUL – BRASÍLIA – DF -CEP: 70307-901 – Telefones: 61-3327-3128 /3037-3128

Desta forma, opina-se pela viabilidade jurídica, **nos termos do apresentado**, bem como pela defesa do **referido rol adaptado neste documento** perante a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), reafirmando que tais atividades compõem legitimamente o escopo de atuação do Biomédico no Brasil.

É o parecer, s.m.j.; Brasília, 27 de novembro de 2025.

Assinado eletronicamente

Alexandre Junqueira-Advº

OAB/SP 274.523

Assessor da Presidência do CFBM

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal OAB. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://oab.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/0496-C7F3-5B3B-441A> ou vá até o site <https://oab.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 0496-C7F3-5B3B-441A



Hash do Documento

BFDE2F2401427A5D7E7B1AA9CAA6299BF21A1DD33372884F25AA55AC4757A40B

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 28/11/2025 é(são) :

Nome no certificado: Alexandre Junqueira De Andrade em 28/11/2025 16:13 UTC-03:00

Tipo: Certificado Digital



DOCUMENTO DO CFBM

DOCUMENTO SECRETARIA SAÚDE PARANÁ

Estética

E-BOOK
NORMAS DOS
CONSELHOS
DE CLASSE



Estética

E-BOOK
NORMAS DOS
CONSELHOS
DE CLASSE

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

DOCUMENTO SECRETARIA SAÚDE PARANÁ

Carlos Massa Ratinho Junior
Governador do Estado

Beto Preto
Secretário de Estado da Saúde

Maria Goretti David Lopes
Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde

Luciane Otaviano de Lima
Coordenadora de Vigilância Sanitária



ELABORAÇÃO

Carla Maria Cleto

Divisão de Vigilância Sanitária de Serviços

Patrícia Capelo

Chefe da Divisão de Vigilância Sanitária de Serviços

REVISÃO

Daniele Bernardi

Coordenadora da Câmara Técnica de Fisioterapia Dermatofuncional e
Novos Procedimentos do Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional / CREFITO - 8

Dr. Bruno Aldenucci

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO - 8

Thiago Yuiti Castilho Massuda

Presidente do Conselho Regional de Biomedicina / CRBM - 6

Viviane Martins Bernardes

Coordenadora do Departamento de Fiscalização / CRBM - 6

Karin Juliana Bitencourt Zaros

Gerente Departamento Técnico-Científico / CRF - PR

Gabriele Luize Pereira

Gerente de Cadastro - PJ / CRF - PR

Flavia de Abreu Chaves

Gerente de Cadastro - PF / CRF - PR

Jenane Topanotti

Presidente da Comissão de Saúde do Conselho Regional de Fonoaudiologia - CREFONO 3

Cláudia Dorotéia Trindade

Agente Fiscal do Conselho Regional de Biologia - CRBio 7

Vinícius Abilhoa

Presidente do Conselho Regional de Biologia - CRBio 7

IDENTIDADE E DIAGRAMAÇÃO

Juliana Scheller

Núcleo de Comunicação Setorial



SUMÁRIO

Introdução	05
Fisioterapia	06
Biomedicina	12
Farmácia	21
Fonoaudiologia	26
Biologia	30

DOCUMENTO SECRETARIA SAÚDE PARANÁ



INTRODUÇÃO

Este documento reúne a síntese de informações relativas à habilitação e competências técnicas de profissionais de saúde que atuam na área de Estética, incluindo aspectos de responsabilidade técnica e o compilado de normativas legais, afetas ao tema, publicadas pelos respectivos Conselhos de Classe.

Esse material foi produzido pela Divisão de Vigilância Sanitária de Serviços (DV-VSS), da Secretaria de Estado da Saúde, sob revisão dos Conselhos de Classe compreendidos nessa edição: Fisioterapia, Biomedicina, Farmácia, Fonoaudiologia e Biologia. Considerando que outras categorias também podem atuar na área da Estética o material será atualizado para publicação da segunda edição contendo as informações dos demais órgãos cujo material, nesse momento, está em revisão pela DVVSS.

Devido à grande variedade de procedimentos estéticos disponíveis no mercado, associada à dinâmica como os mesmos surgem - com uso de novas tecnologias em saúde (medicamentos, insumos, cosméticos e dispositivos médicos) e a possibilidade de serem realizados por diferentes categorias de profissionais de saúde - os desafios para realização das ações de controle sanitário são crescentes, assim como a capacidade para reter conhecimentos suficientes e atualizados dos elementos imprescindíveis para análise do risco sanitário e verificação do exercício legal de cada categoria profissional pelos órgãos competentes.

Por esta razão, o E-book de Estética tem a finalidade de orientar, de forma rápida e objetiva, os fiscais da Vigilância Sanitária estadual e municipal do Paraná a respeito das normas e orientações disponíveis pelos Conselhos de Classe para realização da atividade de Estética.

O E-book permanecerá disponível para consulta no site da Secretaria de Estado da Saúde, na página eletrônica da Vigilância Sanitária de Serviços:

<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Vigilancia-Sanitaria-de-Servicos>

Fique atento às atualizações desse material e boa leitura!

Luciane Otaviano de Lima

Coordenadora de Vigilância Sanitária
Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná



DOCUMENTO SECRETARIA SAÚDE PARANÁ

FISIOTERAPIA



NORMATIVAS PARA ATUAÇÃO EM ESTÉTICA:

- **Resolução COFFITO nº 8, de 20 de fevereiro de 1978:** Alterada pelas Resoluções COFFITO nº 15, 18, 28, 184, 331, 353 e 359: Aprova normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional;
- **Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987:** Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do FISIOTERAPEUTA, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências;
- **Resolução COFFITO nº 362, de 20 de maio de 2009:** Reconhece a Fisioterapia Dermatofuncional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências;
- **Resolução COFFITO nº 394, de 24 de novembro de 2011:** Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Dermatofuncional e dá outras providências;
- **Acórdão nº 293, de 03 de julho de 2012:** normatização das técnicas e recursos próprios da Fisioterapia Dermatofuncional;
- **Acórdão nº 611, de 1º de abril de 2017:** normatização da utilização e/ou indicação de substâncias de livre prescrição pelo fisioterapeuta;
- **Acórdão nº 919, de 13 de novembro de 2018:** utilização pelo fisioterapeuta de fototerapia, laser e outros, em qualquer potência;
- **Acórdão nº 561, de 28 de dezembro de 2022:** reconhece que a ozonioterapia pode ser aplicada por Fisioterapeutas;
- **Acórdão nº 609, de 11 de maio de 2023:** habilitação para realizar procedimento com toxina botulínica;
- **Acórdão nº 635, de 7 de julho de 2023:** reconhece que a hidrolipoclasia pode ser realizada por fisioterapeutas;



- **Acórdão nº 636, de 7 de julho de 2023:** habilitação para realizar procedimentos de intradermoterapia;
- **Acórdão nº 639, de 29 de agosto de 2023:** o profissional fisioterapeuta possui autonomia para indicação e escolha da via de administração;
- **Acórdão nº 735, de 10 de setembro de 2024:** reconhece a competência do fisioterapeuta para prescrever, administrar e adquirir medicamentos e insumos;
- **Resolução COFFITO nº 607, de 29 de janeiro de 2025:** dispõe sobre a habilitação de profissionais fisioterapeutas para a prescrição e aplicação de agregados leucoplaquetários autólogos (Plasma Rico em Plaquetas – PRP, e Fibrina Rica em Plaquetas – PRF, suas variantes e frações) para fins fisioterapêuticos não transfusionais.





HABILITAÇÃO PARA ATUAÇÃO EM FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL, NA SUBÁREA DA ESTÉTICA

A Resolução COFFITO nº 362, de 20 de maio de 2009 reconhece o Título de Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional para o profissional que cumprir os critérios a serem estabelecidos em Resolução própria, conforme Resolução COFFITO nº 360/2008.

A Resolução COFFITO nº 394, de 24 de novembro de 2011, inciso V, art. 5º, reconhece a especialidade de Fisioterapia Dermatofuncional, sendo a Estética e Cosmetologia uma das áreas de atuação do Fisioterapeuta Dermatofuncional. O Parágrafo 1º, do mesmo artigo, menciona que o COFFITO disporá acerca do Certificado das áreas de atuação do Especialista Profissional em Fisioterapia Dermatofuncional, nos termos do Título VII da Resolução COFFITO nº 377/2010.

O Parecer Técnico COFFITO nº 06/2012 e o Acórdão COFFITO nº 293/2012 orientam que para realização de Carboxiterapia o profissional capacitado que ainda não é especialista deve apresentar ao CREFITO documentos que comprovem esta habilitação. Também é necessário apresentar certificado de conclusão em curso de Suporte Básico de Vida ou equivalente.

Para aplicação de Toxina Botulínica, de acordo com o Acórdão COFFITO nº 609/2023, o Conselho reconhece a habilitação dos profissionais Fisioterapeutas para realização dessa prática, desde que comprovem formação específica, com carga horária mínima de 50 horas e 60% (no mínimo) de prática clínica. O curso de capacitação deve ser chancelado pelo COFFITO e o certificado deve ser apostilado junto aos CREFITOS.

Para a prática da Intradermoterapia, de acordo com Acórdão COFFITO nº 636, de 07 de julho de 2023, é reconhecida a habilitação dos profissionais Fisioterapeutas para realização dessa prática desde que comprovem formação específica, com carga horária mínima de 30 horas e 60% (no mínimo) de prática clínica. O curso de capacitação deve ser chancelado pelo COFFITO e o certificado deve ser apostilado junto aos CREFITOS.

Para a prática da Hidrolipoclasia Ultrassônica, de acordo com Acórdão COFFITO nº 635, de 07 de julho de 2023, é reconhecida a habilitação dos profissionais Fisioterapeutas para realização dessa prática desde que comprovem formação específica, com carga horária mínima de 10 horas e 60% (no mínimo) de prática clínica. O curso de capacitação deve ser chancelado pelo COFFITO e o certificado deve ser apostilado junto aos CREFITOS.

O uso de medicamentos como Bioestimuladores de Colágeno, Preenchedores Dérmicos e Fios de PDO por Fisioterapeutas, fica respaldado pelos Acordãos





do COFFITO nº 639/2023 e nº 735/2024, que versam sobre a prescrição, administração e compra de medicamentos, respaldando a autonomia desses profissionais para escolha da via de administração desses medicamentos.

Para a prática de PRP e PRF, a Resolução COFFITO nº 607, de 29 de janeiro de 2025 reconhece a habilitação do profissional Fisioterapeuta para a prescrição e aplicação de agregados leucoplaquetários autólogos (Plasma Rico em Plaquetas – PRP, e Fibrina Rica em Plaquetas – PRF, suas variantes e frações) para fins fisioterapêuticos não transfusionais, desde que comprovem formação específica, com carga horária mínima de 40 horas e 60% (no mínimo) de prática clínica presencial supervisionada. O curso de capacitação deve ser cancelado pelo COFFITO e o certificado deve ser apostilado junto aos CREFITOS.

ATENÇÃO

O COFFITO recomenda que somente profissionais especialistas, ou seja, com formação em cursos de capacitação específicos reconhecidos pelo Conselho realizem os procedimentos de: Toxina Botulínica, Intradermoterapia, Hidrolipoclasia Ultrassônica e PRP e PRF autólogos;

A realização de procedimentos por profissional não especialista pode ser considerado como um agravante, com imposição de sanções ético-disciplinares pelos respectivos CREFITOS.

COMPETÊNCIAS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS:

Dos procedimentos permitidos:

- O Acórdão COFFITO nº 919, de 13 de novembro de 2018 reconhece que o Fisioterapeuta, a seu critério, pode utilizar recursos de fototerapia, laser e outros, em qualquer potência, desde que observados os Protocolos de Segurança e com finalidade fisioterapêutica. Tal condição ampara o uso de lasers de baixa, média e alta potência, ablativos ou não, utilizados para epilação, discromias, envelhecimento cutâneo, flacidez tegumentar, lesões vasculares, acne, estrias, cicatrizes, dentre outros. Este Acórdão também ampara o uso do Endolaser para atuação no tecido subcutâneo e sistema tegumentar;
- Toxina botulínica (Acórdão COFFITO nº 609/2023);
- Intradermoterapia/Mesoterapia (Acórdão COFFITO nº 636/2023);
- Hidrolipoclasia Ultrassônica (Acórdão COFFITO nº 635/2023);
- Bioestimuladores de Colágeno, preenchimentos dérmicos, fios de PDO (Acórdãos COFFITO nº 639/2023 e nº 735/2024);



- Ozonioterapia (Acórdão COFFITO nº 561/2020);
- Carboxiterapia (Acórdão COFFITO nº 293/2012);
- Eletrolipólise (Resolução COFFITO nº 80/2014);
- Endotaser (Acórdão COFFITO nº 919/2018).

A Resolução COFFITO nº 362, de 20 de maio de 2009 reconhece a Fisioterapia Dermatofuncional como especialidade própria e exclusiva do profissional Fisioterapeuta.

AQUISIÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

- O Acórdão COFFITO nº 611, de 01 de abril de 2017 normatiza a utilização e/ou indicação de substâncias de livre prescrição por Fisioterapeutas, sendo elas: medicamentos fitoterápicos/fitofármacos, medicamentos homeopáticos, medicamentos antroposóficos, medicamentos ortomoleculares, fotossensibilizadores para terapia fotodinâmica, iontoforese e fonoforese com substâncias de livre prescrição e florais como próprios da Fisioterapia.
- O Acórdão COFFITO nº 735, de 10 de setembro de 2024 reconhece ao Fisioterapeuta competência para a prescrição, administração e aquisição de medicamentos e insumos. Também regulariza a prescrição, administração e aquisição de medicamentos e insumos por parte desses profissionais, independentemente da via de administração (injetável, pressurizado, tópico ou oral).

COMPETÊNCIA PARA RESPONSABILIDADE TÉCNICA

- A Resolução COFFITO nº 139, de 28 de novembro de 1992 dispõe sobre as atribuições para o exercício da Responsabilidade Técnica nos campos assistenciais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional.



DOCUMENTO SECRETARIA SAÚDE PARANÁ

BIOMEDICINA



NORMATIVAS PARA ATUAÇÃO EM ESTÉTICA:

- **Resolução CFBM nº 169, de 16 de janeiro de 2009:** disciplina sobre o registro de habilitações profissionais em carteira, pelos Conselhos Regionais de Biomedicina;
- **Resolução CFBM nº 174, de 14 de junho de 2009:** determina nova redação as letras “a e c” do artigo 1º, da Resolução nº 169/2009 do Conselho Federal de Biomedicina – CFBM, publicada no D.O.U. seção I, página 36 em 20/01/2009;
- **Resolução CFBM nº 197, de 21 de fevereiro de 2011:** dispõe sobre as atribuições do profissional Biomédico no exercício da saúde estética e sobre sua atuação como Responsável Técnico em empresas que executam atividades para fins estéticos;
- **Normativa CFBM nº 01, de 10 de abril de 2012:** dispõe sobre o rol de atividades para fins de inscrição e fiscalização dos profissionais Biomédicos, Técnicos, Tecnólogos nas áreas de acupuntura, estética, citologia e anatomia patológica e imagiologia, junto aos Conselhos Regionais de Biomedicina;
- **Resolução CFBM nº 241, de 29 de maio de 2014:** Dispõe sobre atos do profissional Biomédico com habilitação em biomedicina estética e regulamenta a prescrição por este profissional para fins estéticos;
- **Normativa CFBM nº 003, de 05 de novembro de 2015:** dispõe sobre procedimento Estético injetável para microvasos;
- **Normativa CFBM nº 004, de 05 de novembro de 2015:** dispõe sobre procedimentos realizados por Biomédicos Estetas, utilizando fios de sustentação tecidual para fins estéticos;
- **Normativa CFBM nº 005, de 05 de novembro de 2015:** dispõe sobre a aplicação de substâncias por via intramuscular;
- **Resolução CFBM nº 299, de 23 de novembro de 2018:** proibição do uso da substância desoxicolato de sódio, em procedimentos realizados por profissional Biomédico em conformidade com normas estabelecidas pela Anvisa;





- **Resolução CFBM nº 307, de 17 de maio de 2019:** dispõe sobre a especialidade da biomedicina estética, reconhecida pelo Conselho Federal de Biomedicina;
- **Resolução CFBM nº 319, de 21 de março de 2020:** dispõe sobre procedimentos internos para regulamentação do profissional Biomédico inscrito no Conselho Regional de Biomedicina, habilitado como profissional liberal, sem a inscrição de pessoa jurídica;
- **Resolução CFBM nº 321, de 16 de junho de 2020:** dispõe sobre o reconhecimento do profissional Biomédico na prática da Ozonioterapia;
- **Resolução CFBM nº 330, de 5 de novembro de 2020:** regulamenta o novo Código de Ética do Profissional Biomédico;
- **Resolução CFBM nº 348, de 16 de junho de 2022:** dispõe sobre Responsabilidade Técnica em fabricação, comercialização e prescrição de suplementos alimentares;
- **Resolução CFBM nº 357, de 02 de maio de 2023:** cria a habilitação e regulamenta a atividade do profissional Biomédico em Biofotônica;
- **Resolução CFBM nº 359, de 02 de maio de 2023:** dispõe sobre a atividade do biomédico em Tricologia Estética;
- **Resolução CFBM nº 363, de 22 de junho de 2023:** dispõe sobre a atividade do biomédico em visagismo;
- **Resolução CFBM nº 365, de 22 de junho de 2023:** dispõe sobre prescrição de produtos tradicionais fitoterápicos à base de canabidiol.

HABILITAÇÃO PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS PARA ATUAÇÃO NA ÁREA DA ESTÉTICA:

Apenas profissionais Biomédicos inscritos e regulares junto ao Conselho Regional de Biomedicina, habilitados em Biomedicina Estética, podem exercer procedimentos de Estética, conforme art. 2º, da Resolução CFBM nº 307, de 17 de maio de 2019.

Para habilitação do profissional em Biomedicina Estética, incluindo a administração e a prescrição de substâncias para fins estéticos adquiridas mediante prescrição, o Biomédico deve comprovar a conclusão de curso de pós-graduação em Biomedicina Estética. A especialização deve contemplar disciplinas ou conteúdos de semiologia e farmacologia, bem como em recursos terapêuticos e farmacológicos utilizados na Biomedicina Estética, ou comprovar estágio supervisionado em Biomedicina Estética com carga horária mínima de 500 horas/aula durante a graduação, ou título de especialista em Biomedicina Estética de acordo com normas vigentes da Associação Brasileira de Biomedicina (ABBM), ou por meio de Residência Biomédica de acordo com normas e Resoluções CFBM nº 169/2009 e nº 174/2009, do Conselho Federal de Biomedicina. (Base legal: art. 4º, da Resolução CFBM nº 241/2014).



O Biomédico devidamente habilitado em Biomedicina Estética, pode assumir a Responsabilidade Técnica por clínicas de estética.

A Anotação de Responsabilidade Técnica está vinculada ao registro de pessoa jurídica junto ao CRBM e é comprovada pela apresentação do Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT) da empresa, conforme modelo disponibilizado no Anexo I desse material.

O CRT de pessoa física liberal (CRT PF LIBERAL) - disponível no Anexo II - dispensa a inscrição de pessoa jurídica junto ao CRBM e, portanto, não é aceito para comprovação de Responsabilidade Técnica da empresa. O cadastro de profissional liberal com vínculo de pessoa jurídica se destina ao profissional Biomédico com vínculo em alguma empresa, como prestador de serviço, desde que essa empresa já possua um Responsável Técnico, ainda que inscrito em outro Conselho de Classe. (Base legal: Resolução CFBM nº 319/2020).

Para verificar a habilitação do profissional Biomédico em Estética, consultar no site do CRBM6, por meio do seguinte link: <https://crbm6.gov.br/habilitacoes/>

COMPETÊNCIAS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS:

Dos procedimentos permitidos:

- Aplicação de terapias alternativas como Shiatsu, Quick massage, Bambuterapia, Massagem com Pindas, com Pedras Quentes, com Velas aromáticas, com Óleos Essenciais;
- Consulta estética;
- Bioestimuladores de colágeno;
- Bioremodeladores teciduais (nível epidérmico, dérmico e hipodérmico);
- Carboxiterapia;
- Cosmetologia;
- Depilação com ceras e por meio de recursos físicos, laser e eletroterápicos;
- Eletrolifting com e sem agulhas;
- Eletroterapia, sonoforese (Ultrassom Estético), iontoforese, radiofrequência estética;





- Fios de sustentação e estímulo de colágeno semi permanentes;
- Hidratação (Cosmética e por meio de aparelho);
- Intradermoterapia/Mesoterapia;
- Limpeza de Pele;
- Luz Intensa Pulsada e LED;
- Manobras Manuais, como massagem relaxante, modeladora, massagem clássica;
- Microagulhamento;
- Micropigmentação corretiva e reparadora;
- Ozonioterapia;
- Peelings químicos e mecânicos;
- Preenchimentos semi permanentes;
- Prescrição de dermocosméticos (Base legal: Resolução CFBM nº 241/2014), suplementos (Base legal: Resolução CFBM nº 348/2022) e formulações magistrais para fins estéticos (Base legal: Resolução CFBM nº 241/2014);
- Prescrição e realização de procedimentos que envolvam a utilização de lasers (de baixa, média e alta potência) e outros recursos tecnológicos utilizados para fins estéticos (Base legal: Art. 8º, da Resolução CFBM nº 241/2014);
- Procedimento estético injetável para microvasos (PEIM);
- Terapias injetáveis;
- Tricologia;
- Uso de equipamentos de corrente galvânica facial e corporal;
- Uso de equipamentos com correntes polarizadas alternadas, como eletrolipólise e microcorrentes;
- Uso de equipamentos de estimulação muscular de baixa e média frequência;
- Uso de equipamentos de plataforma vibratória;
- Uso de equipamentos de vacuoterapia e endermologia;
- Uso de equipamentos termoterápicos e crioterápicos;
- Uso de técnicas de SPA, pré e pós-cirúrgico.



AQUISIÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS:

- É permitida a aquisição e administração de substâncias devidamente registradas e legalizadas para uso de acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. (Base legal: Art. 1º, da Resolução CFBM nº 307/2019).
- Aos profissionais habilitados em Biomedicina Estética é permitida a prescrição e administração de substâncias (incluindo injetáveis) para fins Estéticos, nos termos do Art. 2º, 5º e 6º da Resolução CFBM nº 241/2014, conforme transcrito a seguir:

Art. 2º - Regular a prescrição e utilização de substâncias (incluindo injetáveis), pelo profissional biomédico habilitado em biomedicina estética para fins estéticos, em consonância com a sua capacitação profissional e legislação vigente.

Art. 3º - Na prescrição devem constar: nome da substância ou formulação, forma farmacêutica e potência do fármaco prescrito (a potência do fármaco deve ser solicitada de acordo com abreviações do Sistema Internacional, evitando abreviações e uso de decimais); a quantidade total da substância, de acordo com a dose e a duração do tratamento; a via de administração, o intervalo entre as doses, a dose máxima por dia e a duração do tratamento; nome completo do biomédico prescritor, assinatura e número do registro no Conselho Regional de Biomedicina, local, endereço e telefone do prescritor de forma a possibilitar contato em caso de dúvidas ou ocorrência de problemas relacionados ao uso das substâncias prescritas; data da prescrição. A prescrição deverá seguir as instruções contidas na RDC 67 de 08 de outubro de 2007 e demais normas regulamentadoras da ANVISA;

[...]

Art. 5º - O biomédico que possuir habilitação em Biomedicina Estética poderá realizar a prescrição de substâncias e outros produtos para fins estéticos incluindo substâncias biológicas (toxina botulínica tipo A), substâncias utilizadas na intradermoterapia (incluindo substâncias eu-tróficas, venotróficas e lipolíticas), substâncias classificadas como cor-relatos de uso injetável conforme ANVISA, preenchimentos dérmicos, subcutâneos e supraperiostal (excetuando-se o Polimetilmetacrilato/PMMA), fitoterápicos, nutrientes (vitaminas, minerais, aminoácidos, bioflavonóides, enzimas elactobacilos), seguindo normatizações da ANVISA.

Art. 6º - Caberá ao profissional biomédico a prescrição de formulações magistrais ou deferência de cosméticos, cosmeceuticos, dermocosméticos, óleos essenciais e fármacos de administração tópica. Formulações magistrais e de referência de peelings químicos, enzimáticos e biológicos, incluindo a Tretinoína (Ácido retinoico de 0,01 à 0,5% de uso domiciliar e até 10% para uso exclusivo em clínica) seguindo instruções da ANVISA.

Art. 9º - O processo de prescrição biomédica deverá seguir as seguintes etapas: I - Identificação das necessidades estéticas do paciente; II - definição e prescrição do tratamento para fins estético, seja de natureza farmacológica, biotecnológica ou que envolvam procedimentos invasivos não cirúrgicos para fins estéticos. III - seleção do tratamento ou intervenções relativas aos cuidados à saúde estética e qualidade de vida, com base em sua segurança, eficácia e bases científicas; IV - Redação da prescrição; V - Orientação ao paciente; VI - Avaliação dos resultados; VII - documentação do processo de prescrição e do tratamento adotado.



- Os Produtos tradicionais fitoterápicos à base de canabidiol podem ser prescritos apenas por Biomédicos com habilitação em Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, conforme Resolução CFBM nº 365/2023;
- Os Suplementos Alimentares podem ser prescritos por Biomédicos habilitados em Bio-medicina Estética ou em Fisiologia do Esporte e da Prática do exercício Físico, desde que sejam isentos de orientação e prescrição médica, conforme Resolução CFBM nº 348/2022;
- A Resolução CFBM nº 299/2018 proíbe o uso da substância desoxicolato de sódio, em procedimentos realizados por profissional Biomédico em conformidade com as normas estabelecidas pela Anvisa;
- A Resolução CFBM nº 241/2014 proíbe o uso de Polimetilmetacrilato/PMMA.



ANEXO I

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (CRT) DE EMPRESA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 6ª REGIÃO
JURISDIÇÃO PR (SEDE)
Rua Visconde de Nacar, 754 - Mercês - Curitiba/PR - CEP: 80410-200
Tel. (41) 3359-9341

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Nº [Número Gerado pelo Sistema]

Exercício xxxx

O CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 6ª REGIÃO concede o presente CERTIFICADO para:

Pessoa Jurídica:
Nº de inscrição no CRBM-6:
Inscrição no CNPJ:
Endereço:

Responsável(is) Técnico(s) - RT	Nº de inscrição no CRBM-6	Categoria	Sector	Tipo de RT
NOME DO BIOMEDICO (A)	XXXX	BIOMEDICO	Não Informado	RT TITULAR

Área(s) de atuação: BIOMEDICINA ESTÉTICA

Validade da certidão: [REDACTED]

A validação deste documento requer a juntada da certidão de regularidade do(a) responsável técnico(a).

Curitiba, xx/xx/xxxx

[Sistema. Documento Gerado. QrCode Image]	A autoria, a autenticidade e a integridade dos documentos e da assinatura foram obtidas por meio de assinatura eletrônica avançada, admitida pela Lei n. 14.063/2020 e regulamentada pelo Decreto n. 10.543/2020. A autenticidade deste pode ser conferida no QR CODE ao lado ou link abaixo. https://crbm-06.implanta.net.br/servicosOnline/Publico/ValidarDocumentos/ Chave de autenticidade: [Sistema.DocumentoGerado.CodigoAutenticidade]
---	--



DOCUMENTO SECRETARIA SAÚDE PARANÁ

FARMÁCIA



NORMATIVAS PARA ATUAÇÃO EM ESTÉTICA:

- **Resolução CFF nº 573, de 22 de maio de 2013:** dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no exercício da saúde estética e da responsabilidade técnica por estabelecimentos que executam atividades afins (ORA SUSPENSA);
- **Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013:** regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências;
- **Resolução CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013:** regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. (ORA SUSPENSA);
- **Resolução CFF nº 616, de 25 de novembro de 2015:** define os requisitos técnicos para o exercício do farmacêutico no âmbito da saúde estética, ampliando o rol das técnicas de natureza estética e recursos terapêuticos utilizados pelo farmacêutico em estabelecimentos de saúde estética;
- **Resolução CFF nº 645, de 27 de julho de 2017:** dá nova redação aos artigos 2º e 3º e inclui os anexos VII e VIII da Resolução/CFF nº 616/2015;
- **Resolução CFF nº 669, de 13 de dezembro de 2018:** define os requisitos técnicos para o exercício do farmacêutico no âmbito da saúde estética ante ao advento da Lei Federal nº 13.643/2018;
- **Resolução CFF nº 720, de 24 de fevereiro de 2022:** dispõe sobre o registro, nos Conselhos Regionais de Farmácia, de clínicas e de consultórios farmacêuticos, e dá outras providências;
- **Resolução CFF nº 724, de 29 de abril de 2022:** dispõe sobre o Código de Ética, o Código de Processo Ético e estabelece infrações e as regras de aplicação das sanções ético-disciplinares;
- **Resolução CFF nº 760, de 19 de dezembro de 2023:** dispõe sobre a competência e as atribuições do farmacêutico relacionadas ao uso de produtos injetáveis;
- **Resolução CFF nº 14, de 28 de agosto de 2024:** dispõe sobre a inscrição, o registro, o cancelamento, a baixa e a averbação nos Conselhos Regionais de Farmácia, além de outras providências;
- **Resolução CFF nº 4, de 20 de fevereiro de 2025:** Dispõe sobre a criação do Registro de Qualificação de Especialista (RQE), e estabelece os critérios e procedimentos para sua obtenção pelo farmacêutico.



HABILITAÇÃO PROFISSIONAL E COMPETÊNCIAS PARA ATUAÇÃO NA ÁREA DA ESTÉTICA:

A determinação da competência do profissional Farmacêutico para realização de procedimentos estéticos está amparada no Art. 25, do Decreto Federal nº 20.931/1932, que dispõe que os procedimentos não cirúrgicos podem ser de competência dos profissionais da área da saúde, inclusive do farmacêutico.



Ao Farmacêutico é permitido exercer a atividade de Estética, conforme o Art. 2º, da Resolução CFF nº 616/2015 (alterada pela resolução CFF nº 645/2017), de acordo com os seguintes requisitos: ser egresso de programa de pós-graduação Lato Sensu reconhecido pelo Ministério da Educação na área de saúde estética; ou ser egresso de curso livre de formação profissional em saúde estética reconhecido pelo CFF, de acordo com os referenciais mínimos definidos em nota técnica específica no site do CFF (www.cff.org.br);

O Farmacêutico inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua circunscrição e legalmente habilitado para o amplo exercício profissional, pode atuar, responsabilizar-se tecnicamente e prestar consultoria a pessoas jurídicas de direito público e privado, respeitando sempre as atribuições privativas das demais categorias de profissionais de saúde.

A verificação de habilitações dos Farmacêuticos pode ser realizada através do site: <https://crfemcasa.crf-pr.org.br/crf-em-casa/consulta/cadastro/profissional.jsf> (Inserir: Inscrição ou Nome > Cidade > Pesquisar > Abrir)

RESPONSABILIDADE TÉCNICA:

Conforme Lei Federal nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, os estabelecimentos que realizam atividades farmacêuticas devem comprovar aos Conselhos Federal e Regionais que as mesmas são desempenhadas por profissional habilitado e registrado.

De acordo com a Resolução CFF nº 14, de 22 de agosto de 2024, é obrigatório o registro no Conselho Regional de Farmácia de cada unidade de pessoa jurídica que exerça atividades farmacêuticas, mesmo quando não privativas, desde que o Responsável Técnico seja Farmacêutico.

Assim, estabelecimentos de saúde estética podem operar sob Responsabilidade Técnica de Farmacêutico, devendo registrar-se no Conselho Regional de Farmácia e possuir Certidão de Regularidade Técnica, que será emitida como Clínica de Estética ou Consultório Farmacêutico.



COMPETÊNCIAS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS:

Dos procedimentos permitidos:

Os Anexos I a VIII da Resolução CFF nº 616/2015 (alterada pela Resolução CFF nº 645/2017) trazem a descrição dos procedimentos estéticos que podem ser realizados pelo Farmacêutico, sendo eles:

- Aplicação de Toxina Botulínica;
- Preenchimentos dérmicos;
- Carboxiterapia;
- Intradermoterapia/mesoterapia;
- Agulhamento e microagulhamento estético;
- Criolipólise;
- Fio lifting de autosustentação;
- Laserterapia ablativa.

Embora procedimentos de peelings químicos e mecânicos estejam previstos na Resolução do CFF nº 573/2013, que está suspensa, o Conselho Federal de Farmácia entende que a atuação do Farmacêutico continua respaldada pelas Resoluções vigentes e, uma vez que a Resolução CFF nº 645/2017 prevê que o Farmacêutico habilitado em Estética pode adquirir e utilizar ativos ou substâncias para peelings, segundo o CFF, o profissional está apto para realizar essa técnica.

Dos procedimentos proibidos:

A Resolução CFF nº 573/2013, que permitem a realização de procedimentos estéticos como: cosmetoterapia, eletroterapia, iontoforese, laserterapia, luz intensa pulsada, radiofrequência estética e sonoforese (ultrassom estético) estão suspensas, por isso, estão proibidos de serem realizados no momento.





AQUISIÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS:

- Em função da habilitação, o profissional Farmacêutico é o Responsável Técnico para compra e utilização de substâncias e equipamentos necessários para realização de procedimentos estéticos, em consonância com sua capacitação profissional, conforme Resolução CFF nº 616/2015 (alterada pela Resolução CFF nº 645/2017);
- As substâncias utilizadas nos procedimentos estéticos por Farmacêuticos habilitados, conforme Resolução CFF nº 616/2015 (alterada pela Resolução CFF nº 645/2017) são: agentes eutróficos; agentes venotônicos; biológicos (exemplo: Toxina botulínica tipo A, fatores de crescimento); vitaminas; aminoácidos; minerais; fitoterápicos; peelings químicos, enzimáticos e biológicos, incluindo a tretinoína (ácido retinóico de 0,01% a 0,5% de uso domiciliar e até 10% para uso profissional); solução hipertônica de glicose 50% e 75% (uso exclusivo em procedimentos para telangiectasias); preenchedores dérmicos absorvíveis; agentes lipolíticos (exemplo: desoxicolato de sódio, lipossomas de girassol e outros); e fios lifting absorvíveis;
- A Resolução CFF nº 760/2023 regulamenta as atividades de prescrição e administração de produtos injetáveis, industrializados ou manipulados, sempre em conformidade com a via de administração, dosagem e posologia adequadas, em estrita observância aos protocolos decorrentes de estudos clínicos que comprovem ou possuam evidências científicas e de acordo com a legislação e as áreas de atuação regulamentadas pelo Conselho Federal de Farmácia;
- A prescrição de qualquer medicamento para uso fora do serviço de estética está, no momento, proibida por conta da suspensão provisória da Resolução CFF nº 586/2013.



DOCUMENTO SECRETARIA SAÚDE PARANÁ

FONOAUDIOLOGIA



1. OFÍCIOS E ATOS NORMATIVOS RELATIVOS À HABILITAÇÃO E ÀS COMPETÊNCIAS NA ESTÉTICA

- **Resolução CFFa nº 320, de 17 de fevereiro de 2006:** dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências;
- **Resolução CFFa nº 352, de 05 de abril de 2008:** dispõe sobre a atuação profissional em motricidade orofacial com finalidade estética;
- **Resolução CFFa nº 414, de 12 de maio de 2012:** dispõe sobre a competência técnica e legal específica do fonoaudiólogo no uso de instrumentos, testes e outros recursos na avaliação diagnóstica e terapêutica dos distúrbios da comunicação humana, e dá outras providências;
- **Resolução CFFa nº 587, de 23 de outubro de 2020:** dispõe sobre o Responsável Técnico em Fonoaudiologia e suas atribuições, e dá outras providências;
- **Resolução CFFa nº 606, de 17 de março de 2021:** dispõe sobre o uso da terapia por fotobiomodulação como recurso terapêutico por fonoaudiólogos;
- **Resolução CFFa nº 619, de 28 de maio de 2021:** dispõe sobre o uso de recursos de bandagem funcional elásticas e rígidas na Fonoaudiologia;
- **Resolução CFFa nº 716, de 15 de dezembro de 2023:** dispõe sobre o uso da Estimulação Elétrica Neuromuscular (EENM) como recurso terapêutico por fonoaudiólogos;
- **Resolução CFFa nº 772, de 29 de março de 2025:** dispõe sobre as áreas de competências do Fonoaudiólogo no Brasil.

2. HABILITAÇÃO PARA ESTÉTICA E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Para atuar na área de estética não é necessária especialização (pós-graduação) em área de estética.

A Motricidade Orofacial é o campo da Fonoaudiologia que pode ser utilizada para finalidades estéticas. Também é considerada uma área de especialização da Fonoaudiologia, conforme Resolução CFFa nº 320/2006. No entanto não é requisito obter a especialização nesta área para atuar em estética.

O fonoaudiólogo assumirá a responsabilidade técnica mediante assinatura do termo de responsabilidade técnica fornecido pelo Conselho Regional de sua jurisdição, no qual deverá constar informação sobre o horário de funcionamento da prestação dos serviços fonoaudiológicos, incluindo sábados, domingos e feriados, bem como os horários previstos para permanência do RT, de acordo com a Resolução CFFa nº 587/2020.



3. COMPETÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

A atuação do Fonoaudiólogo em estética é realizada com base na motricidade orofacial – campo da Fonoaudiologia. O profissional deve utilizar os conhecimentos e recursos inerentes a sua formação científica, realizando e divulgando apenas os procedimentos para os quais esteja apto.

3.1 Procedimentos estéticos permitidos

A terapia por fotobiomodulação está autorizada pela Resolução CFFa nº 606/2021, para utilizado pelos Fonoaudiólogos. Trata-se de um recurso terapêutico que usa uma fonte de luz não térmica (efeitos fotoquímicos, fotofísicos e fotobiológicos). As fontes de luz a serem consideradas são o Laser (*Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*) de baixa intensidades e o LED (*Light-Emitting Diode*).

A terapia por fotobiomodulação pode ser aplicada na modalidade direta e indireta (ILIB – *Intravascular Laser Irradiation of Blood*), adaptada ou transdérmica para intervenção sistêmica.

No exercício de suas atividades profissionais, o fonoaudiólogo poderá utilizar a terapia de estimulação tegumentar por meio de bandagem elástica e bandagem rígida como recurso terapêutico associado aos procedimentos clínicos fonoaudiológicos convencionais, conforme previsto na Resolução CFFa nº 619/2021. Para a aplicação deste recurso terapêutico, o fonoaudiólogo deve ter conhecimento sobre anatomia, fisiologia, fisiopatologia e biomecânica do sistema muscular e tegumentar, e a prescrição do uso de cada bandagem, assim como o conhecimento dos seus riscos e benefícios.

O fonoaudiólogo poderá aplicar a estimulação Elétrica Neuromuscular (EENM) por correntes contínuas ou pulsadas e microcorrentes, como recurso terapêutico associado aos procedimentos clínicos fonoaudiológicos convencionais, desde que apresentem evidências científicas e que sejam da competência fonoaudiológica. O recurso terapêutico de EENM só poderá ser utilizado pelo fonoaudiólogo quando o profissional for capacitado para selecionar o tipo e a programação da corrente ou microcorrente para cada cliente, assim como a intensidade mais adequada ao tratamento, conforme descrito na Resolução CFFa nº 716/2023.





As técnicas que podem ser utilizadas por Fonoaudiólogos para finalidades de estética são:

- Laserterapia;
- Eletroterapia;
- Método MZ (alongamento com pedras);
- Estimulação neurofuncional;
- Infravermelho;
- Ultrassom;
- Bandagem.

A atuação em estética pelo Fonoaudiologia não inclui procedimentos invasivos. Importante ressaltar que a bioética na Fonoaudiologia é essencial para orientar os profissionais nas decisões que envolvem o cuidado e a intervenção com os pacientes, auxiliando a abordar dilemas éticos que possam surgir em diferentes contextos, onde as expectativas sociais e os padrões de beleza possam influenciar as práticas e decisões clínicas.

4. AQUISIÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Não há autorização regulamentada para fonoaudiólogos neste quesito.





DOCUMENTO SECRETARIA SAÚDE PARANÁ

BIOLOGIA



1. OFÍCIOS E ATOS NORMATIVOS RELATIVOS À HABILITAÇÃO E ÀS COMPETÊNCIAS NA ESTÉTICA

- Resolução CFBio nº 725, de 26 de março de 2025: Dispõe sobre os procedimentos e técnicas estéticas manuais do(a) profissional Biólogo(a) habilitado(a) em Biologia Estética e dá outras providências;
- Resolução CFBio nº 726, de 26 de março de 2025: Dispõe sobre o uso de equipamentos e procedimentos estéticos utilizados(as) pelo(a) profissional Biólogo(a) habilitado(a) em Biologia Estética e dá outras providências;
- Resolução CFBio nº 734, de 07 de maio de 2025: Dispõe sobre o uso de injetáveis e procedimentos estéticos utilizados pelo(a) profissional Biólogo(a) habilitado em Biologia Estética e dá outras providências.

2. HABILITAÇÃO PARA ESTÉTICA E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

A análise dos requisitos mínimos para o Biólogo atuar em Saúde Estética é feita pelo Conselho Regional de Biologia, a comprovação de estar o Biólogo habilitado para atuar é a ART – Anotação de Responsabilidade Técnica que o Biólogo deverá emitir e ter uma via impressa para apresentação no momento da fiscalização do estabelecimento onde estiver atuando.

Para habilitação e atuação na área de Biologia Estética, o(a) profissional deve comprovar formação em áreas básicas da saúde e específicas da área estética, incluindo: biologia celular, anatomia humana, histologia humana, fisiologia humana, parasitologia humana, microbiologia, imunologia, química, bioquímica, biofísica, patologia geral, farmacologia, biotecnologia em saúde, procedimentos estéticos, intercorrências em estética, biossegurança e primeiros socorros, por meio de certificação emitida por instituições reconhecidas pelo MEC, que poderá ocorrer por meio de disciplinas de graduação, pós-graduação ou cursos livres além de estágio curricular supervisionado de 400 horas na graduação ou pós-graduação Lato sensu (Especialização).

Para fins de solicitação do Termo de Responsabilidade Técnica (TRT) para Pessoas Jurídicas emitida pelo Conselho Regional de Biologia, o Biólogo deverá possuir pós-graduação Lato sensu (Especialização) na área de Estética.

As atividades profissionais realizadas por Biólogos nas áreas ligadas à Saúde Estética estão sujeitas ao registro de Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) que será emitida de acordo com a(s) técnica(s)/procedimento(s) estético(s) executado(s) pelo Biólogo.





Para os procedimentos executados pelo Biólogo, é obrigatório que o profissional comprove treinamento e/ou curso com prática presencial supervisionadas nos procedimentos em que se pretende atuar, sobre cada técnica empregada, mesmo que sejam realizadas na graduação, pós-graduação ou cursos livres.

3. COMPETÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

De acordo com o desenvolvimento da ciência, tecnologia, eficácia, segurança e a evolução do mercado de trabalho na área da Biologia Estética, poderão ser incorporadas outras atividades e procedimentos, por deliberação do Plenário do CFBio.

3.1 Procedimentos estéticos permitidos

Procedimentos em que o Biólogo habilitado em Biologia Estética poderá trabalhar:

Técnicas/Atividades	Resolução CFBio N° 725/2025 (manuais)	Resolução CFBio N° 726/2025 (equipamentos)	Resolução CFBio N° 734/2025 (injetáveis)
Análise de histórico, anamnese, Aconselhamento e Orientação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cosmetologia	<input checked="" type="checkbox"/>		
Estética facial e corporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Microagulhamento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Produtos de origem botânica e outros de origem natural	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tricologia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Terapia Celular e Regenerativa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Peelings	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Eletroterapia		<input checked="" type="checkbox"/>	
Eletrotermoterapia		<input checked="" type="checkbox"/>	
Fototerapia		<input checked="" type="checkbox"/>	
Laserterapia		<input checked="" type="checkbox"/>	
Vacuoterapia/endermologia		<input checked="" type="checkbox"/>	
Carboxiterapia		<input checked="" type="checkbox"/>	
Ozonioterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Intradermoterapia (preenchedores dérmicos e bioestimuladores de colágeno)			<input checked="" type="checkbox"/>
Mesoterapia/Intradermoterapia (inclusive pressurizada)			<input checked="" type="checkbox"/>
Toxina Botulínica			<input checked="" type="checkbox"/>
Procedimento estético para microvasos (PEIM)			<input checked="" type="checkbox"/>
Fios de Polidioxanona (PDO)			<input checked="" type="checkbox"/>



3.2 Procedimentos estéticos proibidos

É vedado ao(a) Biólogo(a) sob qualquer hipótese a participação, indicação e/ou execução de métodos cirúrgicos, cirurgias plásticas e de procedimentos estéticos invasivos privativos aos médicos, bem como de procedimentos e atividades para fins estéticos não atribuídos aos(as) profissionais Biólogos(as), sob pena de infração ao Código de Ética do(a) Profissional Biólogo(a).

4. AQUISIÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

O Biólogo é responsável pela aquisição dos insumos necessários para a execução dos procedimentos. Somente poderá prescrever para fornecedores de produtos destinados à saúde estética, tais como farmácias e laboratórios especializados. É vedada a prescrição direta ao paciente/cliente. Para produtos injetáveis, o prescritor deverá possuir qualificação em Biologia Estética.



DOCUMENTO SECRETARIA SAÚDE PARANÁ

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
GT DE ESTÉTICA

Yáscara Pinheiro Lages Pinto

**ANÁLISE DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS CONFORME DISCUTIDO
EM REUNIÃO DO GT DE ESTÉTICA REALIZADA EM 29/09/2025**

Relatório Técnico

BRASÍLIA
2025

RESUMO

Este relatório técnico, elaborado para um Grupo de Trabalho sobre Estética, tem como objetivo central defender que procedimentos estéticos invasivos constituem ato médico privativo, conforme estabelecido pela Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico).

A fundamentação baseia-se no argumento de que tais procedimentos, mesmo com finalidade estética, envolvem invasão da barreira cutânea, manipulação de tecidos profundos e uso de tecnologias e substâncias com potencial para causar complicações graves (como necrose, embolia, infecções, cegueira e reações anafiláticas). Portanto, sua execução exige o conhecimento médico integral sobre anatomia, fisiopatologia, diagnóstico diferencial e manejo de emergências.

O documento detalha uma lista extensa de procedimentos considerados invasivos (como aplicação de toxina botulínica, preenchedores, fios de sustentação, lasers ablativos, radiofrequência, microagulhamento profundo, entre outros) e analisa, um a um, os dispositivos legais que regem profissões como Enfermagem, Fisioterapia, Biomedicina, Farmácia, Biologia e Fonoaudiologia. A conclusão é que nenhuma dessas profissões possui competência legal para realizar diagnósticos ou executar procedimentos invasivos, sendo essa uma atribuição exclusiva do médico.

Por fim, o relatório alerta para os riscos à saúde pública da prática ilegal da medicina e conclui que a regulamentação profissional é essencial para proteger a sociedade, delimitando com clareza as atribuições de cada área da saúde.

Palavras-chave: Ato Médico; Procedimentos Estéticos Invasivos; Segurança do Paciente; Lei 12.842/2013; Regulamentação Profissional; Dermatologia; Exercício Ilegal da Medicina; Riscos em Estética; Competência Profissional em Saúde; Cosmiatria.

ABSTRACT

This technical report, prepared for a Working Group on Aesthetics, has as its central objective the defense that invasive aesthetic procedures constitute a medical act reserved exclusively for physicians, as established by Law No. 12,842/2013 (Medical Act Law). The rationale is based on the argument that such procedures, even when performed for aesthetic purposes, involve the invasion of the skin barrier, manipulation of deep tissues, and the use of technologies and substances with the potential to cause serious complications (such as necrosis, embolism, infections, blindness, and anaphylactic reactions). Therefore, their execution requires comprehensive medical knowledge of anatomy, pathophysiology, differential diagnosis, and emergency management.

The document details an extensive list of procedures considered invasive (such as the application of botulinum toxin, fillers, suspension threads, ablative lasers, radiofrequency, deep microneedling, among others) and analyzes, one by one, the legal provisions governing professions such as Nursing, Physiotherapy, Biomedicine, Pharmacy, Biology, and Speech Therapy. The conclusion is that none of these professions have the legal competence to make diagnoses or perform invasive procedures, as this is an exclusive responsibility of the physician. Finally, the report warns of the public health risks of the illegal practice of medicine and concludes that professional regulation is essential to protect society, clearly defining the responsibilities of each area of healthcare.

Keywords: Medical Act; Invasive Aesthetic Procedures; Patient Safety; Law 12.842/2013; Professional Regulation; Dermatology; Illegal Practice of Medicine; Risks in Aesthetics; Professional Competence in Health; Cosmetology.

LISTA DE TABELAS

DOCUMENTO DO CFM

SUMÁRIO

PROCEDIMENTOS INVASIVOS COM FINALIDADE ESTÉTICA É ATO MÉDICO.....	11
SOBRE O USO DE ANESTÉSICOS NOS PROCEDIMENTOS COSMIÁTRICOS.....	12
1 LISTA DE PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIAS INVASIVAS COM FINALIDADE ESTÉTICA.....	14
1.1 TOXINA BOTULÍNICA	14
1.1.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?	14
1.1.1.1 COMPLICAÇÕES:.....	15
1.2 PREENCHEDORES e PRODUTOS INJETÁVEIS DE USO NA COSMIATRIA e HAR- MONIZACAO FACIAL (ÁCIDO HIALURONICO, PMMA E BIOESTIMULADORES)	16
1.2.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?	16
1.2.1.1 COMPLICAÇÕES.....	17
1.3 FIOS DE SUSTENTAÇÃO e PDO.....	19
1.3.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?	19
1.3.1.1 COMPLICAÇÕES.....	20
1.4 LASERS DE USO NA DERMATOLOGIA.....	20
1.4.1 POR QUE SÃO PROCEDIMENTOS INVASIVOS?	20
1.4.1.1 COMPLICAÇÕES.....	21
1.5 RADIOFREQUÊNCIA ABLATIVA.....	23
1.5.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?	23
1.5.1.1 COMPLICAÇÕES.....	23
1.6 RADIOFREQUÊNCIA PARA AQUECIMENTO VOLUMÉTRICO (RF).....	24
1.6.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?	24
1.6.1.1 COMPLICAÇÕES.....	25
1.7 ULTRASSOM MACRO E MICRO FOCADO.....	25
1.7.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?	25
1.7.1.1 COMPLICAÇÕES.....	26
1.8 CRIOLIPÓLISE	26
1.8.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?	26
1.8.2 COMPLICAÇÕES.....	27
1.9 MICROAGULHAMENTO.....	28
1.9.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?	28
1.9.1.1 COMPLICAÇÕES.....	28
1.9.1.1.1 CONCLUSÃO.....	29
1.10 ENDOLASER.....	29
1.11 ELETROCAUTERIZAÇÃO.....	31
1.12 OTOMODELAÇÃO.....	31
1.12.0.1 CONCLUSÃO	33
1.13 ESCLEROTERAPIA	33
1.13.0.1 CONCLUSÃO	35
1.14 INTRADERMOTERAPIA (MESOTERAPIA, “APLICAÇÃO DE	

	ENZIMAS “).....	35
1.14.0.1	CONCLUSÃO	41
1.15	ACUPUNTURA.....	41
1.16	INDUÇÃO PERCUTÂNEA DE COLÁGENO (IPCA) OU MICROAGULHAMENTO.....	43
1.16.0.1	CONCLUSÃO	44
1.17	AGREGADOS PLAQUETÁRIOS E PRP (PLASMA RICO EM PLAQUETAS).....	45
1.17.0.1	CONCLUSÃO	46
1.18	LUZ INTENSA PULSADA.....	47
1.19	TERAPIA FOTODINÂMICA	49
1.20	LASERTERAPIA DE BAIXA POTÊNCIA.....	50
1.20.0.1	CONCLUSÃO	53
1.21	PEELINGS QUIMICOS E FÍSICOS ABLATIVOS.....	53
	Conceituação geral.....	53
	Fundamentação médico-legal.....	53
	Fundamentação técnico-científica.....	54
	Diferenciação dos peelings não invasivos.....	55
1.21.0.1	CONCLUSÃO	55
1.22	TRICOLOGIA.....	55
	Fundamentação Legal.....	55
	Diferenciação entre o Médico Dermatologista e outros Profissionais	56
	Aspecto Sanitário e de Segurança.....	57
1.22.0.1	CONCLUSÃO	57
1.23	OZONIOTERAPIA.....	57
1.24	CARBOXITERAPIA.....	58
1.24.0.1	CONCLUSÃO	59
1.25	DERMOPIGMENTAÇÃO (ou MICROPIGMENTAÇÃO).....	59
	Riscos e Complicações.....	60
	SOBRE COSMÉTICOS E COSMECÊUTICOS.....	60
1.25.0.1	CONCLUSÃO	61
1.25.0.2	CONCLUSÃO	63
2	LISTA DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS ENVIADOS CONSIDERADOS INVASIVOS (ATO MÉDICO).....	64
	ANÁLISE DA LISTA DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS ENVIADOS PELA FISIO- TERAPIA.....	65
	ANÁLISE DA LISTA DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS ENVIADOS PELA BIO- MEDICINA	66
3	AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS LEGAIS DAS PROFISSÕES DE SAÚDE: ENFER- MAGEM, FISITERAPIA, BIOMEDICINA, FARMACIA, BIOLOGIA E FONOAUDIOLO- GIA.....	71
	A Lei da Enfermagem (Lei nº 7.498/1986) e Decreto nº 94.406/1987	73
	Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2013).....	73
	Resolução CFM nº 2.416/2024.....	73
	Conceito funcional de “procedimento invasivo” em contexto estético.....	74

Aspectos técnicos, éticos e de segurança sanitária	74
Incompetência normativa de Conselhos não médicos para ampliar escopo de prática médica	74
Conclusão Diante do conjunto normativo:	74
4 FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL.....	76
4.1 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL.....	76
A Lei nº 6.316/1975 – Lei que Cria e Regula a Profissão de Fisioterapeuta	77
A Lei nº 12.842/2013 – Lei do Ato Médico	78
Resolução CFM nº 2.416/2024.....	78
CARACTERIZAÇÃO DOS ATOS INVASIVOS	78
Limites Éticos e Responsabilidade Profissional.....	80
5 BIOMEDICINA	81
Fundamentação Legal da Profissão de Biomédico	81
Ato Médico e Exclusividade Legal do Médico	85
Interpretação Sistêmica e Jurisprudência.....	85
Aspectos técnicos, éticos e de segurança sanitária	85
Conclusão.....	87
6 FARMÁCIA	88
Fundamentação legal e técnico-científica	91
CONCLUSÃO.....	93
7 BIÓLOGOS.....	94
Fundamentação legal e técnico-científica.....	94
Conclusão.....	97
8 FONOAUDIOLOGIA	98
Conclusão.....	99
YÁSCARA PINHEIRO LAGES PINTO.....	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
CORTEZ, G. L.; HASSUN, K.; LINHARES, L. R. P.; FLORENÇO, V.; PINHEIRO, M. V. B.; NASCIMENTO, M. M. D. Male androgenetic alopecia. Anais Brasileiros de Dermatologia, v.100, n. 2, mar.abr. 2025. p:308-21. doi: 10.1016/j.abd.2024.08.004. Acesso em: nov. 2025.	104
Referências Bibliográficas Laser.....	106
Referências Bibliográficas Radiofrequência.....	107
Referências Bibliográficas Radiofrequência Com Ablação Da Epiderme/Derme (Rf Sublativa), Com Eletrocoagulação Ou Agulhas	108
Referências Bibliográficas Infravermelho Facial E Corporal	109
Referências Bibliográficas Luz Intensa Pulsada (LIP)	109
Referências bibliográficas lasers fracionados não ablativos (LFNA)	110
Referências Bibliográficas Lasers Fracionados Ablativos (Lfa).....	112
Referências Bibliográficas Ultrassom Focado Para Lipólise	115
Referências Bibliográficas Ultrassom Microfocado Para Flacidez Cutânea.....	116
Referências Bibliográficas Criolipólise	117
Referências Bibliográficas Microagulhamento Com Dispositivo Cilíndrico Rotante (“Rollers”)	117
Referências Bibliográficas Toxina Botulínica.....	117

Referências Bibliográficas Preenchimentos Cutâneos	118
Referências Bibliográficas Peelings Químicos	120

DOCUMENTO DO CFM

PROCEDIMENTOS INVASIVOS COM FINALIDADE ESTÉTICA É ATO MÉDICO

A Lei do Ato Médico estabelece que procedimentos estéticos ou cosmiátricos invasivos devam ser realizados por médicos, pois apesar de aparentemente simples, devido ao fácil acesso à pele e às ferramentas tecnológicas modernas, eles exigem conhecimento mais amplo do organismo humano como forma de garantir a segurança do paciente, cabendo ao médico a responsabilidade do diagnóstico com indicação e prescrição do tratamento e sua execução em local com estrutura adequada, fazendo registro em prontuário e acompanhando a evolução do paciente, considerando as reações adversas, as intercorrências e agravos inerentes a cada caso.

A necessidade da prática ser realizada por profissionais médicos é embasada, principalmente, pelos malefícios quando ela não é bem realizada. Mesmo que a técnica tenha sido empregada por outros profissionais, complicações decorrentes são reparadas apenas por profissionais médicos, pois os eventos adversos podem ter efeitos menos graves ou mais sérios, às vezes até fatais, relacionados ao conhecimento limitado e à falta de treinamento técnico.

Os procedimentos com finalidade estética, intradérmicos envolvendo qualquer instrumento perfuro cortante como agulhas, cânulas, fios, e todo o arsenal tecnológico crescente (laser, ultrassom, radiofrequência, crioterapia etc.), constituem atualmente instrumentais terapêuticos que podem realizar transformações epidérmicas, dérmicas, subcutâneas, musculares e ainda justa ósseas. Diante do trauma da abertura da pele, ou o seu acesso por determinada ferramenta tecnológica é possível causar intervenções, tanto quanto um procedimento cirúrgico tradicional pode fazer causando morte celular, apoptose, necrose e lesões em estruturas internas como vasos e nervos.

A Medicina se distingue das demais profissões da área de saúde por sua formação acadêmica de maior amplitude e abrangência, que capacita os profissionais da área a terem uma visão global do organismo humano em sua totalidade, desde a sua estrutura anatômica ao funcionamento dos diferentes órgãos. Além disso, possibilita conhecer a natureza dos agentes patogênicos, a ter a percepção de sinais e sintomas que possam indicar alterações da saúde e conduzir ao diagnóstico de uma doença ou de uma lesão incipiente. São justamente esses pontos da formação que propiciam a contenção de potenciais prejuízos ou consequências de determinados procedimentos, fazendo que a preservação do ato médico seja questão de saúde pública, e não apenas de interesses para delimitação e limitação na área da saúde.

O avanço tecnológico simplificou alguns procedimentos médicos, mas o diagnóstico e indicação do tratamento continuam sendo essenciais para obtenção de resultados satisfatórios, com segurança, sem prejudicar o paciente.

Os lasers e demais tecnologias, nunca devem ser utilizadas, por exemplo, sobre lesões malignas (cânceres de pele), sendo essa uma contraindicação absoluta. Isso pode ocorrer, e já está ocorrendo por desconhecimento e falta do diagnóstico da lesão, ou seja,

por imperícia, uma lesão maligna é confundida e manipulada e/ou tratada como benigna. O câncer da pele responde por 33% de todos os diagnósticos desta doença no Brasil, sendo que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) registra, a cada ano, cerca de 185 mil novos casos.

É fundamental o diagnóstico médico dessas condições, para a pronta indicação do tratamento adequado, pois quando agredidos, podem recidivar e/ou metastatizar, e o paciente perde a chance de melhor prognóstico e cura. Sobre os procedimentos utilizando medicamentos e produtos injetáveis para fins cosméticos e reparadores, estamos vivenciando uma preocupante banalização desses recursos médicos.

É preciso ter conhecimento técnico para entender por exemplo, que a modificação do trabalho da musculatura com a aplicação de toxina botulínica, a intervenção de volume e sustentação com preenchimentos com o ácido hialurônico e fios, a neocolagênese produzida pelos bioestimuladores,, intradermoterapia com medicamentos e peelings químicos profundos, etc são procedimentos que podem evoluir com complicações graves, tais como: infecções, oclusão vascular com necrose e destruição tecidual, reações imunológicas do tipo corpo estranho, queimaduras, formação de cicatrizes com destruição tecidual e mutilações, alterações de pigmentação da pele, lesão de nervos com paralisias, atrofias, perdas funcionais como a cegueira e até a morte.

SOBRE O USO DE ANESTÉSICOS NOS PROCEDIMENTOS COSMIÁTRICOS

A Lei nº 12.842, de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, define que é atividade do médico executar a sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral (artigo 4º, VI). A Resolução CFM n.º 2.174/2017, que dispõe sobre “a prática do ato anestésico”, também define e relaciona os equipamentos obrigatórios, instrumental e materiais e fármacos que permitem a realização de qualquer ato anestésico com segurança, assim como a realização de procedimentos técnicos da equipe voltados à reanimação cardiorrespiratória.

Ressalte-se que os anestésicos são essenciais para os procedimentos cosmiátricos.

Existem distintos métodos para se induzir a anestesia local: tópica, infiltrativa, bloqueio de campo, bloqueio de nervo periférico e tumescente e em todos, há anestesia regional transitória.

Muito embora sejam medicamentos seguros quando adequadamente indicados e aplicados, os anestésicos possuem potencial de eventos adversos, alguns deles com repercussão sistêmica. As reações indesejadas estão associadas à penetração da agulha na pele e aquelas associadas à solução anestésica com toxicidade local ou sistêmica, reações alérgicas e idiossincráticas. A toxicidade local é atribuída ao efeito direto do anestésico no local de aplicação e está associada, em muitos casos, à técnica incorreta. Pode cursar com dor, tanto pela substância quanto pela distensão do tecido no local da aplicação, o hematoma, a infecção, dilaceração de estruturas nervosas e necrose isquêmica.

A toxicidade sistêmica dos anestésicos locais é considerada o evento adverso

mais grave e com potencial de óbito. Ocorre quando há elevação do nível plasmático do anestésico acima das doses recomendadas. Pode surgir abruptamente após aplicação direta do anestésico na circulação sanguínea de forma inadvertida, ou de maneira mais lenta, com a elevação dos níveis séricos do anestésico, após aplicação de doses excessivas ou redução do metabolismo do medicamento. Os efeitos cardiovasculares surgem mais tardiamente e incluem: depressão do miocárdio, prolongamento do intervalo de condução, bradicardia, hipotensão e falência cardíaca. A toxicidade sistêmica está associada a doses elevadas da medicação. preditores para a ocorrência da complicação.

O tratamento da toxicidade sistêmica consiste em suspender imediatamente a aplicação do anestésico e acionar assistência médica de urgência. Em seguida, iniciar procedimentos de suporte básico ou avançado de vida. Reação de hipersensibilidade sistêmica imediata (anafilaxia) ocorre nos primeiros 30 minutos da exposição ao anestésico e devem ser imediatamente identificados pelo médico. O tratamento deve ser imediatamente instituído com a aplicação de vasoconstritores por via intramuscular devendo o paciente ser transferido para serviço de urgência. O quadro de anafilaxia pode ser muito grave e fatal.

Durante o procedimento pode ainda ocorrer reação vasovagal resultante da ansiedade e da percepção de dor e medo pelo paciente à agulha ou ao procedimento. Resulta em estimulação do sistema parassimpático e os sintomas que podem se assemelhar à reação alérgica: tontura, sudorese, náuseas, bradicardia e hipotensão. Em casos extremos, há síncope(desmaios). Já as reações locais aos anestésicos tópicos incluem eritema, palidez e edema. Reações sistêmicas, embora raras, podem ocorrer, como metemoglobinemia, alterações do sistema nervoso central e cardiotoxicidade.

É importante observar que algumas técnicas podem aumentar a absorção dérmica dos anestésicos tópicos ao remover a camada córnea da pele, como o laser ablativo. A aplicação do produto em superfícies inflamadas ou em extensas áreas de superfície corporal também podem aumentar o risco de absorção e toxicidade.

1 LISTA DE PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIAS INVASIVAS COM FINALIDADE ESTÉTICA

Listamos a seguir os procedimentos invasivos, considerados como ato médico, e as principais tecnologias utilizadas nos equipamentos com finalidade estética/reparadora e/ou cirúrgica, elencados entre os enviados, justificando porque são considerados invasivos, suas respectivas indicações, mecanismos de ação, efeitos adversos e complicações:

1.1 TOXINA BOTULÍNICA

Toxinas botulínicas, são classificados como medicamentos injetáveis, de alto risco (classe de risco IV-Anvisa). Em sendo “medicamentos injetáveis” teriam que ter prescrição médica. Consta em bula como medicamento, com uma série de efeitos colaterais, que podem até levar à morte.

1.1.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?

A aplicação da toxina botulínica causou uma revolução na medicina por induzir a paralisia temporária de músculos. É um dos mais poderosos venenos conhecidos na toxicologia e é amplamente utilizado em terapias de diferentes especialidades médicas, como Oftalmologia, Neurologia e Dermatologia.

A versatilidade dessas toxinas tornou a bactéria *Clostridium botulinum*, que secreta, um dos patógenos mais estudados na história da medicina. É uma bactéria que, se for ingerida em grande quantidade, causa paralisia muscular, com sintomas como visão dupla, queda das pálpebras superiores, fraqueza muscular e dificuldade na deglutição.

A toxina botulínica, obtida pela cultura de bactérias *Clostridium botulinum*, é um tratamento farmacológico local para músculos hiperativos que age bloqueando temporariamente a liberação do neurotransmissor acetilcolina nas junções neuromusculares, o que desencadeia um processo de inatividade muscular por denervação química, permitindo o relaxamento provisório dos músculos atingidos.

Em 1978, a partir da aprovação de estudos envolvendo a toxina no tratamento de estrabismo pelo FDA (Food and Drug Administration), várias pesquisas se desenvolveram em busca das possibilidades de sua aplicação na medicina.

Em 1985, publicaram-se os primeiros resultados sobre o tratamento de estrabismo com toxina botulínica e, em seguida, divulgaram-se os resultados de sua aplicação para casos de nistagmo (movimentos oculares oscilatórios, rítmicos e repetitivos), espasmos hemifaciais, torcicolo espasmódico e espasticidades (aumento do tônus muscular) de membros inferiores, atenuação de rugas dinâmicas da face e do pescoço. Sendo os resultados muito satisfatórios aos olhos dos médicos, a toxina botulínica tipo A passou a ser opção de tratamento para blefaroespasma (distúrbio característico pelo ato de piscar de maneira

exagerada e descontrolada), bexiga hiperativa, hiperidrose palmar e axilar (suor excessivo nas palmas das mãos ou nas axilas, respectivamente), bruxismo, disfonia espasmódica (alteração na laringe que impede ou dificulta a fala) e várias patologias neuromusculares, além de áreas nas quais sua eficácia ainda está sendo testada.

Dra. Jean Carruthers, professora de Oftalmologia da Universidade de Vancouver, Canadá, participou de estudos clínicos de estrabismo, liderados por Alan B. Scott, em 1982, e observou que os pacientes que recebiam a toxina botulínica, para correção do blefaroespasma, apresentavam redução das linhas da região da glabella, resultado que se mantinha por alguns meses. A dose letal de toxina botulínica, em humanos com 70 kg, seria de aproximadamente 2500 U.

A dose usual usada em procedimentos cosmiátricos não deve ultrapassar 3% da dose letal em humanos. Existem, no mercado brasileiro, diferentes preparações de toxina botulínica tipo A, não sendo possível a comparação direta das unidades, ou seja, o médico tem que estar devidamente treinado para fazer a diluição do frasco do medicamento e aplicá-lo na dose correta, afinal, em cada ponto de injeção, se utiliza um volume de até 0,05 ml, menos que uma gota. Além disso, a indicação do tratamento se baseia em diagnóstico médico, e sua aplicação com agulhas transfixa a barreira da pele até o músculo a ser tratado.

1.1.1.1 **COMPLICAÇÕES:**

- Doenças neurológicas na placa mioneural (Miastenia gravis ou síndrome de Eaton-Lambert) são contraindicações absolutas, podendo causar agravamento do quadro neurológico, que se caracteriza por fadiga, fraqueza muscular, falta de ar, pálpebras caídas (ptose palpebral) e visão dupla (diplopia). Essas doenças têm início lento e, muitas vezes, o diagnóstico não é realizado no início. Por isso, o médico deve estar atento para qualquer sinal clínico, no exame físico, que indique a possibilidade dessas doenças, de modo a suspender a aplicação imediatamente.
- Reações de hipersensibilidade, como alergia, urticária e angioedema, que podem causar obstrução das vias aéreas superiores por edema de glote, quadro clínico que requer tratamento médico emergencial com drogas vasoativas e traqueostomia.
- Náuseas, fadiga, sintomas de gripe, cefaléia e rash cutâneo. Em geral, os efeitos adversos mais comuns são secundários à injeção de toxina botulínica, como equimose, eritema, dor e edema.
- Paralisias indesejadas. As maiores complicações ocorrem quando a toxina atinge músculos adjacentes que não são alvos do tratamento, por difusão ou migração, por causa da aplicação em locais inadequados, erro de técnica, como queda da pálpebra superior e/ou das sobrancelhas, visão dupla, assimetria do sorriso e boca

seca. Outras ocorrências referidas são edema e aparência de inchaço nas pálpebras inferiores.

- A assimetria do sorriso pode ocorrer após o tratamento do sorriso gengival e das rugas labiais.
- Casos mais graves, por erro de técnica, foram descritos após o tratamento do pescoço, evoluindo com disfagia importante e fraqueza da musculatura do pescoço.

Assim, a aplicação da toxina botulínica, apesar de ser hoje uma técnica muito divulgada, é um tratamento médico que deve ser feito de forma criteriosa, tanto na seleção do paciente, como na aplicação correta, para se atingir bons resultados e evitar complicações graves. O médico deve ter conhecimento abrangente da anatomia, incluindo não somente os músculos a serem tratados, mas também a inervação e a circulação. Precisa, ainda, ser capaz de identificar possíveis patologias subclínicas que possam ser contraindicações formais ao tratamento. No Brasil, o uso da toxina com finalidades terapêuticas é permitido pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desde 1992. A toxina (Botox®) é considerada medicamento, e o médico é o profissional legalmente habilitado para diagnóstico e tratamento das questões referentes à saúde global, oftalmológica, neuromuscular e cutânea.

1.2 PREENCHEDORES e PRODUTOS INJETÁVEIS DE USO NA COSMIATRIA e HAR- MONIZACAO FACIAL (ÁCIDO HIALURONICO, PMMA E BIOESTIMULADORES)

São produtos descritos como dispositivos médicos, classificados como de Máximo Risco (Classe IV-ANVISA).

1.2.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?

Nas últimas décadas, os procedimentos estéticos relacionados à Dermatologia têm aumentado exponencialmente graças ao desenvolvimento de diferentes técnicas e produtos, tanto da face quanto do corpo.

Entre eles, técnicas de preenchimento com produtos injetáveis são frequentemente aplicadas no tratamento de rugas e vincos estáticos, correção de cicatrizes de acne e mesmo pequenos defeitos corporais, sendo, portanto, utilizados mais especificamente por dermatologistas e cirurgiões plásticos.

Embora as substâncias de preenchimento autorizadas sejam seguras clinicamente, elas podem levar a eventos clínicos indesejáveis e a diversas respostas dadas pelo mecanismo de defesa dos diferentes pacientes.

São injetáveis, portanto, aplicadas mediante perfuração da pele com agulhas ou cânulas e depositados na derme, hipoderme, muscular e até justa óssea, de acordo com a

indicação e a técnica utilizada. Ressaltando que vários deles trazem drogas anestésicas em sua composição, o que aumenta a chance de intercorrências.

Os eventos adversos podem ter efeitos menos graves – indisposições, náusea, torpor, reação alérgica, dor e sangramento no local de aplicação das agulhas – ou mais sérios, às vezes até fatais, relacionados ao conhecimento deficiente de anatomia humana, à falta de treinamento técnico, a procedimentos anti-higiênicos e ao uso de agulhas não estéreis e descartáveis.

Entre os efeitos mais graves relatam-se: lesões vasculares e de nervos, pneumotórax (entrada de ar na membrana que reveste o pulmão, decorrente, nesse caso, de perfuração do órgão por agulhas), endocardite (infecção da membrana interna do coração), septicemia (processo infeccioso generalizado em que os germes se reproduzem no sangue), hepatite B e C, infecção por HIV-aids, osteomielite (processo infeccioso nos ossos), miosite (processo infeccioso na musculatura), peritonite (infecção que reveste a cavidade abdominal, onde estão órgãos como intestinos, fígado, baço e pâncreas), lesão medular, condrite auricular (processo infeccioso da cartilagem da orelha) e trombose venosa profunda (formação de coágulos que obstruem grandes vasos).

Para evitar e tratar essas complicações com preenchedores cutâneos, o conhecimento de suas composições, reações fisiológicas teciduais, tempo de reabsorção e persistência são indispensáveis, bem como suas contraindicações e domínio da anatomia do local aplicado, associados à capacitação técnica para o pronto diagnóstico de complicações e resolução de intercorrências e evento adversos.

1.2.1.1 **COMPLICAÇÕES**

Dentre as complicações decorrentes de má técnica, estão:

- Assimetria facial pós procedimento.
- Visibilidade do implante após aplicação.
- Cegueira após aplicação do implante (por aplicação na região da glabella, nariz e periocular, sem domínio técnico e anatômico da região).
- Formação de nódulos no local tratado (aplicação superficial e irregular do produto).
- Nódulos nos lábios após aplicação (mais comum após preenchedores semipermanentes, que são contraindicados nessas áreas).
- Vermelhidão permanente, após aplicação (causada por aplicação superficial do produto).
- Necrose da pele, com sequelas permanentes após aplicação (por injeção intravascular do produto).

Complicações anestésicas:

As complicações relacionadas ao implante podem ser resumidas em:

- Aparecimento de lesões de acne após a aplicação (por aplicação superficial do produto).
- Choque anafilático após aplicações (raro, porém descrito na literatura científica).
- Alergia a colágeno bovino (3% dos pacientes tratados) e a ácido hialurônico (0,1% dos pacientes tratados), com aparecimento de edema e vermelhidão facial, que dura, em média, de 3 a 7 dias.
- Capilares sanguíneos dilatados no local tratado (sinal de hiperatividade no sítio de implantação do produto).
- Reativação de lesões de herpes simples, após aplicação do implante. Sendo necessário diagnóstico e profilaxia com medicamentos.
- Complicações por drogas anestésicas em sua composição ou externa.

Finalmente, existem as complicações de aparecimento tardio, relacionadas à interação do implante com a pele do paciente:

- Cicatrizes hipertróficas e quelóides no local tratado.
- Formação de granulomas (0,01 a 1%) em todos os locais injetados, após 6 a 24 meses.
- Reações inflamatórias tardias (vermelhidão, inchaço e parestesia), anos após a aplicação, em locais diferentes.
- Lipoatrofia (reabsorção do tecido gorduroso), no local tratado entre 9 e 12 meses. 5. Visibilidade do implante (após injeção de preenchedor permanente, por mobilização tardia do implante).
- Atrofia após aplicação de esteróides, para o tratamento de granulomas decorrentes de preenchedores (5-30%).
- Atualmente, verificam-se muitos eventos adversos com diagnóstico de granulomas ou reações alérgicas ao implante, porém com culturas de bactérias negativas, são consideradas biofilmes. Biofilmes são agregações complexas de vários micro-organismos, com alta capacidade de mutação, o que confere consequentemente alta resistência ao tratamento com antibióticos. Muitos pesquisadores acreditam que esses biofilmes

envolvem praticamente todos os implantes (incluindo próteses mamárias e implantes cutâneos), mantendo-se em estado latente até sua ativação por trauma, infecções, manipulação ou aplicação de novo implante na proximidade. Como existem vários agentes envolvidos (vírus ou bactérias em constante modificação), o diagnóstico é difícil, assim como o tratamento, evoluindo muitas vezes para a remoção cirúrgica e inestética do implante. A prevenção e o tratamento de todas essas complicações requerem conhecimento profundo de anatomia, fisiologia e Histopatologia da pele, assim como técnica cirúrgica. Todas essas áreas do conhecimento são inerentes à formação dermatológica e específica da prática médica.

Ressalte-se que os preenchedores são considerados dispositivos médicos e classificados como produtos de máximo risco pela ANVISA (consultas.anvisa.gov.br), como observado nos prints e link abaixo: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/setorregulado/regularizacao/produtos-para-saude/conceitos-e-definicoes/classificacao-de-materiais>.

1.3 FIOS DE SUSTENTAÇÃO e PDO

Fios de Sustentação e PDO. Estão descritos como dispositivos médicos. Classe IV: Grau Máximo de Risco (RDC ANVISA 751/2022)

1.3.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?

Indicados para uso na perda de elasticidade da pele e de volume facial. Dentre as alternativas de rejuvenescimento à cirurgia plástica tradicional, encontra-se o implante de fios de sustentação, que ganha espaço por envolver técnica mais conservadora e com rápida recuperação. A evolução das técnicas de levantamento por fios e sua aplicação no campo do procedimento estético, envolve a passagem de suturas sob a pele da face, pescoço e corporal para compensar a queda e flacidez dos tecidos, evitando grandes incisões.

Eles podem ser feitos de vários materiais, como ácido polilático, polipropileno ou de polidioxanona (PDO), um dos mais utilizados no mundo, sendo um polímero monofilamentar sintético, não alergênico, não piogênico e absorvível. Os fios são indicados para rejuvenescimento, lifting facial, atenuação do sulco nasogeniano e reposicionamento dos tecidos postados. Os fios lisos podem ser usados intradérmicos para estimulação do colágeno e para preenchimento de rugas e sulcos profundos.

Os fios com garras (COG), induzem uma reação inflamatória e granulomatosa local, com o objetivo de sustentação da pele e melhora no aspecto. A aplicação dos fios de sustentação é dolorosa sendo necessário uso anestesia local tópica e injetável, são utilizadas agulhas ou microcânulas com a finalidade de introduzir os fios embaixo da pele, ou no subcutâneo.

O procedimento seguro deve ser realizado em locais com estrutura que tenha suporte à vida. Nos pós procedimento, quando utilizados os fios de tração, são colocados curativos por 48 horas. Os fios não são recomendados para pacientes que possuem sensibilidade ou alergia ao produto, doenças de pele, doenças autoimunes, gestantes e lactantes.

Na manipulação do fio de sutura e de qualquer outro material de sutura semelhante, deve-se tomar cuidado para evitar danos causados por manuseamento. O médico deve estar familiarizado com os procedimentos e técnicas, bem como a seleção adequada do paciente e colocação de fios recomendados.

1.3.1.1 COMPLICAÇÕES

São considerados procedimentos eficazes, mas passíveis de complicações que precisam ser reconhecidas. As mais comuns incluem: 1. Assimetria facial, equimose, eritema, hematomas por lesão vascular, edema e escurecimento da pele. 2. Migração, extrusão do fio e formação de cicatriz são descritas. Celulite, infecção, formação de abscesso e inflamação crônica. 3. Intercorrências mais graves como ruptura do ducto de Stensen e lesão do nervo facial. A profundidade adequada para inserção do fio acaba sendo de suma importância para evitar tais complicações, já que as taxas de cirurgia revisional podem ser altas. Torna-se fundamental o conhecimento dos eventos adversos aos fios e suas soluções, bem como a informação aos pacientes que o procedimento pode incorrer em várias complicações.

1.4 LASERS DE USO NA DERMATOLOGIA

Equipamentos médicos que usam tecnologia de lasers ablativos e não ablativos que possuem Classe III – Alto Risco, de enquadramento ANVISA.

1.4.1 POR QUE SÃO PROCEDIMENTOS INVASIVOS?

São tecnologias que produzem radiação eletromagnética utilizadas com diversas finalidades. Esta forma de energia atinge o “alvo”, na pele promovendo sua modificação física, química ou biológica. Atualmente, o uso dos lasers e outras tecnologias relacionadas é fundamental para muitos tratamentos dermatológicos. Há técnicas cientificamente comprovadas e aparelhos aprovados pela ANVISA para uso médico.

O diagnóstico da condição clínica, o fototipo, e a seleção do paciente adequado é a principal etapa do tratamento. Por ser procedimento que causa dano térmico, com riscos de efeitos adversos e complicações, a avaliação deve ser realizada e acompanhada por profissional médico qualificado.

Os lasers ablativos e mesmo não ablativos nunca devem ser utilizados na pele sobre lesões malignas (cânceres de pele) e nem para tratá-las, sendo esta uma contraindicação

absoluta. Isso pode ocorrer por erro no diagnóstico da lesão, ou seja, por imperícia, uma lesão maligna é confundida e tratada como benigna.

Nesse caso, os principais diagnósticos diferenciais são o melanoma do tipo lentigo maligno, que pode assemelhar-se a uma melanose solar, o carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular, todos tumores malignos da pele. Portanto, é fundamental o diagnóstico médico dessas condições, para indicação do tratamento cirúrgico oncológico adequado, principalmente o melanoma maligno, de elevada morbi mortalidade quando sofre a agressão pelo laser, pois quando agredidos, podem recidivar e/ou metastatizar, e o paciente perde a chance de melhor prognóstico e cura.

1.4.1.1 **COMPLICAÇÕES**

- 1. Queimadura de primeiro, segundo e terceiro grau, levando a eritema e edema, formação de bolhas e destruição tecidual importante, e cicatrizes permanentes. O uso de energia elevada, de múltiplas passadas, em áreas de cicatrização ruim ou, ainda, em pacientes com distúrbios de cicatrização, pode levar à formação de cicatrizes inestéticas e quelóides.
- As queimaduras ocasionam dor e sensação de queimação intensa, necessitando de analgesia potente e acompanhamento médico no pós-operatório. Nos dias subsequentes, a pele do paciente pode apresentar queimadura com o formato retangular ou quadrado, por causa da ponteira utilizada no tratamento. Nessa fase, é essencial o acompanhamento médico, para que o paciente não se angustie e utilize produtos inadequados, que podem piorar o quadro. A segunda fase consiste em identificar se haverá manchas mais escuras (hiperpigmentação) ou mais claras (hipopigmentação), e promover o tratamento adequado. Do tratamento inadequado das queimaduras, podem resultar cicatrizes permanentes e com potencial de cancerização. Todo esse cuidado e assistência são necessários para se evitar manchas ou cicatrizes definitivas na pele do paciente.
- Queimaduras por aquecimento de próteses ou implantes metálicos (facial e corporal).
- Quadros de alergia e sensibilizações a produtos tópicos no pós-tratamento (dermatite de contato).
- Rush cutâneo desencadeado pela luz do laser, na vigência de drogas fotossensibilizantes.
- Desenvolvimento ou piora de doenças dermatológicas pré-existentes no local, e não diagnosticadas, como infecções de pele no momento do tratamento (infecções bacterianas, fúngicas, virais etc.), inflamações locais (como sarcoidose, granulomas, dermatites descamativas etc.), lesões suspeitas de malignidade na pele (a luz

do laser pode interferir no comportamento dessas células) e doenças de pele em atividade ou em remissão (lúpus eritematosos, vitiligo, psoríase, dermatomiosite). Infecção bacteriana ou por fungos pode ocorrer por higiene inadequada do profissional aplicador, de seu aparelho ou, ainda, do paciente.

- Discromias (alterações na coloração da pele): hiperpigmentação (manchas escuras) ou hipocromia (manchas brancas), que podem ser permanentes.
- Infecção pelo vírus do herpes em atividade: o herpes é uma infecção viral muito comum na população. Uma vez infectado, o indivíduo mantém o vírus em seu organismo e, em situações de estresse, queda da imunidade ou trauma na pele, a infecção é reativada. A lesão típica é formada por pequenas vesículas com líquido transparente sobre uma área avermelhada da pele. Infelizmente nem sempre as lesões se apresentam de forma típica e o diagnóstico se torna difícil para profissionais não capacitados. No caso da aplicação do laser sobre lesões de herpes, a infecção pode disseminar-se pela região afetada, evoluindo com processo inflamatório, podendo resultar em cicatrizes no local. Se não houver tratamento adequado, as lesões levam a distúrbios cicatríciais como manchas e cicatrizes inestéticas. O herpes induzido por laser não se apresenta da forma típica, e sim com lesões extensas, muitas vezes confundidas por profissional não capacitado com processo alérgico. Nesse caso, as lesões comumente são tratadas com corticosteróides, o que piora ainda mais a extensão da infecção.
- Ativação da acne, por uso inadequado de cremes gordurosos, principalmente se utilizados sob oclusão.
- Ectrópio palpebral (o termo ectrópio palpebral se refere à alterações palpebrais que determinam o afastamento da margem palpebral de sua posição anatômica, em contato com a conjuntiva bulbar, tornando-a evertida) ou retração da pálpebra inferior, O encolhimento excessivo da pálpebra inferior, por uso de altas energias ou várias passadas, ocasiona a abertura permanente desta, expondo o globo ocular e reduzindo sua lubrificação. Com o ressecamento, podem ocorrer lesões graves no globo ocular, como úlceras de difícil tratamento. Essa complicação é comum em pacientes que se submeteram previamente à blefaroplastia, cirurgia plástica de redução de bolsas e da pele da pálpebra.
- Queratoacantoma eruptivo: queratoacantomas são tumores de pele de baixo grau de malignidade, que surgem normalmente em áreas da pele submetidas a um traumatismo. Queratoacantomas eruptivos são esses tumores em grande quantidade. O surgimento dessas lesões é uma complicação rara, porém já relatada na literatura. Sua ocorrência se deve à aplicação do laser inadvertidamente sobre lesões de

ceratose actínica, consideradas pré-malignas, que em boa parte dos casos evolui para carcinoma de pele ao longo dos anos.

- Toxicidade por anestésicos: o uso de anestésico tópico em concentrações altas ou áreas extensas pode levar à toxicidade por anestésicos. No caso do LFA, a dor intensa exige analgesia potente, o que não seria seguro nas mãos de profissionais não capacitados. A aplicação do laser sobre a área em que o anestésico tópico não foi removido pode causar a penetração excessiva do produto pelos canais formados pela luz, aumentando ainda mais os riscos. Portanto, não é seguro permitir o uso dessas substâncias por profissionais não capacitados.
- Púrpuras extensas em pacientes com distúrbios da coagulação e uso de anticoagulantes.
- Dermatite de contato, por uso de substâncias tóxicas, após a aplicação do laser.
- Hipotensão arterial. 16. Dor e eritema prolongados.
- Complicações psíquicas em pacientes com distúrbios emocionais, em virtude do longo período de recuperação e das possíveis complicações médicas.
- Formação de milia e acne.

1.5 RADIOFREQUÊNCIA ABLATIVA

1.5.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?

Equipamentos médicos que usam tecnologia de Radiofrequência Ablativa possuem Classe III – Alto Risco, de enquadramento ANVISA. A ação dessa forma de radiofrequência causa lesão por aquecimento das estruturas, coagulação, necrose e o processo cicatricial decorrente pode levar a alterações mais ou menos intensas na epiderme, derme e subcutâneo, dependendo dos parâmetros utilizados pelo profissional para tratamentos dermatológicos. Também ocorre desnaturação imediata das fibras de colágeno, induzida pelo calor, retração imediata do tecido, enquanto a neocolagênese subsequente ocorre pelo efeito clínico mais tardio. A técnica de realização dos procedimentos varia segundo cada equipamento e área a ser tratada. Os níveis de energia devem ser ajustados em função da sensibilidade dos pacientes e da reação imediata da pele.

1.5.1.1 COMPLICAÇÕES

- Queimaduras com formação de eritema, bolhas e necrose tecidual superficial e profunda.

- Alterações do ritmo cardíaco em pacientes hígidos e em pacientes portadores de marcapasso e desfibriladores, que podem evoluir para arritmias e paradas cardíacas.
- Queimaduras por aquecimento de próteses ou implantes metálicos (facial e corporal).
- Em pacientes com preenchimentos cutâneos faciais anteriores, permanentes, pode haver deformação irreversível do implante, causando distorção dos tecidos da face.
- Desenvolvimento de urticária e choque anafilático em pacientes portadores de doenças desencadeadas pelo calor, ou por absorção sistêmica de drogas e/ou medicamentos aplicados sobre a pele lesada (anestésicos, anti-inflamatórios etc.).
- Cicatrizes inestéticas ou alterações na coloração da pele.

1.6 RADIOFREQUÊNCIA PARA AQUECIMENTO VOLUMÉTRICO (RF)

Equipamentos aprovados para uso dermatológico pela ANVISA com classificação de Risco Grau II.

1.6.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?

A RF é uma forma de corrente elétrica alternada, cuja frequência varia de 30 a 300 MHz. O mecanismo de ação da RF se baseia no aquecimento volumétrico controlado da derme profunda, enquanto a epiderme é preservada através de sistemas de resfriamento. A desnaturação imediata das fibras de colágeno, induzida pelo calor, é o possível mecanismo responsável pela retração imediata do tecido, enquanto a neocolagênese subsequente, pelo efeito clínico mais tardio.

A RF pode ser utilizada com modo de ação monopolar ou bipolar (esta pode ser combinada em diferentes polos) de forma isolada; associada à luz e ao vácuo; ou, ainda, criando-se um campo eletromagnético de ação profunda no tecido subcutâneo. Nesse sentido, é possível compreender que o calor gerado na superfície da pele é transmitido para as camadas mais profundas (derme e subcutâneo), alterando a estrutura dos tecidos e desencadeando o processo de reparação celular. Esse aquecimento requer monitoramento, para que a ação terapêutica ocorra, tendo a necessidade de ser preciso e controlado.

A técnica de realização varia segundo cada equipamento e área a ser tratada. Os níveis de energia devem ser ajustados em função da sensibilidade dos pacientes e da reação imediata da pele. Durante a sessão, a temperatura deve ser regularmente aferida por termômetro adequado, bem como pela verbalização do paciente.

1.6.1.1 COMPLICAÇÕES

- Queimaduras com formação de eritema, bolhas e necrose tecidual com sequelas permanentes
- Alterações do ritmo cardíaco em pacientes hígidos e em pacientes portadores de marcapasso e desfibriladores, que podem evoluir com arritmias e paradas cardíacas.
- Queimaduras por aquecimento de próteses ou implantes metálicos (facial e corporal).
- Em pacientes com preenchimentos cutâneos faciais anteriores, permanentes, pode haver deformação irreversível do implante, causando distorção dos tecidos da face, ou do corpo (mais comumente preenchidos com PLLA ou PMMA).
- Desenvolvimento de urticária e choque anafilático em pacientes portadores de doenças desencadeadas pelo calor
- Hematomas.

1.7 ULTRASSOM MACRO E MICRO FOCADO

Equipamentos médicos que usam tecnologia de Ultrassom Macro e Micro Focado possuem Classe II – Médio Risco, de enquadramento ANVISA.

1.7.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?

O ultrassom microfocado é tecnologia para o tratamento da flacidez cutânea, atuando no rejuvenescimento não invasivo e não cirúrgico, e promovendo um efeito de aumento de sustentação do tecido dérmico. Está disponível, desde 2009, nos Estados Unidos.

O mecanismo de ação se baseia no aquecimento focado da pele, onde as ondas de ultrassom produzem pontos focais microscópicos de desnaturação térmica (queimadura) de colágeno no sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS) e na derme profunda, induzindo contrações, neocolagênese e consequente aumento da firmeza desses tecidos.

Da mesma forma, nessa modalidade, a invasão da pele não é direta (perfurocor-tante), mas sim pelos efeitos desencadeados pela ação do ultrassom, podendo lesar vasos sanguíneos e/ou nervos. Há transdutores de 4, 7 e 10 MHz, que determinam a profundidade de aplicação em 1,5, 3, ou 4,5 mm, respectivamente, e geram imagens ultrassonográficas in vivo, que guiam o tratamento. Por isso, é muito importante realizar o procedimento com profissional bem treinado, que possui profundo conhecimento de anatomia, e com conhecimento para compreender as imagens ultrassonográficas produzidas pelo equipamento.

A eficácia e a segurança do tratamento dependem da correta visualização das imagens para aplicação da ponteira na região e profundidade adequadas. O procedimento

causa desconforto e dor, moderada ou intensa, dependendo da sensibilidade do paciente e da energia utilizada. Por esse motivo, é necessária a aplicação de anestésicos tópicos e o uso de analgésicos via oral. Em alguns casos, para maior conforto do paciente, o procedimento pode ser realizado sob sedação. São efeitos colaterais possíveis logo após o procedimento: edema, eritema, dor local e urticárias lineares.

Em virtude da profundidade atingida, pode causar lesão de nervo, seja temporária ou irreversível. Parestesia na região mandibular e alteração motora do nervo marginal da mandíbula (ramo do nervo facial) já foram relatadas.

1.7.1.1 **COMPLICAÇÕES**

- Dor ou aumento da sensibilidade local, após o procedimento, com duração de dias ou de poucas semanas.
- Edema (inchaço), eritema (vermelhidão da pele) ou hematomas na área tratada, que pode requerer de uma a duas semanas, aproximadamente, para recuperação. Logo após a sessão, pode ocorrer a sensação de pele rígida e/ou dolorida (parestesia) por alguns dias.
- Queimaduras, bolhas que podem evoluir para feridas, formação de crostas, manchas e/ou cicatrizes. Ocorrem por erro na técnica de aplicação.
- Lesão de nervos, podendo gerar parestesias, assimetria labial e alteração da movimentação bucal. Essa complicação pode ocorrer se o procedimento for realizado em regiões inadequadas (fora da área de segurança preconizada) ou por variações anatômicas de cada paciente.
- Desencadeamento de infecções latentes do herpes-vírus simples
- Lipodistrofia da região malar.
- Lesão ocular gerando glaucoma ou cegueira.

1.8 **CRIOLIPÓLISE**

Equipamentos de Criolipólise utilizam Sistema de Aquecimento e Resfriamento. Registro ANVISA com Classe de Risco II- Médio Risco.

1.8.1 **POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?**

A criolipólise consiste no uso de exposição ao frio para a destruição seletiva de tecido gorduroso. Embora o mecanismo de ação ainda não tenha sido totalmente elucidado, evidências sugerem que ocorra uma reação inflamatória do tecido adiposo em resposta à

exposição ao frio. O mecanismo para esse fenômeno é a morte celular por apoptose das células adiposas expostas a baixas temperaturas – acima da temperatura de congelamento, mas abaixo da temperatura fisiológica do corpo humano –, por determinado tempo.

Embora na criolipólise não haja a penetração de material perfurocortante (agulhas e bisturis), a finalidade é causar apoptose, morte celular e necrose de células adiposas localizadas profundamente na estrutura da pele, com potencial desencadeamento de alterações sistêmicas.

Os resultados sugerem que as células adiposas são mais suscetíveis ao frio que outros tecidos; daí, a possibilidade de causar sua necrose, sem lesar outras estruturas. Dois dias após o tratamento, começa a se observar um infiltrado inflamatório misto ao redor dos adipócitos, que em uma semana evolui para inflamação de toda a região – paniculite lobular. O pico da resposta inflamatória ocorre de 2 a 4 semanas após o tratamento, sendo observada inflamação residual por até 3 meses.

1.8.2 **COMPLICAÇÕES**

Endurecimento e eritema localizado, que pode se estender por horas após o tratamento. Além disso, por conta de o aparelho usar sucção no acoplamento da ponteira, também podem ser observadas equimoses, em particular com pacientes em uso de aspirina ou anticoagulantes. Finalmente, não é rara a diminuição da sensibilidade local (sensação de anestesia), que usualmente se resolve em uma semana.

- Em cerca de 0,05% dos casos, há o relato de dor severa na primeira semana após tratamento, provavelmente por causa de uma paniculite mais intensa (necrose e reação inflamatória causadas pelo resfriamento) ou inflamação neural (desencadeando alterações de sensibilidade). A ocorrência é mais comum quando são tratadas áreas extensas com as maiores ponteiros.
- Existem relatos de aumento, em vez de diminuição, da gordura no local tratado (efeito paradoxal). O fenômeno ainda não foi esclarecido, e provocou o alerta de tecno vigilância da Anvisa N 3870.
- Contraindicações ao procedimento incluem: sobrepeso moderado a grave obesidade, cirurgias recentes, hérnia no local a ser tratado, implantes metálicos, doenças cardíacas, gestantes, alta sensibilidade ao frio, crioglobulinemia (doença relacionada ao frio).

1.9 MICROAGULHAMENTO

1.9.1 POR QUE É UM PROCEDIMENTO INVASIVO?

Os dispositivos cilíndricos rolantes com micro agulhas acopladas (“rollers”) realiza micro punturas na epiderme e na derme, promovendo perfurações de profundidades distintas, com o objetivo de ruptura da barreira cutânea e desencadeamento de reação inflamatória e reparação celular.

Essa ação desencadeia a formação de processo inflamatório com consequente reparação do tecido e causa invasão da epiderme e derme, com aprofundamento dérmico, reação inflamatória e/ou necrose.

A partir dessa invasão da epiderme/derme, é possível aplicar substâncias que interagem profundamente na epiderme/derme, modificando sua estrutura e aparência, bem como essas substâncias podem ser absorvidas pelo organismo (sistemicamente). Em tese, a absorção sistêmica de anestésicos por essa via pode causar intoxicação anestésica, anafilaxia, arritmias e parada cardíaca. A técnica de realização dos procedimentos varia segundo cada dispositivo e área a ser tratada, e devem ser ajustados em função da sensibilidade dos pacientes e da reação imediata da pele.

1.9.1.1 COMPLICAÇÕES

- Sangramentos, eritema e edema persistentes.
- Cicatrizes inestéticas ou alterações na coloração da pele.
- Hematomas.
- Lacerações cutâneas.
- Reativação de infecções herpéticas.
- Infecções bacterianas.
- Em pacientes com preenchimentos cutâneos faciais anteriores, permanentes, pode haver interferência das micro punturas em resíduos dos materiais dos preenchimentos, desencadeando ou reativando processos inflamatórios.
- Desenvolvimento de urticária em pacientes sensíveis ou por absorção sistêmica de drogas e/ou medicamentos aplicados sobre a pele lesada (anestésicos anti-inflamatórios etc.), também podendo causar anafilaxia.
- Definição e natureza do procedimento

- Importante destacar que, devido à profundidade de penetração das microagulhas e à intensidade da energia térmica entregue (quando associada a radiofrequência), o procedimento com causa dor significativa e só pode ser tolerado com o uso de anestésicos tópicos e/ou injetáveis. A anestesia tópica com lidocaína, frequentemente associada à prilocaína, ou a realização de bloqueios anestésicos infiltrativos com lidocaína injetável, são práticas rotineiras e indispensáveis à condução segura da sessão.

O uso de lidocaína injetável, é ato privativo do médico, conforme normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da legislação profissional. A administração da substância deve respeitar limites de dosagem, contraindicações clínicas, histórico alérgico e risco de toxicidade sistêmica. É sabido que a lidocaína, quando mal administrada, pode desencadear reações adversas graves, como choque anafilático, arritmias cardíacas, convulsões, depressão respiratória e até óbito. Portanto, seu manuseio requer formação médica específica e capacidade de intervenção imediata em situações de urgência.

1.9.1.1.1 **CONCLUSÃO**

Pelas considerações acima expostas se pode concluir, que nenhum dos vários procedimentos estéticos citados com invasão da epiderme, derme e/ou subcutâneo, é isento de risco, complicação, dano ou agravo. O diagnóstico com a indicação correta, a técnica, o manejo adequado dos produtos e equipamentos, e o conhecimento dos eventos adversos e seu tratamento específico, é fundamental para agregar benefícios e reduzir riscos nos tratamentos dermatológicos estéticos.

A regulamentação da profissão médica é essencial para proteger a sociedade, evitando que indivíduos sem preparo técnico adequado pratiquem atos danosos à saúde das pessoas. Ao mesmo tempo, as outras profissões da área da saúde precisam também de regulamentação legal, deixando claro os limites de direitos, atribuições, deveres e respeitando as limitações profissionais de cada área de atuação.

1.10 **ENDOLASER**

Inicialmente cumpre esclarecer que o procedimento Endolaser ou Endolift se constitui em uma intervenção cirúrgica, sendo sua realização um ato privativo da Medicina. Assim define a Lei 12.842/2013 (Lei do ato médico) Artigo 4º “São atividades privativas do médico: II - Indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios.”

O Endolaser também denominado Endolift, é um tratamento realizado através de aparelhos de lasers de diodo, com comprimento de onda de 980nm ou 1470nm. O comprimento de onda com 980nm tem seletividade direta pela hemoglobina que é o cromóforo

alvo e por isso é indicado para o tratamento de telangiectasias, vasinhos menores, veias e até a veia safena.

O feixe de laser passa por uma fibra ótica inserida no subcutâneo que emite uma luz (energia luminosa) que se transforma em calor (energia térmica). O calor provoca bolhas de vapor que atingem as paredes dos vasos no local do tratamento, resultando na inflamação e posterior fechamento deles, em especial nos tratamentos da cirurgia vascular. Com 1470nm, a seletividade se dá pela água presente nas paredes dos vasos e, com ação direta sobre estes, propicia a ablação gradual e contínua do tecido-alvo, ocasionando então a inflamação, bloqueio sanguíneo e colapamento dos vasos nas áreas tratadas.

O Endolaser promove também a formação de colágeno (neocolagênese) quando atinge a água contida nas fibras colágenas, melhorando a flacidez da pele. Neste caso é denominado por alguns como Endolift, para tratamento da flacidez da face, na blefaroplastia não cirúrgica, na flacidez de abdômen e glúteos. Como há neocolagênese o Endolaser tem sido indicado também para o tratamento da lipodistrofia ginóide (“celulite”) da região glútea e coxas. Na cirurgia plástica, tem sido utilizado também para correção de cicatrizes, pela remodelação do colágeno.

O procedimento Endolaser é uma intervenção cirúrgica, ato privativo do médico. Por ser procedimento invasivo, com riscos de efeitos adversos e complicações, o tratamento deve ser indicado e realizado por médicos treinados para tal finalidade. Os dermatologistas, angiologistas, cirurgiões plásticos, cirurgiões vasculares e oftalmologistas são os especialistas mais habilitados para a realização deste tratamento, conforme suas variadas indicações de acordo com a especialidade médica.

A Resolução CFM 1490/1998 preconiza que: Art. 1º- A composição da equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular e deve ser composta exclusivamente por profissionais de saúde devidamente qualificados. Art. 2º- É imprescindível que o cirurgião titular disponha de recursos humanos e técnicos mínimos satisfatórios para a segurança e eficácia do ato. O uso do Endolaser requer conhecimento criterioso da anatomia humana na área proposta para tal tratamento pois hemorragias graves, podem acontecer.

São procedimentos que podem evoluir com complicações tais como: infecções, oclusão vascular com necrose, queimaduras, formação de cicatrizes, atrofia, alterações de pigmentação da pele, lesão de nervos com paralisias e alergias. Por ser invasivo é necessária a anestesia local, tumescente ou bloqueios, com riscos de arritmias e parada cardíaca (PCR). De acordo com a abordagem e indicação do médico pode ser utilizada a sedação e até anestesia geral.

É prudente ressaltar novamente que os procedimentos com Endolaser / Endolift são considerados intervenção cirúrgica, portanto devem ser realizados em estruturas adequadas à legislação sanitária vigente, em ambiente cirúrgico com estrutura física, equipamentos, materiais e medicamentos compatíveis com os procedimentos médicos propostos (cirúrgico e anestésico).

É responsabilidade do diretor técnico da instituição, nos termos da Resolução CFM nº 2.147/2016, assegurar as condições mínimas para a realização da anestesia com segurança. É obrigatória a elaboração de prontuário médico contendo registros essenciais relacionados ao procedimento cirúrgico e ao ato anestésico.

É obrigatória também uma estrutura adequada para atendimento de intercorrências, devendo o ambiente contar com pronta disponibilidade de equipamentos, medicamentos e materiais para a reanimação e estabilização dos pacientes, além de treinamento e capacitação da equipe para as medidas de suporte de vida.

1.11 ELETROCAUTERIZAÇÃO

A eletrocauterização é uma técnica médico cirúrgica de alta precisão amplamente usada em cirurgias dermatológicas para remover diversas lesões cutâneas. Entre as condições tratadas estão verrugas, siringomas, nevo rubi, ceratoses seborreicas e actínicas, hiperplasias sebáceas, alguns tipos de câncer de pele e cistos.

Este procedimento utiliza corrente elétrica de alta frequência para cauterizar (queimar) as células da lesão, promovendo sua remoção eficaz e controlando o sangramento. O procedimento utiliza um dispositivo chamado eletrocautério, que possui uma agulha ou haste de metal aquecida pela corrente elétrica de alta frequência.

O médico aplica calor diretamente na lesão, resultando na cauterização das células indesejadas. Este calor intenso remove a lesão e ajuda a controlar o sangramento.

Passo a Passo do Procedimento:

Consulta Inicial: O dermatologista avalia a lesão e faz o diagnóstico diferencial para saber se a eletrocauterização é a melhor opção de tratamento, excluindo as contraindicações ao procedimento.

Anestesia Local: O médico aplica anestesia local para minimizar o desconforto durante o procedimento e utiliza o eletrocautério para cauterizar a lesão. Após a cauterização, o paciente recebe orientações sobre cuidados pós-operatórios para evitar infecções e promover a cicatrização.

Segurança e Eficácia

A eletrocauterização é um método seguro e eficaz para a remoção de lesões cutâneas benignas. No entanto, como qualquer procedimento cirúrgico, que causa morte celular com necrose, existem riscos potenciais. Lesões malignas, necessitam de diagnóstico e de tratamentos mais complexos, como cirurgia excisional.

1.12 OTOMODELAÇÃO

Otomodelação (Otoplastia ou correção estética das orelhas proeminentes).

Definição e natureza do procedimento

A otomodelação, também denominada otoplastia, é um procedimento médico-cirúrgico destinado à correção estética e/ou funcional das orelhas, especialmente nos casos de orelha em abano (proeminente), assimetrias ou deformidades congênicas/adquiridas.

O objetivo é reconstruir, reposicionar ou remodelar as estruturas cartilaginosas auriculares para harmonizar a anatomia facial e restaurar proporções estéticas naturais. Pode ser realizada sob anestesia local ou geral, dependendo da idade, da técnica e da extensão do procedimento.

Fundamentação técnica e científica

A otomodelação exige domínio aprofundado de:

- Anatomia da orelha externa, suas cartilagens e inserções musculares;
- Técnicas cirúrgicas de incisão retroauricular, ressecção, sutura e modelagem cartilaginosa;
- Conceitos de assepsia, anestesia, hemostasia e cicatrização;
- Avaliação pré-operatória e manejo pós-operatório, incluindo controle de dor, infecção e hematoma.

Esses requisitos demandam formação médica e capacitação em cirurgia plástica ou dermatologia cirúrgica, uma vez que envolvem intervenção direta em tecidos vivos, com ruptura de barreira cutânea e manipulação de estruturas anatômicas profundas.

Caracterização como ato médico e invasivo

Conforme a Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico):

- São atos privativos do médico a “indicação e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos” (art. 4º, inciso III);
- “Procedimento invasivo” é aquele que rompe barreiras naturais do corpo humano, implicando risco potencial à integridade física e funcional do paciente.

A otoplastia se enquadra perfeitamente nesta definição, independente da técnica utilizada, pois envolve:

- Incisão cirúrgica da pele;
- Descolamento e modelagem da cartilagem auricular;
- Sutura e curativo compressivo, com risco de hematoma, infecção, necrose, cicatriz hipertrófica ou assimetria.

Portanto, mesmo quando realizada com finalidade estética, é um ato médico invasivo, exigindo diagnóstico, indicação, execução e acompanhamento por médico habilitado e ambiente com condições cirúrgicas adequadas.

Complicações e intercorrências possíveis

As principais complicações inerentes à otomodelação incluem:

- Hematoma auricular e necrose da pele ou cartilagem;
- Infecção local (condrite ou pericondrite);
- Cicatriz hipertrófica ou queloidiana;
- Assimetria residual ou recidiva da deformidade;
- Alterações de sensibilidade e dor persistente.

Essas intercorrências exigem conduta médica imediata, muitas vezes cirúrgica, o que reforça a natureza médico-cirúrgica e de risco controlado do procedimento.

1.12.0.1 **CONCLUSÃO**

A otomodelação (otoplastia) é um procedimento cirúrgico invasivo, privativo de médico, pois implica ato terapêutico e reconstrutivo sobre estruturas anatômicas profundas, com riscos inerentes que requerem formação médica, ambiente controlado e capacidade de intervenção em complicações.

Sua finalidade estética não descaracteriza sua natureza médica, sendo indispensável a supervisão, execução e responsabilidade técnica do médico cirurgião.

1.13 **ESCLEROTERAPIA**

Procedimento Estético Injetável para Microvasos – PEIM (Escleroterapia de Varizes e Microvarizes)

O PEIM (Procedimento Estético Injetável para Microvasos), também denominado escleroterapia, é um tratamento médico injetável destinado à eliminação de telangiectasias e microvarizes — vasos dilatados visíveis na superfície da pele, especialmente em membros inferiores.

O objetivo é melhorar o aspecto estético das pernas e, em alguns casos, atenuar sintomas funcionais leves como peso, dor e cansaço, quando associados a insuficiência venosa superficial.

O procedimento consiste na injeção direta de substâncias esclerosantes (como polidocanol, glicose hipertônica ou etanolamina) no interior do vaso, provocando lesão

controlada do endotélio vascular, seguida de fibrose e obliteração do vaso, com posterior reabsorção pelo organismo.

Fundamentação técnica e científica

A escleroterapia requer:

- Avaliação médica prévia, com exame clínico e, quando indicado, Doppler venoso, para descartar insuficiência venosa profunda ou contra-indicações;
- Conhecimento detalhado de anatomia e fisiologia vascular, farmacologia dos esclerosantes e técnica de injeção;
- Controle rigoroso da assepsia, da dose e da concentração do agente injetado, além da conduta adequada diante de intercorrências.

Esses elementos configuram ato privativo do médico, de acordo com a Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico), art. 4º, inciso III, que define como privativa do médico a indicação e execução de procedimentos invasivos, ainda que com finalidade estética.

A escleroterapia é um procedimento invasivo, pois:

- Envolve penetração da agulha através da pele, atingindo vasos sanguíneos;
- Provoca reação inflamatória e trombose química controlada, com alteração estrutural permanente do tecido vascular;
- Requer prescrição, cálculo de dose, manipulação de fármacos e monitoramento clínico, sendo o resultado dependente de resposta fisiológica individual.

Mesmo quando realizada com finalidade predominantemente estética, o PEIM é um ato médico injetável, terapêutico e de risco, cuja execução depende de diagnóstico, técnica e acompanhamento médico.

Complicações e intercorrências possíveis

Por tratar-se de um procedimento invasivo e farmacológico, o PEIM apresenta riscos que exigem capacitação médica para prevenção e manejo, tais como:

- Reações locais: dor, equimose, hiperpigmentação, necrose cutânea, bolhas ou úlceras;
- Reações sistêmicas: alergia ao agente esclerosante, lipotímia, infecção local, tromboflebite, embolia paradoxal (rara) e necrose tecidual extensa;
- Resultados estéticos insatisfatórios, como manchas, recanalização venosa ou assimetrias.

O manejo dessas complicações exige conduta médica imediata, conhecimento farmacológico e, em alguns casos, intervenção cirúrgica ou medicamentosa.

1.13.0.1 CONCLUSÃO

PEIM (escleroterapia de varizes e microvarizes) é um procedimento médico invasivo, mesmo quando realizado com propósito estético, pois implica:

- Ruptura da barreira cutânea, injeção de substâncias com efeito farmacológico e potencial de dano tecidual;
- Riscos e complicações que exigem formação médica e ambiente seguro;
- Indicação e execução privativas de médicos, conforme a Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2013) e princípios de segurança da Resolução CFM nº 2.416/2024.

Assim, a escleroterapia não pode ser realizada por profissionais não médicos, pois trata-se de ato médico terapêutico e invasivo, cuja segurança e eficácia dependem da competência técnica, diagnóstica e clínica do médico.

1.14 INTRADERMOTERAPIA (MESOTERAPIA, “APLICAÇÃO DE ENZIMAS “)

A intradermoterapia, também conhecida como mesoterapia, é uma técnica que envolve a administração de substâncias medicamentosas diretamente na derme ou hipoderme. Sua prática é comum na dermatologia, principalmente para o tratamento de alopecias, cicatrizes, lipodistrofias localizadas, melasma, entre outras condições.

No entanto, a natureza invasiva do procedimento, o uso de medicamentos injetáveis (muitos off-label) e a possibilidade de efeitos adversos sistêmicos e locais graves, requerem formação médica especializada, com conhecimento aprofundado de farmacologia, fisiopatologia e manejo de complicações.

Fundamentação Científica

Riscos e complicações associadas à mesoterapia/intradermoterapia

A mesoterapia consiste na aplicação intradérmica de substâncias medicamentosas (vasodilatadores, anti-inflamatórios, enzimas, hormônios, anestésicos, entre outros), frequentemente em combinação, o que exige conhecimento técnico sobre:

- Farmacocinética (absorção, distribuição, metabolismo e excreção) - A farmacocinética de medicamentos injetados na derme, como na intradermoterapia ou mesoterapia, difere significativamente das vias sistêmicas tradicionais, uma vez que o fármaco é depositado diretamente no compartimento dérmico, onde ocorre absorção lenta e prolongada para os vasos capilares locais, permitindo um efeito localizado e sustentado. (Referência: Rotunda AM, Kolodney MS. Mesotherapy and phosphatidylcholine injections: historical clarification and review. *Dermatol Surg.* 2006 Mar;32(3):465-80. doi:10.1111/j.1524-4725.2006.32091.x)

- A vascularização dérmica facilita a absorção gradual para o sistema circulatório, mas a biodisponibilidade pode variar conforme o volume injetado, a profundidade da aplicação, a lipossolubilidade do composto e o uso de veículos ou excipientes. (Referência: Hode L, Tschanz E, et al. Pharmacokinetics of intradermal drug administration. *Lasers Med Sci.* 2010;25(3):293–297).
- A distribuição tende a ser mais limitada ao tecido adjacente, reduzindo efeitos sistêmicos imediatos, mas o metabolismo local é pouco compreendido, com possível participação de enzimas dérmicas e da microcirculação para o clearance do fármaco. (Referência: Querleux B, et al. Skin pharmacokinetics and local delivery. In: *Dermatologic, Cosmeceutic, and Cosmetic Development.* CRC Press; 2008.).
- A excreção segue predominantemente via renal ou hepática, conforme a natureza da substância absorvida. Contudo, os riscos associados a essa via incluem reações inflamatórias locais, atrofia cutânea, necrose por isquemia (devido à compressão ou embolização vascular), reações granulomatosas e alopecia cicatricial, especialmente quando corticosteroides, vasoconstritores ou agentes desconhecidos são aplicados por profissionais não habilitados. (Referência: Wollina U. Mesotherapy – the French rejuvenation technique from the inside out: part 2 – safety and limitations. *J Cutan Aesthet Surg.* 2010;3(3):132–138. doi:10.4103/0974-2077.74490)
- Farmacodinâmica (mecanismo de ação e efeitos adversos) - A farmacodinâmica dos medicamentos injetados na derme depende do tipo de substância administrada, mas envolve, em geral, interações locais com receptores, enzimas ou estruturas celulares cutâneas, produzindo efeitos terapêuticos direcionados. (Referência: Rotunda AM, Kolodney MS. Mesotherapy and phosphatidylcholine injections: historical clarification and review. *Dermatol Surg.* 2006;32(3):465–80).
- Corticoides intralesionais, por exemplo, exercem ação anti-inflamatória pela inibição da fosfolipase A2 e redução da síntese de prostaglandinas e leucotrienos, mas podem levar à atrofia cutânea, telangiectasias e hipopigmentação devido à ação catabólica local. (Referência: Habif TP. *Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy.* 6th ed. Elsevier; 2016.).
- Vasoconstritores como epinefrina, quando adicionados a anestésicos ou outros fármacos, reduzem o fluxo sanguíneo local, prolongando a ação do composto, mas aumentam o risco de isquemia tecidual e necrose quando mal aplicados. (Referência: Wollina U. Mesotherapy – the French rejuvenation technique from the inside out: part 2 – safety and limitations. *J Cutan Aesthet Surg.* 2010;3(3):132–138.).
- Substâncias como minoxidil ou finasterida, usadas em terapias capilares, atuam modulando canais de potássio ou a atividade da 5 α -redutase, respectivamente, e

embora em baixas doses locais seu efeito sistêmico seja raro, há potencial para eventos adversos como hipertricose indesejada, hipotensão ou alterações hormonais. (Referência: Gupta AK, Charrette A. Topical minoxidil: systematic review and meta-analysis of its efficacy in androgenetic alopecia. *Skinmed*. 2015;13(3):185–189.).

- A ausência de controle rigoroso sobre dose, formulação e técnica pode exacerbar os riscos, incluindo reações imunológicas locais, formação de nódulos, granulomas ou reações de hipersensibilidade tardia, especialmente com o uso de compostos manipulados ou sem aprovação sanitária.
- Interações medicamentosas e reações adversas sistêmicas e locais - Interações medicamentosas em aplicações intradérmicas podem ocorrer quando substâncias com mecanismos semelhantes ou opostos são combinadas, como anestésicos e vasoconstritores, ou corticoides e imunomoduladores, resultando em efeitos potencializados ou anulados. A coadministração de fármacos que compartilham rotas metabólicas, como aquelas mediadas por enzimas hepáticas da família CYP450, pode alterar o perfil farmacológico esperado, mesmo com absorção dérmica limitada. (Referência: Nebert DW, Russell DW. Clinical importance of the cytochromes P450. *Lancet*. 2002;360(9340):1155–1162.).
- Além disso, compostos manipulados sem testes apropriados de compatibilidade físico-química podem gerar reações adversas locais, como nódulos, granulomas, necrose ou inflamação persistente. (Referência: Kang H, Kim J, Ahn Y, et al. Delayed granulomatous reaction to intradermal injection of a multivitamin solution used in mesotherapy. *Ann Dermatol*. 2018;30(3):362–364.).
- Já efeitos sistêmicos, como supressão adrenal com corticoides ou bradicardia com bloqueadores adrenérgicos, podem ocorrer especialmente em pacientes suscetíveis ou com comorbidades, mesmo em doses consideradas seguras. (Referência: Barbaud A, Collet E, Milpied B, et al. Contact and systemic allergies to corticosteroids. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2001;1(4):277–283.).
- Assim, o conhecimento técnico sobre farmacologia, rotas metabólicas e propriedades dos excipientes é essencial para garantir a segurança das formulações injetadas. (Referência: Zhong L, Liu Y, Xu L, et al. Advances in understanding the mechanisms of adverse cutaneous drug reactions. *Front Pharmacol*. 2020; 11:879. doi:10.3389/fphar.2020.00879.).

Diversos estudos demonstram que o uso de substâncias injetáveis na pele pode levar a complicações graves, mesmo quando aplicadas corretamente. Os principais riscos incluem:

- Atrofia cutânea: especialmente com corticosteroides, como a triancinolona, é uma complicação bem documentada em aplicações intralesionais, decorrente do efeito catabólico local da droga. (Referência: Klein PA, Clark RA. An evidence-based review of the efficacy of corticosteroids in dermatologic disorders. *Dermatol Clin.* 1999;17(3):569–585.)
- Isquemia e necrose cutânea: pode ocorrer devido à compressão vascular, injeção intra-arterial acidental ou uso de substâncias vasoconstritoras. (Referência: Urdiales-Gálvez F, et al. Treatment of soft tissue filler complications: expert consensus recommendations. *Aesthetic Plastic Surgery.* 2018;42(2):498–510.)
- Reações granulomatosas e hipersensibilidade tardia: ocorrem pela resposta inflamatória a certas substâncias, como fosfatidilcolina, ácido hialurônico ou medicamentos pouco purificados. (Referência: Signorini M, et al. Global Aesthetics Consensus: Avoidance and management of complications from hyaluronic acid fillers. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 2016;137(6):961e–971e.)
- Alopecias cicatriciais induzidas por inflamação ou necrose: observadas principalmente após injeções para tratamento de alopecia areata ou em mesoterapia cosmética no couro cabeludo. (Referência: Kumar S, et al. Intralesional corticosteroid-induced cutaneous and systemic adverse effects. *Indian Dermatol Online J.* 2020;11(6):918–923.)
- Infecções bacterianas, micobacterianas e fúngicas: associadas à violação da barreira cutânea e má assepsia. Há relatos de *Mycobacterium abscessus* e *chelonae* após mesoterapia. (Referência: Kim MJ, et al. Cutaneous infection caused by *Mycobacterium abscessus* after mesotherapy. *Ann Dermatol.* 2009;21(4):402–405.)

Injeções intradérmicas de vitaminas, amplamente utilizadas em protocolos de mesoterapia facial e corporal, são frequentemente percebidas como inofensivas por envolverem compostos “naturais” ou fisiológicos, como vitaminas do complexo B, vitamina C ou ácido hialurônico. No entanto, a segurança dessas aplicações depende não apenas do princípio ativo, mas também da via de administração, formulação farmacológica e local anatômico. Quando injetadas em regiões vascularmente vulneráveis, como a glabella, sulco nasolabial ou dorso nasal, mesmo soluções supostamente seguras podem desencadear necrose cutânea por vaso-oclusão, vasoespasmos ou injeção intravascular acidental.

A literatura descreve casos de necrose isquêmica após a injeção de coquetéis vitamínicos manipulados, sugerindo que partículas insolúveis, pH inadequado ou contaminantes podem lesar o endotélio e desencadear fenômenos embólicos ou trombóticos. A aplicação em áreas altamente vascularizadas ou com densa população folicular pode comprometer unidades pilossebáceas por efeito direto ou secundário à injúria microvascular. Assim, o uso de vitaminas por via injetável na derme não é isento de risco e deve

ser considerado um procedimento médico que exige conhecimento técnico específico e respaldo científico adequado. (Referência: Duque-Estrada B, Vincenzi C, Misciali C, Tosti A. Alopecia secondary to mesotherapy. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Oct;61(4):707–709. doi:10.1016/j.jaad.2008.11.896.)

O uso de fatores de crescimento por via intradérmica, como VEGF, bFGF e IGF-1, tem sido adotado em protocolos de mesoterapia capilar com a proposta de estimular a angiogênese e o crescimento folicular. No entanto, esses fatores possuem propriedades proliferativas e pró-angiogênicas que também estão envolvidas na progressão tumoral de diversos cânceres cutâneos, incluindo o melanoma. A via de sinalização do VEGF, em particular, desempenha papel importante na neovascularização tumoral e na invasividade de células melanocíticas malignas. Um caso clínico publicado por Arenbergerova et al. relatou o surgimento de um melanoma nodular no couro cabeludo de uma paciente após tratamento com mesoterapia contendo fatores de crescimento, levantando a hipótese de que a estimulação dérmica local pode ter contribuído para o desencadeamento ou aceleração de um processo neoplásico em nevo congênito pré-existente. Esse relato reforça a necessidade de extrema cautela no uso de substâncias bioativas em áreas com história ou presença de lesões melanocíticas, sobretudo quando aplicadas por vias injetáveis com potencial de ação direta em estruturas dérmicas profundas. (Referência: Arenbergerova M, Arenberger P, Gkalpakiotis S, Dahmen RA, Sticova E, Fialova A. Scalp melanoma after antihair loss mesotherapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(12):e187–e188. doi:10.1111/jdv.14690.)

Justificativa farmacológica: necessidade de formação médica

A intradermoterapia envolve a administração de medicamentos por via parenteral, exigindo conhecimento sobre:

- Dose, concentração e intervalo terapêutico.
- Interações entre substâncias (ex: mesclas de corticosteroides com anestésicos, Minoxidil, cafeína, ácido hialurônico etc.).
- Farmacocinética injetável, diferente da via oral ou tópica. Contraindicações absolutas e relativas.
- Risco de absorção sistêmica, especialmente em áreas ricamente vascularizadas.

O manejo de complicações decorrentes de procedimentos invasivos, como a intradermoterapia (mesoterapia), exige formação médica completa e capacitação específica. A atuação médica é essencial, por exemplo, no diagnóstico e condução de emergências graves como a parada cardiorrespiratória, bem como no reconhecimento precoce de quadros de falência renal ou hepática, que podem surgir como eventos adversos sistêmicos.

Além disso, é imprescindível a capacidade de diagnosticar doenças infecciosas secundárias aos procedimentos, como as infecções por micobactérias de crescimento

rápido (MCR), frequentemente associadas à contaminação de materiais ou falhas na assepsia.

A Nota Técnica Pública CSIPS/GGTES/ANVISA nº 01/2020, emitida em conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), alerta sobre a crescente incidência desses casos em procedimentos estéticos invasivos e destaca a necessidade de rigor técnico e conhecimento clínico para prevenção, diagnóstico e tratamento adequado.

O tratamento dessas infecções requer prescrição criteriosa de antibióticos, fármacos cuja venda é regulamentada no Brasil desde a Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2003, a qual proíbe a comercialização de antimicrobianos sem prescrição médica.

Tal regulamentação visa reduzir a resistência bacteriana, um problema de saúde pública agravado pelo uso inadequado e indiscriminado de antibióticos. Portanto, a prescrição correta, com base em critérios clínicos e microbiológicos, é indispensável para garantir a eficácia terapêutica e proteger a saúde coletiva.

Adicionalmente, reações imunomediadas graves também podem ocorrer após procedimentos invasivos, sendo indispensável o conhecimento médico para seu reconhecimento precoce e tratamento. Um exemplo é o caso descrito por Kashyap et al. [NÃO ESTÁ RELACIONADO NA LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS], no qual a mesoterapia precipitou um quadro de lúpus eritematoso cutâneo — uma complicação rara, porém grave, que ilustra o potencial imunomodulador dessas intervenções

Finalmente, é imprescindível o diagnóstico correto das patologias de base antes da realização de qualquer procedimento estético ou terapêutico. Tal avaliação envolve anamnese direcionada de qualidade, exame físico detalhado e interpretação criteriosa de sinais, sintomas e exames complementares — competências técnicas desenvolvidas ao longo da formação médica. A ausência dessa avaliação adequada pode levar à execução de procedimentos contraindicados ou perigosos, colocando em risco a segurança do paciente.

Fundamentação Legal Internacional e Regulamentação Profissional

1. Brasil – CFM e ANVISA

- As Resoluções CFM nº 1.658/2002 e 2.416/2024 estabelecem que procedimentos invasivos que envolvam riscos de complicações, como a administração parenteral de medicamentos, são atos médicos privativos.
- A ANVISA considera a via intradérmica como via de administração parenteral, sujeita à prescrição e responsabilidade médica.

2. França – Ordre des Médecins

- A mesoterapia, desenvolvida na França, é ato médico exclusivo conforme parecer do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos.

“L’administration intradermique de médicaments est un acte médical qui ne peut être délégué.” (Avis du CNOM, 2006)

3. Portugal – Ordem dos Médicos

- A prática de mesoterapia está condicionada à prescrição e supervisão médica, e não pode ser realizada por profissionais não habilitados.

“Constitui exercício ilegal da medicina a administração de substâncias injetáveis sem prescrição médica adequada.” FONTE

4. Estados Unidos – FDA e Medical Boards

- O FDA classifica todas as substâncias injetáveis como “prescription-only”, e sua aplicação requer licenciamento profissional.

– Injectables require diagnosis, prescription and supervision by a licensed provider. – FDA Injectable Guidelines, 2017.

1.14.0.1 CONCLUSÃO

A prática de intradermoterapia/mesoterapia envolve:

- Administração de medicamentos sob prescrição;
- Conhecimento técnico para prevenir, diagnosticar e tratar complicações;
- Capacidade legal para assumir responsabilidade civil, penal e ética.

Trata-se, portanto, de ato médico privativo, cuja realização por profissionais não médicos configura exercício ilegal da medicina, com risco à saúde pública.

1.15 ACUPUNTURA

O exercício da Acupuntura remonta a milênios na China, configurando-se como uma das especialidades integrantes da antiga Medicina Chinesa, e mais especificamente, como a sua especialidade cirúrgico-invasiva.

Visa promover o tratamento de uma série de enfermidades, o controle clínico em muitas situações de adoecimento - sobretudo dores de variadas naturezas - e a reabilitação de sequelas de várias origens, por meio, sobretudo, da estimulação de regiões específicas na profundidade de tecidos corporais, pela penetração de instrumentos cirúrgicos com formato de agulha, que são manipulados conforme técnicas definidas, bem como por meio de estímulos de natureza térmica; contemporaneamente, tais instrumentos podem

também ser estimulados pela passagem de corrente elétrica de baixa amperagem e variada frequência, como também pela infiltração de fármacos.

Ao longo dos séculos, a Acupuntura evoluiu constantemente, sempre acrescentando o melhor do conhecimento médico das sucessivas épocas históricas que atravessou, acabando por conquistar um importante espaço no cenário médico contemporâneo, por absorver também os mais atualizados avanços científicos, sendo hoje reconhecida mundialmente por seus impactos altamente resolutivos na saúde.

Um número, cada vez maior, de estudos científicos demonstram, profundamente, sua eficiência no alívio da dor, no controle de condições inflamatórias, na reabilitação de transtornos miofasciais e musculoesqueléticos, na recuperação de sequelas de lesões neurais de várias naturezas, no tratamento de diversas síndromes disfuncionais, na regulação de transtornos imunitários e metabólicos, na recondução à normalidade de distúrbios do sono, do humor e da cognição, no manejo de condições clínicas complexas como as que cercam os pacientes oncológicos, renais crônicos e hepatopatas, nos cuidados das condições pós-operatórias imediatas, no auxílio à brevidade extubatória e até mesmo no tratamento voltado para a infertilidade e como auxílio valioso na reprodução assistida, entre outros.

Na China, que é o seu berço de origem, a Acupuntura é considerada a especialidade cirúrgica, intervencionista, da Medicina Tradicional Chinesa. Tanto na China comunista (continental) como na China nacionalista (Taiwan), seu exercício é somente autorizado legalmente para os que têm grau de médico (seja graduados em medicina ocidental ou em medicina chinesa), cirurgiões-dentistas e médicos veterinários, cada qual em sua área legal de atuação; lá existem enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, profissionais de educação física, etc., mas a todos estes é veementemente proibido o exercício da Acupuntura, sob pena de prisão, por caracterizar prática ilegal de medicina.

No Brasil, a Acupuntura foi implantada no SUS, em 1988, à época como assistência médica exclusiva; em 1992 foi reconhecida com Ato Médico pelo Conselho Federal de Medicina; em 1995 foi reconhecido com Especialidade Médica pelo Conselho Federal de Medicina; em 1998 foi incluída no Conselho de Especialidades Médicas da Associação Médica Brasileira; em 2002, o Programa de Residência Médica em Acupuntura foi autorizado e regulamentado pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério de Educação; em 2012, a Acupuntura foi incluída na Área de Atuação em Dor, pela Associação Médica Brasileira; em 2025, a Acupuntura foi incluída na Área de Atuação em Medicina Paliativa, pela Associação Médica Brasileira.

No Brasil, a Justiça Federal vem se pronunciando no mesmo diapasão de legalidade descrito da China. Já transitaram em julgado, no Tribunal Regional Federal da 1ª Região, no Superior Tribunal de Justiça – STJ e no Supremo Tribunal Federal – STF, as decisões que afirmaram que os Conselhos Federais de Enfermagem, de Psicologia, de Fonoaudiologia, de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, de Biomedicina, de Farmácia, de Educação Física

extrapolaram os limites das leis daquelas profissões ao tentarem tornar a Acupuntura sua prática, e que, portanto, essa prática é ilegal.

Essa mesma afirmação foi expressa em decisões referentes aos Conselhos Federais de Nutrição e de Biologia, cujas ações se encontram ainda tramitando em Segunda Instância Judicial. Portanto, o conjunto da jurisprudência vigente afirma que o exercício da Acupuntura só é legal para médicos, cirurgiões-dentistas e médicos veterinários, cada qual em sua área profissional de competência. Tudo isso é legalmente assim definido para não expor a população a importantes riscos de vida.

Só estão autorizados por lei específica a fazerem os diagnósticos de doenças humanas (“diagnóstico nosológico”), os médicos e os cirurgiões-dentistas (em seu campo de saúde bucal); e para tratar por meio de procedimentos de Acupuntura é indispensável fazer, antes de tudo, o diagnóstico da doença, bem como seu estadiamento e prognóstico, caso contrário o tratamento poderá se voltar apenas para os sintomas, enquanto uma infecção mortal pode estar evoluindo, uma emergência cirúrgica pode caminhar para a morte (apendicite, gravidez tubária rota), um câncer pode se disseminar pelo organismo, uma mal estar pode ser um infarto cardíaco, uma dor de cabeça pode ser um aneurisma fatal se rompendo, etc.

Além disso, a Lei 12.842/2013, que regulamenta o exercício da medicina, determina que a indicação da execução e a execução de procedimentos invasivos terapêuticos são privativos do médico e do cirurgião-dentista. Nos procedimentos invasivos da acupuntura, as agulhas atravessam a pele, o tecido subcutâneo, os músculos e vão atingir inervações e regiões musculares específicas e profundas, que desencadeiam o seu efeito. Erros podem perfurar órgãos em geral, nervos e sistema nervoso central; paralisias já ocorreram por lesões da medula vertebral e tronco encefálico, necessitando de cirurgias; mortes já ocorreram por perfuração de coração e pulmões. Além disso, sérias infecções podem resultar de intervenções realizadas por pessoal sem adequado treinamento cirúrgico e sem autorização legal.

1.16 INDUÇÃO PERCUTÂNEA DE COLÁGENO (IPCA) OU MICROAGULHAMENTO

Fundamentação técnica e médica

- Definição e natureza do procedimento

A Indução Percutânea de Colágeno (IPCA), também conhecida como microagulhamento, é um procedimento médico invasivo que consiste no uso de dispositivos com múltiplas microagulhas (rolos, canetas ou cartuchos automatizados) para realizar perfurações controladas na pele. O objetivo é estimular a regeneração tecidual e a neocolagênese por meio de um processo inflamatório reparador. Pode ser utilizado para o tratamento de

cicatrizes de acne, flacidez cutânea, melasma, alopecia, rugas, poros dilatados e outras condições dermatológicas.

Fundamentação para o enquadramento como ato médico invasivo

Mesmo quando realizado com finalidade estética, o microagulhamento envolve perfuração da epiderme e derme, configurando-se, portanto, ato invasivo nos termos da Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico), que dispõe: “São privativos do médico a indicação e a execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, bem como a prescrição dos respectivos tratamentos.” Além disso, a Resolução CFM nº 2.416/2024 e o Parecer CFM nº 35/2016 reconhecem que procedimentos que causam lesão tecidual, inflamação ou morte celular — mesmo sem corte visível — são invasivos, exigindo diagnóstico prévio, conhecimento anatômico, indicação médica e ambiente adequado.

A ANVISA também classifica os dispositivos de microagulhamento como produtos para uso profissional restrito, de risco classe II ou III, cuja utilização requer profissional habilitado e com formação médica, dada a possibilidade de complicações graves se houver uso indevido.

• Riscos e complicações inerentes

O procedimento, quando realizado sem conhecimento técnico ou em condições inadequadas, pode gerar complicações imediatas e tardias, entre as quais:

- Infecção bacteriana, viral ou fúngica, incluindo abscessos, impetigo e herpes simples;
- Reações inflamatórias intensas e hiperpigmentação pós-inflamatória, sobretudo em fototipos altos;
- Cicatrizes hipertróficas ou quelóides, decorrentes de trauma excessivo;
- Sangramento, edema e eritema persistente;
- Reações alérgicas a medicacões aplicadas concomitantemente (como “drug delivery”);
- Risco de transmissão de doenças infectocontagiosas, quando há falha na esterilização ou descarte inadequado de agulhas.
- Complicações anestésicas que requer conhecimento médico e estrutura de suporte imediato a vida.

1.16.0.1 **CONCLUSÃO**

O microagulhamento ou IPCA é, portanto, ato médico privativo por envolver penetração dérmica, risco de complicações sistêmicas e necessidade de diagnóstico e indicação individualizada.

Sua execução requer:

- Avaliação clínica e diagnóstico médico prévio;
- Conhecimento anatômico e fisiopatológico;
- Condições assépticas adequadas; • Uso de anestesia local, bloqueio e uso tópico;
- Capacidade de manejar intercorrências e complicações.

A realização por pessoas não habilitadas constitui infração ética e exercício ilegal da medicina, com risco concreto à saúde do paciente e violação ao dever de segurança previsto no ordenamento jurídico e sanitário brasileiro.

1.17 AGREGADOS PLAQUETÁRIOS E PRP (PLASMA RICO EM PLAQUETAS)

Conceito e fundamentos

Os agregados plaquetários autólogos, como o PRP (Plasma Rico em Plaquetas), consistem em uma fração do plasma sanguíneo do próprio paciente, obtida após centrifugação do sangue total, com alta concentração de plaquetas e fatores de crescimento. Esses componentes atuam na modulação da inflamação, cicatrização e regeneração tecidual, sendo empregados em várias áreas médicas — ortopedia, odontologia, cirurgia plástica, dermatologia e medicina estética.

Contudo, o uso do PRP para fins estéticos permanece experimental e off label, pois não há registro ou regulamentação específica pela ANVISA para esta finalidade, tampouco estudos clínicos robustos que comprovem eficácia e segurança padronizadas para rejuvenescimento cutâneo, alopecia ou preenchimento.

Técnica médica e aspectos invasivos

O procedimento é claramente invasivo e privativo de médico, por envolver etapas que exigem conhecimento técnico, biossegurança e domínio anatômico:

- Coleta sanguínea: realizada por punção venosa com material esteril e anticoagulante (geralmente citrato de sódio).
- Centrifugação: separação das frações plasmáticas (plasma pobre, rico e hemácias).
- Preparo do PRP: aspiração da fração rica em plaquetas sob condições assépticas.
- Ativação (em alguns protocolos): uso de cloreto de cálcio ou trombina para induzir a liberação dos fatores de crescimento.
- Aplicação invasiva: injeção intradérmica, subcutânea, intramuscular ou intra-articular conforme a indicação, utilizando cânulas ou agulhas finas.

Cada uma dessas etapas requer ambiente controlado, técnica estéril e competência médica para evitar riscos infecciosos e complicações teciduais.

Situação regulatória e caráter experimental

- A ANVISA (RDC nº 23/2012 e RDC nº 55/2015) reconhece o uso de hemocomponentes autólogos apenas em protocolos terapêuticos sob responsabilidade médica e em serviços de saúde com estrutura laboratorial adequada.
- O uso estético, regenerativo e cosmético do PRP é considerado experimental, não havendo registro de produtos ou kits para essa finalidade.
- O CFM, por meio do Parecer nº 20/2011 e do Parecer nº 12/2018, reafirma que o PRP pode ser empregado apenas em caráter experimental, devendo o paciente ser devidamente informado e consentir formalmente com o uso off label.

Dificuldades técnicas e limitações

- Padronização: ausência de protocolos uniformes quanto à centrifugação, volume coletado e concentração plaquetária ideal.
- Variabilidade individual: diferenças entre pacientes quanto à contagem plaquetária e resposta biológica.
- Ausência de registro e fiscalização: kits e centrífugas nem sempre possuem certificação específica para uso médico.
- Dependência de técnica manual: alto risco de contaminação se não houver manipulação asséptica.
- Evidência científica limitada: estudos clínicos mostram resultados heterogêneos e temporários.

Complicações possíveis

- Infeciosas – abscessos, celulite, contaminação bacteriana devido a falhas de assepsia.
- Inflamatórias – eritema, edema persistente, dor, nódulos ou fibrose local.
- Vasculares – necrose, embolia, hematomas ou oclusão acidental se aplicada em planos errados.
- Alérgicas – raras, mas possíveis quando há uso de ativadores heterólogos (ex.: trombina bovina).
- Ineficácia terapêutica – ausência de resposta clínica ou efeito placebo.

1.17.0.1 **CONCLUSÃO**

O uso de PRP e agregados plaquetários constitui ato médico invasivo, exigindo domínio técnico, estrutura adequada e respeito às normas éticas e regulatórias. Seu emprego cosmético permanece ainda off label, sendo necessário termo de consentimento livre e esclarecido, supervisão ética e controle rigoroso da biossegurança.

1.18 LUZ INTENSA PULSADA

A Luz Intensa Pulsada é uma fonte de luz pulsada de alta energia que emite luz não coerente, com espectro de ondas contínuo de 400 a 1200nm. O aparelho requer o uso de filtros específicos que permitem selecionar o comprimento de onda usado. Da interação laser-tecido: ocorre a absorção da energia produzida. Tal absorção depende do comprimento de onda da luz e das características dos tecidos (cromóforos). Ocorre um acúmulo de calor que gera um efeito térmico que depende do grau do calor dura a energia sendo aplicada. A partir de 50° C as moléculas dos tecidos começam a desnaturar e a coagular. Com temperatura de 100° C, evapora a água e ocorre a vacuolização. Acima de 100° C a 120° C ocorre a carbonização e a vaporização dos tecidos. Se durar muito tempo, atinge os tecidos vizinhos causando alterações irreversíveis. As interações laser-tecido dependem unicamente das propriedades da luz que estará agindo na pele e da presença de cromóforos.

As principais indicações são lesões vasculares (telangiectasias, mancha vinho do porto, hemangiomas tuberosos e cavernosos, microvarizes de membros inferiores), epilação prolongada, lesões pigmentadas benignas pigmentos e no fotoenvelhecimento cutâneo, com menor seletividade por provocarem maior dano térmico devido aos pulsos mais longos.

A forma de liberação de energia influi no tipo de resposta tecidual assim como as características da pele ou tecido alvo tratado. O dano tecidual pode ser intenso.

Os novos equipamentos oferecem alternativas que atingem a pele mais profundamente o que aumenta a chance de efeitos colaterais. O uso da LIP é complexo e depende de vários fatores. A seleção adequada do paciente e compreender os mecanismos pelos quais determinado aparelho funciona é fundamental para um tratamento adequado.

A Luz Intensa Pulsada possui comprimentos de ondas, os quais correspondem aos do pico de absorção do cromóforo alvo. Eles têm objetivos e efeitos específicos e, portanto, se mal calculados em relação ao comprimento adequado de onda, à intensidade correta de energia, à definição correta da estrutura - Alvo a ser atingida, à etnia do paciente, à região do corpo a ser tratada; podem também trazer consequências adversas à saúde do paciente. A duração dos pulsos deve ser cuidadosamente selecionada para que não ocorra dano na pele adjacente e, por consequência, cicatrizes ou discromias.

O feixe de luz emitido pelo equipamento de Luz Intensa Pulsada também é absorvido pelos cromóforos hemoglobina e água e convertido em calor, promovendo queimaduras controladas e seletivas. O comprimento de onda determina o padrão de absorção e a penetração da luz na pele. No espectro visível, a penetração da luz aumenta com o aumento do comprimento de onda. Com o uso de vários filtros de corte, que selecionam o comprimento de onda desejado, o espectro de onda correto pode ser filtrado para corresponder à profundidade do cromóforo que deve ser tratado. Da mesma forma, a seleção do filtro pode ser adaptada à cor da pele. Atualmente, existem diversos aparelhos de LIP no mercado,

com inúmeras particularidades entre si.

Cabe ressaltar que mesmo com filtros de corte idênticos, os diferentes aparelhos emitem diferentes comprimentos de onda e padrões espectrais distintos.

Dessa mesma forma, mesmo utilizando a mesma duração de pulso, filtro de corte e fluência, pode haver diferença na penetração da luz na pele, e conseqüentemente, diferentes efeitos e possíveis complicações, sendo essas:

- Desenvolvimento ou piora de doenças dermatológicas pré-existentes no local e não diagnosticadas, tais como infecções de pele no momento do tratamento (infecções bacterianas, fúngicas, virais, tec.), inflamações locais (tais como sarcoidose, granulomas, dermatites descamativas, etc.), lesões suspeitas de malignidade na pele (a luz do laser pode interferir no comportamento dessas células) e doenças de pele em atividade.
- Hiperpigmentação que pode até ser permanente, principalmente em peles mais morenas.
- Queimaduras de primeiro a terceiro grau: pelo uso incorreto do equipamento; pelo uso de equipamentos não regulamentados; ou ainda sem calibração ou por falta de manutenção. Como consequência ocorre à formação de bolhas, quelóides e cicatrizes e também, hipopigmentação permanente. O tratamento deve ser iniciado o mais precoce possível. Do tratamento inadequado das queimaduras podem resultar cicatrizes permanentes.
- Hipertricose paradoxal: pela utilização de baixas energias ocorre o estímulo ao aumento de pelos. Ocorrendo uma pilificação. Ou até mesmo leucotríquia (pelos se tornam brancos).
- Formação de “penugem”: pelo uso de energia insuficiente, principalmente na face de pacientes do sexo feminino.
- Queimaduras por aquecimento de prótese ou implantes dentários (facial e corporal).
- Infecções de pele após o procedimento: foliculite que pode evoluir para abscesso, dependendo das condições clínicas do indivíduo (por exemplo, Diabetes descompensada), Herpes vírus, Herpes zoster.
- Afecções alérgicas como dermatite de contato (pelo uso de produtos tópicos), prurido e urticária por uso de medicamentos ou pelo próprio procedimento em si.
- Rush cutâneo desencadeado pela LIP na vigência de drogas fotossensibilizantes.
- Acometimento dos olhos pelo laser. Ocorre pela proteção inadequada durante o procedimento: fotofobia transitória, dores oculares, catarata e, inclusive cegueira permanente.

- Uso de anestésicos tópicos podem causar toxicidade.

Sendo assim, o nível de conhecimento do profissional que irá manusear o equipamento deverá ser:

- Os profissionais devem ter capacitação teórico-prática no manuseio dos equipamentos. A falta de conhecimento e capacitação aumentam a probabilidade de complicações e da detecção antecipada de irregularidades nos equipamentos, prevenindo queimaduras e complicações.
- Avaliação clínica objetiva quanto à saúde da pele, característica dos pelos, a região a ser tratada. Descartar patologias. Avaliar a capacidade de resposta do tecido. Se não houver indicação, o tratamento pode ser inútil.
- Calcular a energia e o comprimento de onda adequada. O tratamento é individualizado. E pode mudar durante a aplicação. O paciente pode perceber as complicações horas depois do tratamento.
- Diagnóstico do hirsutismo: avaliação de enfermidades que provocam o crescimento e/ou nascimento de pelos;
- Solicitação de exames complementares, caso necessário.

Considerações sobre riscos na manipulação e aplicação dos aparelhos:

- a) o dano permanente na retina, com cegueira parcial periférica ou total, devido à presença de pigmento e de vasos;
- b) a íris como a retina é rica em melanina e possui pequenas quantidades de hemoglobina, e a absorção desta energia pode causar dano ao músculo esfíncter da íris que controla a entrada da luz, levando a hipertensão ocular, glaucoma e cefaleia;
- c) uveíte, distorção da pupila, sinequia posterior, atrofia da íris, catarata nuclear, defeito no campo de visão e ferida em retina.

1.19 TERAPIA FOTODINÂMICA

A terapia fotodinâmica se refere ao uso terapêutico de reações fotoquímicas.

A indicação e execução do procedimento envolvem conhecimento médico especializado para diagnóstico diferencial das lesões tumorais cutâneas, além de oncologia cutânea.

Envolve o uso de uma droga fotossensibilizante, o ácido aminolevulínico (Ala). O Ala, ao impregnar o tecido, capta a irradiação de uma luz concentrada e direcionada para a área a ser tratada, nela provocando, especificamente, a destruição de tecido. Utiliza-se luz azul ou luz intensa pulsada com conseqüente produção de oxigênio singlete (DgO_2), que provoca a destruição do tecido.

A indicação clássica da TFD são as lesões pré-neoplásicas cutâneas, bem como o carcinoma basocelular superficial. Estudos vem sendo realizados com bons resultados no fotoenvelhecimento e também na acne. A indicação e execução do procedimento envolvem conhecimento especializado para diagnóstico diferencial das lesões tumorais cutâneas, além de oncologia cutânea.

1.20 LASERTERAPIA DE BAIXA POTÊNCIA

A laserterapia de baixa potência (Low-Level Laser Therapy ou LLLT) é uma técnica que utiliza luz laser de baixa intensidade para estimular processos biológicos naturais, promovendo a reparação tecidual e reduzindo inflamações e dor. A LLLT emite luz em comprimentos de onda específicos (vermelho ou infravermelho) que são absorvidos pelas células do corpo, aumentando a produção de trifosfato de adenosina, que é essencial para o metabolismo celular e reparo tecidual. Esta terapia pode estimular a proliferação celular, neoformação tecidual, revascularização e redução do edema.

Estudos demonstram que a LLLT pode ser eficaz no tratamento de feridas cutâneas, reduzindo o tempo de cicatrização e melhorando a qualidade da cicatriz. Também é utilizada para aliviar dor e inflamação em diversas condições, incluindo lesões musculoesqueléticas. No entanto, mais pesquisas são necessárias para entender completamente os efeitos da LLLT e estabelecer protocolos padrão.

Tratamento de feridas cutâneas

O reparo tecidual e a cicatrização de feridas cutâneas são processos complexos que envolvem uma série de eventos dinâmicos, incluindo coagulação, inflamação, formação de tecido de granulação, contração da ferida e remodelação tecidual. A necessidade de cuidar de pacientes com dificuldades na cicatrização de feridas é um desafio crescente e requer estratégias inovadoras. A LLT mostra-se benéfica e promissora, com potencial para aumentar as opções terapêuticas disponíveis, porém, há necessidade de mais estudos para verificar a eficiência do laser em feridas. Cabe destacar que todo paciente portador de feridas de difícil cicatrização deve ser submetido a avaliação médica prévia. Lesões que não cicatrizam, coçam, mudam de cor, sangram ou aumentam de tamanho podem sinalizar malignidade que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de diversas condições clínicas e cirúrgicas.

Tratamento de pacientes queimados

Na terapêutica de pacientes queimados os estudos com laser de baixa intensidade trazem diferentes amostras de pacientes e de tipos de laser. De modo geral, mostram melhora no processo de cicatrização tecidual, juntamente com os demais tratamentos existentes.

Tratamento de alopecias

A fotobioestimulação capilar é realizada com aparelhos de baixa intensidade em

formato de capacete, boné ou tiara, sendo que existem aparelhos de uso exclusivo médico em consultório ou clínica (uso profissional) e de uso domiciliar (não exclusivo de médicos).

O Laser capilar (Laser de Baixa Potência, Laser Frio ou LLLT - Low Level Laser Therapy) é mais aplicado em clínicas, devido a supervisão profissional, e os LEDS (LEDterapia capilar) são usados em domicílio.

Ambos possuem a proposta de estimular disponibilidade de energia e nutrientes no couro cabeludo e de melhorar o funcionamento das células do folículo piloso. Em geral, o laser capilar é associado ao uso de produtos como tônicos capilares, shampoos, loções, vitaminas e outros. As indicações apresentam similaridade e as respostas variam para cada paciente. Os equipamentos mais difundidos são: Hairmax, Capellux, Lasercaps, Igrow e existe livre venda na internet.

Diferentes tipos de laser concentram diferentes quantidades de energia e podem causar danos em tecidos biológicos, como os olhos e a pele, devido a vários mecanismos. Precauções são fundamentais para amenizar os riscos de exposição, como rede específica e estabilizadores de voltagem para conexão do aparelho a laser, organização do ambiente e manuseio do aparelho dentro das normas regulamentadoras.

Ainda em função das diferenças entre os diversos tipos de laser, os equipamentos de segurança e de proteção individual podem diferir para cada um deles. Deve-se atentar para os cuidados com o paciente, o profissional e o ambiente onde é realizado.

Entre as contraindicações do uso da laserterapia estão lesões malignas, gravidez e pele negra. Há uma escassez e limitação de informações e pesquisas na literatura sobre lasers em tipos de pele de etnia mais escura. A razão para isso é o risco aumentado de efeitos colaterais transitórios e permanentes (por exemplo, bolhas, despigmentação e cicatrizes).

Muito importante conhecer o paciente, o equipamento e a técnica, respeitando os parâmetros (comprimento de onda, potência, densidade de energia, tempo de aplicação) e as normas de segurança (equipamentos de proteção individual e protocolos) para obter os efeitos terapêuticos desejados.

Aspectos legais

A regulamentação da LLLT varia de acordo com o país e região. No Brasil, a terapia é utilizada em diversas instituições de saúde, incluindo hospitais e clínicas, e deve ser realizada por profissionais de saúde habilitados e qualificados.

Dentre as boas práticas éticas é fundamental respeitar as contraindicações e garantir a segurança do paciente e da equipe durante o procedimento. A transparência e o consentimento informado são essenciais para garantir o respeito a autonomia do paciente, seu bem-estar, sua confiança e colaboração no tratamento.

A Resolução CFM n. 2416/2024 destaca que o médico é o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para realizar diagnóstico nosológico, prescrever tratamento e definir medidas específicas de prevenção ou indicação terapêutica,

recuperação da saúde e reabilitação, apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos e grupos ocupacionais doentes ou saudáveis, com o objetivo de proteger, melhorar ou manter seu estado e nível de saúde. Reforça ainda que a prescrição de medicamentos, tratamentos e quaisquer tecnologias em medicina é privativa de médicos sendo vedado a eles delegar ou assumir responsabilidades por atos praticados por outros profissionais.

Portanto, o médico é que possui a responsabilidade e a autonomia técnico-científica para formular o diagnóstico de doenças, bem como realizar todos os atos dele decorrentes (Lei Federal 12842/2013). Por sua vez, o médico, em especial dermatologista é o especialista mais qualificado para oferecer atenção integral a saúde cutânea devido ao seu treinamento e habilitações clínicas, cirúrgicas e cosmiátricas requeridas na sua matriz de competências.

Por sua vez, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Nota Técnica n. 2/2024/SEI/GGTES/DIRE3/ANVISA) destaca que:

“Realizar procedimentos estéticos médicos por indivíduos não habilitados implica riscos à integridade física, funcional e estética do paciente, com potencial para danos e impactos na qualidade de vida. A utilização dos equipamentos deve obedecer à legislação vigente e às instruções e restrições de uso do fabricante. Devem ser disponibilizados, para consulta, manuais de operação do equipamento em português. No caso de equipamentos sujeitos à vigilância sanitária, a regularização deve ser verificada no portal da Anvisa, no endereço eletrônico <https://consultas.anvisa.gov.br/#/saude/>. Esses equipamentos devem ter uma etiqueta indelével, que contenha as seguintes informações: identificação do fabricante (razão social ou marca), identificação do produto (nome e modelo comercial), número de série do equipamento e número de regularização do produto na Anvisa”.

Assim, delimitar as competências é fundamental para garantir a integridade dos cuidados ao paciente. Trata-se de uma segurança adicional ao reforçar que o atendimento seja realizado pelo profissional certo, no momento certo, assegurando a qualidade e a precisão tanto do diagnóstico quanto do tratamento.

Conforme o Parecer CFM nº 35/2016:

“Assim, para fins de terapêutica dermatológica, o conceito de invasão não deve se apoiar apenas no seu conceito clássico, que é mais facilmente compreensivo, de um ponto de vista “perfurocortante”, ou seja, com ações na pele que, em tese, ocorreriam apenas com a ruptura física objetiva da barreira da pele. Devemos entender que, na medicina moderna, novos mecanismos podem causar lesão, necrose, morte celular, lesão de nervos e vasos, mesmo sem especificamente cortar ou furar. Esses mecanismos causam lesão internamente, com suas consequências, mantendo intacta a epiderme e/ou a derme e/ou o tecido subcutâneo. Para isso, necessitam de diagnóstico e indicação médica. E, para indicá-lo, precisa-se ter conhecimento de Anatomia, Fisiologia, possíveis patologias, e isso só o médico pode fazer, garantido pela Lei 12.842/2013, que afirma: “ato invasivo é um ato privativo do médico, sendo vedada a sua prática por profissionais de outras profissões que não tenham lei própria autorizadora”. A referida lei também não faz distinção entre

procedimentos “invasivos” e “minimamente invasivos”, e o fato de ser “minimamente invasivo” não torna o ato legal ou menos invasivo”.

Ressalte-se que fissuras na região mamária aparentemente “simples” podem ter várias causas como: posicionamento incorreto do bebê ou da mãe, disfunções orais da criança, uso impróprio de bombas de extração de leite, exposição prolongada a forros úmidos ou bicos de silicone, ingurgitamento mamário, infecções fúngicas, dermatite de contato, processos alérgicos, distúrbios esportivos (mamilo do corredor) e até neoplasias malignas como Doença de Paget, câncer de mama inflamatório, metástases cutâneas etc.

A aplicação de laser na pele necessita de avaliação clínica prévia, diagnóstico de morbidades e avaliação de contraindicações. Há possibilidade de efeitos adversos e complicações que podem necessitar de condutas corretivas ou terapêuticas, a serem conduzidas pelo profissional devidamente habilitado e capacitado, nestes casos, o médico. Além disso, os procedimentos devem respeitar as normas sanitárias oferecendo ambiente com estrutura mínima exigida pela ANVISA e pela legislação sanitária municipal.

1.20.0.1 **CONCLUSÃO**

Diagnóstico e tratamento são privativos dos médicos. A habilitação legal, a capacitação técnica são fundamentais para a indicação e tratamento com laser de forma segura e para a continuidade do cuidado e preservação da saúde cutânea.

1.21 **PEELINGS QUÍMICOS E FÍSICOS ABLATIVOS**

A Natureza médica dos peelings químicos e físicos médios e profundos.

Conceituação geral

Os peelings químicos e físicos são procedimentos utilizados para promover a renovação cutânea por meio da lesão controlada das camadas da pele. De acordo com a profundidade atingida, classificam-se em:

- Peeling superficial: atua na epiderme, com descamação discreta e baixo risco.
- Peeling médio: atinge a derme papilar, com necrose tecidual controlada e reparação subsequente.
- Peeling profundo: ultrapassa a derme papilar, podendo alcançar a derme reticular, induzindo remodelação significativa do colágeno e regeneração da epiderme.

A classificação técnica é estabelecida segundo o grau de destruição tecidual e a necessidade de avaliação médica prévia, incluindo diagnóstico de doenças, histórico de uso de fármacos, e condições de risco.

Fundamentação médico-legal

- Lei nº 12.842/2013 – Lei do Ato Médico

O artigo 4º, incisos II e III, define como atos privativos do médico: “a formulação do diagnóstico nosológico e a prescrição terapêutica” e “a indicação e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos”.

O peeling médio e profundo induz necrose tecidual, podendo gerar inflamação intensa, infecção, cicatriz, discromia ou arritmias e morte (a exemplo do fenol). Portanto, enquadra-se como procedimento invasivo e terapêutico, dependente de diagnóstico, preparo e acompanhamento médico.

- Resolução CFM nº 2.056/2013

Reconhece a cosmiatria e os procedimentos estéticos como parte da medicina, devendo ser praticados exclusivamente por médicos com formação adequada.

- Resolução CFM nº 2.416/2024

Reitera que o médico é o único profissional habilitado a realizar diagnóstico, prescrever e indicar qualquer forma de intervenção terapêutica ou estética com potencial risco ou invasão tecidual, vedando a delegação desses atos a não médicos.

O conceito de invasão não se limita à penetração perfurocortante da pele, mas também inclui procedimentos capazes de causar lesão, necrose, morte celular, lesão de nervos e vasos, ainda que sem romper a epiderme visivelmente.

Peelings médios e profundos se enquadram exatamente nessa definição, pois atuam sobre camadas internas da pele, provocando destruição controlada dos tecidos, com reparação posterior.

Fundamentação técnico-científica

Os peelings médios e profundos provocam:

- Destruição controlada da epiderme, derme papilar ou reticular, inflamação e reepitelização.
- Necrose tecidual e estímulo fibroblástico.
- Risco de complicações severas, incluindo infecção, hipopigmentação, cicatrizes, arritmias cardíacas (fenol), queimaduras químicas e falência de órgãos em casos de absorção sistêmica.

Tais efeitos exigem:

- Avaliação médica prévia (histórico, uso de isotretinoína, fototipo, comorbidades);
- Técnica asséptica e controle clínico intra e pós-procedimento;

- Prescrição de analgésicos, antibióticos, antivirais e corticosteroides conforme o caso;
- Capacidade de manejo de intercorrências graves.

Logo, a segurança do paciente depende de conhecimentos de fisiopatologia, farmacologia, dermatopatologia e urgências médicas, competências exclusivas da formação médica.

Diferenciação dos peelings não invasivos

Peelings superficiais ou cosméticos (ex.: ácido glicólico <10%, ácido láctico, enzimas esfoliantes, microdermoabrasão leve) atuam apenas na camada córnea, sem lesão tecidual significativa, podendo ser realizados por outros profissionais da área estética, conforme Resolução ANVISA nº 510/2016 [Não localizada – sem referência bibliográfica] e regulamentações de conselhos próprios.

Porém, ao ultrapassar a epiderme e atingir a derme, o procedimento deixa de ser superficial e se torna médico invasivo.

1.21.0.1 CONCLUSÃO

Diante dos aspectos anatômicos, fisiológicos, farmacológicos, legais e éticos, conclui-se que:

- Os peelings químicos e físicos médios e profundos são procedimentos médicos invasivos, mesmo quando realizados com finalidade estética.
- Envolve risco à integridade tecidual e sistêmica, demandando diagnóstico, prescrição e supervisão médica.
- Sua execução por não médicos configura infração ética, exercício ilegal da medicina (art. 282 do Código Penal) e infração sanitária.

1.22 TRICOLOGIA

É subespecialidade da Dermatologia que estuda o couro cabeludo e os cabelos – diagnóstico e tratamento de alopecias e doenças do couro cabeludo.

Natureza médica do ato – A tricologia, sob a ótica científica e médica, é uma subespecialidade da Dermatologia dedicada ao estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças dos cabelos e do couro cabeludo. Envolve conhecimento aprofundado de anatomia, fisiologia, microbiologia, endocrinologia e farmacologia, bem como a capacidade de formular diagnóstico nosológico e prescrever terapias medicamentosas, cirúrgicas ou tecnológicas — atos exclusivos de médicos.

Fundamentação Legal

1. Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico) - Define como atos privativos do médico:

- *Art. 4º, inciso I:* formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;
- *Art. 4º, inciso III:* indicação e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos;
- *Art. 4º, inciso VII:* prescrição de órteses, próteses e terapias medicamentosas.

Assim, qualquer atividade que envolva diagnóstico de patologias capilares (alopecias, dermatites, infecções, distúrbios hormonais, doenças autoimunes) e sua abordagem terapêutica configura ato médico privativo.

2. Resolução CFM nº 2.056/2013

Reconhece a Cosmiatria e a Dermatologia Estética como áreas de atuação médica, reforçando que a abordagem estética ou reparadora do tegumento cutâneo e seus anexos (unhas, pelos e cabelos) é de competência exclusiva do médico.

3. Resolução CFM nº 2.416/2024

Determina que procedimentos e terapias invasivas, medicamentosas, bioestimuladoras, de luz e calor são de indicação e execução médica, vedada a delegação a não médicos. Define invasão não apenas como perfuração física, mas como qualquer intervenção capaz de causar lesão tecidual, necrose, inflamação ou alteração funcional. Muitas terapias capilares (como microagulhamento, intradermoterapia capilar, laser, microinfusão de medicamentos) enquadram-se nessa definição.

4. Parecer CFM nº 35/2016

Define invasão não apenas como perfuração física, mas como qualquer intervenção capaz de causar lesão tecidual, necrose, inflamação ou alteração funcional. Muitas terapias capilares (como microagulhamento, intradermoterapia capilar, laser, microinfusão de medicamentos) enquadram-se nessa definição.

Diferenciação entre o Médico Dermatologista e outros Profissionais

1) Dermatologista / Tricologista Médico

- É o único profissional habilitado a realizar diagnóstico clínico ou laboratorial de doenças do couro cabeludo (alopecia androgenética, areata, eflúvio telógeno, líquen plano pilar, micose, dermatite seborreica, lupus cutâneo, neoplasias, etc.);
- Está legalmente autorizado a prescrever medicamentos de uso sistêmico ou tópico, bem como realizar biópsias, infiltrações, intradermoterapia, microagulhamento médico, laserterapia e cirurgias capilares;
- Atua com base em evidências científicas, protocolos médicos e responsabilidade técnica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina

2. Cabeleireiros, terapeutas capilares e outros profissionais de saúde.

- Sua atuação limita-se ao embelezamento dos fios, sem qualquer intervenção diagnóstica, terapêutica ou farmacológica;
- Podem realizar cuidados cosméticos externos, como lavagem, corte, coloração e aplicação de produtos de uso não medicinal, regularizados pela ANVISA como cosméticos de uso tópico; ,
- Não possuem formação médica nem competência legal para identificar patologias ou definir condutas terapêuticas;
- O uso indevido do termo “tricologia clínica” ou “tricologista” por não médicos constitui exercício ilegal da medicina (art. 282 do Código Penal).

Aspecto Sanitário e de Segurança

Intervenções em couro cabeludo frequentemente envolvem riscos biológicos e químicos (infecções, necroses, alergias, lesões permanentes, agravamento de doenças e neoplasias do couro cabeludo).

Equipamentos com lasers, radiofrequência, e procedimentos como microagulhamento, infusão capilar com medicamentos (intradermoterapia, mesoterapia, PRP), transplante capilar dentre outros invasivos devem ser realizados em ambiente médico. A ausência de supervisão médica caracteriza infração sanitária (Lei nº 6.437/1977) e potencial dano ao consumidor, em desacordo com o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990).

1.22.0.1 **CONCLUSÃO**

Diante do exposto, a tricologia é um ramo da Dermatologia, de natureza médica e científica, voltado ao estudo e tratamento das doenças dos cabelos e couro cabeludo. Envolve atos privativos do médico, nos termos da Lei nº 12.842/2013, e não se confunde com práticas estéticas ou cosméticas exercidas por cabeleireiros, esteticistas ou terapeutas capilares de outras profissões de saúde.

O uso do termo “tricologia” por não médicos, quando associado a diagnósticos, terapias ou procedimentos invasivos, configura exercício ilegal da medicina, devendo ser coibido pelos Conselhos de Medicina e órgãos de fiscalização sanitária.

1.23 OZONIOTERAPIA

A Resolução CFM 2445/2025. Regulamenta o uso de ozonoterapia como procedimento médico adjuvante no tratamento de feridas e dor musculoesquelética.

1.24 CARBOXITERAPIA

A denominada carboxiterapia consiste na administração subcutânea de anidrido carbônico, gás carbônico ou CO₂, através de injeção hipodérmica, diretamente nas áreas de celulite, flacidez cutânea, estrias e gordura localizada e ainda seria indicado na terapêutica de arteriopatas, flebopatas, úlceras vasculares e psoríase, entre outras. Outro modo de aplicação seria via transcutânea ou como balneareoterapia, na forma de banho seco ou em água carbonada.

A administração terapêutica do gás carbônico iniciou-se nos anos 30 na França, é um gás atóxico presente normalmente como intermediário do metabolismo celular, o gás é o mesmo utilizado em cirurgia videolaparoscópica para realizar pneumoperitônio, histeroscopia e contraste em arteriografias, embora considerado não embólico há um relato de embolia na literatura acessada.

Possíveis efeitos colaterais limitar-se-iam a dor durante o tratamento, sensação de crepitação no local da aplicação devido a pequeno enfisema que desapareceria em média em até 30 minutos e pequenos hematomas decorrentes da punção. A maioria dos trabalhos não se relacionam com estética, nesta categoria há carência de estudos com rigor científico.

Somente alguns dos infusores de CO₂, que tem registro na ANVISA, faz constar em seu manual o uso percutâneo.

Na mídia é divulgado que o próprio fabricante de determinado equipamento informa que dados histopatológicos obtidos por biópsia, em pacientes tratados na Itália e por seu representante nos Estados Unidos, mostrariam que o método é inócuo ao tecido conectivo, incluindo-se estruturas vasculares e nervosas, e que já teriam sido realizados 20 000 (vinte mil) aplicações de carboxiterapia com índice de complicações, reações adversas e mortalidade de zero.

Os treinamentos costumam ser realizados pelas empresas que representam os aparelhos, na maioria das vezes, em locais inadequados, expondo o paciente e o médico a grandes riscos, assim como banalizando um procedimento que é invasivo.

O Departamento de Cosmiatria da Sociedade Brasileira de Dermatologia em resposta à solicitação da Delegacia Regional de Piracicaba do CREMESP, publicada no Jornal do CREMESP em julho de 2007, sobre tratamentos recomendados para a Lipodistrofia Ginóide, conhecida comumente no meio leigo como celulite, assim posicionou-se:

“A carboxiterapia ainda não está reconhecida como tratamento formal para a lipo- distrofia ginóide. Existem poucos trabalhos científicos e controlados que mostram resultados em relação a este tratamento específico. Há na literatura vários estudos utilizando esta técnica para outros tipos de alterações. Alertamos para a falta de literatura embasada de forma científica e sugerimos que sejam feitos protocolos específicos. No momento a Sociedade Brasileira de Dermatologia não fornece aval para a utilização desta técnica na lipodistrofia ginóide. Em relação a outros tratamentos, não existe uma lista de aprovação. Visto que a lipodistrofia é uma alteração com múltiplos efeitos e sintomas, o médico deve manter os princípios básicos de ética, bom senso e segurança para o paciente”.

1.24.0.1 CONCLUSÃO

Embora a constante divulgação deste método, até o momento não existe literatura que esteja de acordo com a recomendação internacional de produção científica e que comprove a eficácia da carboxiterapia, para fins estéticos ou terapêuticos, não sendo técnica isenta de risco, pois a ocorrência de infecção poderá eventualmente atingir graves dimensões, visto ser método invasivo, e embora rara poderá ocorrer embolia gasosa, portanto, é nosso entendimento, neste momento, não haver justificativa para seu uso, assim como recomendamos que não seja divulgada, por ser técnica não reconhecida e sem evidências científicas pela comunidade médica.

1.25 DERMOPIGMENTAÇÃO (ou MICROPIGMENTAÇÃO)

Introdução

A dermopigmentação, também denominada micropigmentação, consiste na introdução de pigmentos na pele com o objetivo de colorir, corrigir ou camuflar áreas específicas. É amplamente utilizada em procedimentos estéticos e também em aplicações paramédicas, como reconstrução de aréolas mamárias, camuflagem de cicatrizes e alopecias.

A delimitação do caráter médico ou não médico desse procedimento depende da profundidade de penetração cutânea, da finalidade terapêutica ou corretiva e dos riscos inerentes ao ato.

A dermopigmentação corretiva, reparadora ou paramédica, que implica penetração dérmica, risco biológico, uso de produtos controlados ou necessidade de diagnóstico, é ato médico privativo, conforme:

- Lei nº 12.842/2013, art. 4º, III e IV;
- Resolução CFM nº 2.416/2024; o Parecer CFM nº 35/2016;
- RDC Anvisa nº 752/2022.

Normas da ANVISA

A RDC nº 907/2024 define os pigmentos utilizados em procedimentos de dermopigmentação como produtos sujeitos a regularização sanitária específica.

A RDC nº 44/2009 e a RDC nº 67/2007 restringem o uso de substâncias anestésicas e produtos injetáveis de uso médico a profissionais de saúde legalmente habilitados.

Dessa forma, o uso de anestésicos injetáveis ou tópicos de uso restrito, bem como a manipulação de produtos não regularizados, caracteriza exercício ilegal da medicina.

A dermopigmentação superficial estética (epidérmica, sem anestésico controlado e sem finalidade terapêutica) não é ato médico, podendo ser realizada por profissionais da área estética conforme regulamentação sanitária.

Análise Técnica

A dermopigmentação decorativa superficial, realizada apenas na epiderme (sem sangramento, sem uso de anestésicos controlados e sem indicação terapêutica), não se enquadra como ato médico, podendo ser executada por profissionais esteticistas capacitados, desde que:

- utilizem produtos cosméticos devidamente regularizados;
- mantenham biossegurança e assepsia adequadas;
- não realizem diagnóstico, prescrição ou intervenção médica.

Por outro lado, a dermopigmentação paramédica, corretiva ou reparadora, que atinge a derme e envolve:

- reconstrução de aréolas;
- camuflagem de cicatrizes, vitiligo, alopecias;
- uso de anestésicos ou pigmentos terapêuticos;
- necessidade de avaliação diagnóstica da pele e cicatrizes; é ato médico invasivo, (Lei nº 12.842/2013, art. 4º, III).

Riscos e Complicações

Mesmo quando corretamente executada, a dermopigmentação pode gerar:

- Infecções bacterianas, fúngicas ou virais (inclusive hepatite e HIV);
- Reações granulomatosas e alérgicas a pigmentos;
- Necroses e cicatrizes hipertróficas;
- Lesões vasculares e nervosas;
- Pigmentação irregular e sequelas estéticas permanentes.

Essas intercorrências exigem diagnóstico médico imediato e tratamento adequado, o que reforça a necessidade de supervisão médica em casos invasivos ou corretivos.

SOBRE COSMÉTICOS E COSMECÊUTICOS

Conceituação Legal e Regulatória

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os cosméticos são produtos destinados à limpeza, perfumação, alteração da aparência, correção de odores corporais, proteção ou manutenção em boas condições da pele, cabelos e mucosas, sem finalidade terapêutica. Essa definição está expressa na Resolução RDC nº 752/2022, que atualiza o regulamento técnico para produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes.

Portanto, cosméticos não podem alegar propriedades terapêuticas, farmacológicas ou medicinais, tampouco promover alterações fisiológicas significativas na estrutura ou função da pele.

Já o termo “cosmecêutico”, embora amplamente difundido na literatura científica e na prática dermatológica, não possui reconhecimento jurídico-formal pela ANVISA. Trata-se de uma categoria intermediária, cunhada pela indústria e pela comunidade científica para designar produtos de uso tópico com ação biológica mais profunda que a dos cosméticos tradicionais, mas sem se enquadrar como medicamentos. Assim, o termo é de natureza científica e mercadológica, não regulatória.

Natureza e Modo de Ação

Cosméticos:

Atuam na camada superficial da pele (epiderme), com efeitos essencialmente estéticos e temporários, como hidratação, limpeza, emoliência ou coloração. Exemplos: hidratantes comuns, xampus, perfumes e maquiagens. Seu mecanismo de ação é físico ou químico simples, sem modificação funcional do tecido.

Cosmecêuticos:

São formulações que contêm ativos biologicamente ativos, capazes de atuar em níveis mais profundos da pele, como derme e junção dermoepidérmica, produzindo efeitos biológicos cumulativos e potencialmente duradouros. Contêm substâncias como retinoides, peptídeos, antioxidantes (vitamina C, E), ácidos (glicólico, salicílico), fatores de crescimento e niacinamida, que modulam processos celulares como a síntese de colágeno, renovação epidérmica e controle de melanogênese.

Entretanto, por não serem registrados como medicamentos, não há comprovação obrigatória de eficácia terapêutica nem de segurança clínica em nível farmacológico, o que restringe suas alegações de uso.

Crítérios Científicos e Dermatológicos

Os cosmecêuticos são amplamente utilizados na dermatologia médica, como adjuvantes em tratamentos de fotoenvelhecimento, acne, hiperpigmentações e rosácea. Apesar de não terem registro como fármacos, sua formulação requer conhecimento técnico em farmacodinâmica cutânea, interações químicas e avaliação dermatológica individualizada, o que justifica que sua indicação e prescrição sejam atos médicos.

Em contraste, os cosméticos comuns são de livre comercialização e uso, sem necessidade de supervisão profissional, pois não apresentam risco significativo à saúde.

Enquadramento Regulatória e Riscos

1.25.0.1 **CONCLUSÃO**

A ANVISA classifica cosméticos em dois graus de risco:

- Grau 1: baixo risco, sem necessidade de comprovação prévia de eficácia (ex: sabo-

netes, perfumes, xampus).

- Grau 2: maior risco, exigindo comprovação de segurança e eficácia (ex: filtros solares, antitranspirantes, produtos com ácidos).

Os chamados cosmecêuticos geralmente se enquadram como cosméticos de Grau 2, ainda que sejam formulados com ativos farmacologicamente ativos em baixa concentração.

O uso inadequado, sem conhecimento médico, pode causar reações adversas cutâneas, irritações, fotossensibilidade ou interações medicamentosas tópicas, especialmente em peles sensíveis ou em tratamentos combinados.

ASPECTO	COSMÉTICO	COSMECÊUTICO
Reconhecimento pela ANVISA	Sim	Não (termo científico/mercadológico)
Finalidade	Estética, higienização e embelezamento	Estética com ação biológica funcional
Profundidade de ação	Superficial (epiderme)	Profunda (junção dermoepidérmica e derme)
Evidência científica	Opcional, empírica	Necessita evidências pré-clínicas e dermatológicas
Necessidade de prescrição	Não	Recomendável, por médico dermatologista
Risco sanitário	Baixo a moderado	Moderado a alto, conforme ativo e concentração

Referências Técnicas

- Lei nº 6.360/1976 – Dispõe sobre a vigilância sanitária de cosméticos e medicamentos.
- RDC ANVISA nº 907/2024 – Regulamento técnico para produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes.
- RDC ANVISA nº 907/2024, Anexo I – Critérios de Grau 1 e Grau 2.
- Kligman AM. Cosmeceuticals. *Dermatologic Clinics*. 2000;18(4):609-615. doi:10.1016/S0733-8635(05)70211-4
- Elsner P, Maibach HI (eds). *Cosmeceuticals and Active Cosmetics: Drugs vs. Cosmetics*, 2nd ed. Boca Raton: CRC Press / Taylor & Francis; 2005.
- Resolução CFM nº 2.416/2024 – Define que a prescrição de medicamentos, tratamentos e tecnologias médicas é ato privativo do médico.

1.25.0.2 **CONCLUSÃO**

Pelas considerações acima expostas se pode concluir, que nenhum dos vários procedimentos estéticos citados com invasão da epiderme, derme e/ou subcutâneo, é isento de risco, complicação, dano ou agravo.

O diagnóstico com a indicação correta, a técnica, o manejo adequado dos produtos e equipamentos, e o conhecimento dos eventos adversos e seu tratamento específico, é fundamental para agregar benefícios e reduzir riscos nos tratamentos dermatológicos estéticos.

A regulamentação da profissão médica é essencial para proteger a sociedade, evitando que indivíduos sem preparo técnico adequado pratiquem atos danosos à saúde das pessoas. Ao mesmo tempo, as outras profissões da área da saúde precisam também de regulamentação legal, deixando claro os limites de direitos, atribuições, deveres e respeitando as limitações profissionais de cada área de atuação.

DOCUMENTO DO CFM

2 LISTA DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS ENVIADOS CONSIDERADOS INVASIVOS (ATO MÉDICO)

ENFERMAGEM

- ACUPUNTURA; Especialidade médica- procedimento médico (invasivo)
- AGREGADOS LEUCOPLAQUETÁRIOS AUTÓLOGOS; Procedimento médico (invasivo) • APLICAÇÃO DE ENZIMAS; Procedimento médico (invasivo)
- BIOESTIMULADORES; Procedimento médico (invasivo)
- BIOFOTÔNICOS; os equipamentos com tecnologia de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos
- CARBOXITERAPIA; Procedimento invasivo
- COSMECÊUTICOS; • COSMÉTICOS; • CRIOLIPÓLISE; os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos, portanto, procedimentos médicos
- DERMOPIGMENTAÇÃO; • DRENAGEM LINFÁTICA;
- ELETROCAUTERIZAÇÃO; Procedimento médico (invasivo). Os equipamentos elétricos que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e, portanto, de uso em procedimentos médicos
- ELETROTHERAPIA; Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- ELETROTHERMOFOTOTERAPIA; os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos
- ENDERMOTERAPIA/ENDERMOLOGIA;
- ENDOLASER; Procedimento médico (invasivo). Equipamentos que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimento médico exclusivo. • FIOS DE SUSTENTAÇÃO; Procedimento médico (invasivo)
- HARMONIZAÇÃO FACIAL; Utiliza procedimentos médicos invasivos (Preenchedores, toxina, bioestimuladores e fios)

- INDUÇÃO PERCUTÂNEA DE COLÁGENO; Procedimento médico (invasivo)
- LONTOFORESE;
- LIMPEZA DE PELE
- LUZ INTENSA PULSADA; Os equipamentos de LIP de alta potência que causam morte celular, apoptose e necrose(queimaduras), são invasivos (procedimentos médicos)
- MICROPIGMENTAÇÃO;
- OTOMODELAÇÃO; Procedimento médico cirúrgico (invasivo)
- PREENCHIMENTO; Procedimento médico (invasivo)
- PROCEDIMENTO ESTÉTICO INJETÁVEL PARA MICRO VASOS (PEIM); Procedimento médico (invasivo)
- PROCEDIMENTOS INJETÁVEIS; Procedimentos médicos (invasivos)
- RADIOFREQUÊNCIA; Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas, como vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos (invasivos)
- SONOFORESE (ULTRASSOM ESTÉTICO); Procedimento médico (invasivo). Os equipamentos de Ultrassom estético de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas, vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- TERAPIA COMBINADA DE ULTRASSOM E MICRO CORRENTES; somente os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas, vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- TOXINA BOTULÍNICA; Procedimento médico(invasivo).
- ULTRASSOM CAVITACIONAL; Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas, vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- VACUOTERAPIA.

ANÁLISE DA LISTA DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS ENVIADOS PELA FISIO- TERAPIA

- RECURSOS DE FOTOTERAPIA, LASER E OUTROS, EM QUALQUER POTÊNCIA, DESDE QUE OBSERVADOS OS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA E COM FINALIDADE FISIOTERAPÊUTICA. Equipamentos de laser que causam morte celular, apoptose, necrose ou lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e de uso médico.
- TOXINA BOTULÍNICA; Procedimento médico (invasivo)
- INTRADERMOTERAPIA/MESOTERAPIA; Procedimento médico (invasivo)
- HIDROLIPOCLASIA ULTRASSÔNICA; os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas, vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- BIOESTIMULADORES DE COLÁGENO, PREENCHIMENTOS DÉRMICOS, FIOS DE PDO; Procedimento médico (invasivo) • OZONIOTERAPIA; Resolução CFM 2445/2025. Regulamenta o uso de ozonoterapia como procedimento médico adjuvante no tratamento de feridas e dor musculoesquelética.
- CARBOXITERAPIA; invasivo (sem respaldo científico em estética)
- ELETROLIPÓLISE; Procedimento médico (invasivo)
- ENDOLASER. Procedimento médico (invasivo)

ANÁLISE DA LISTA DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS ENVIADOS PELA BIO- MEDICINA

- APLICAÇÃO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS COMO SHIATISU, QUICK MASSAGE, BAMBUTERAPIA, MASSAGEM COM PINDAS, COM PEDRAS QUENTES, COM VELAS AROMÁTICAS, COM ÓLEOS ESSENCIAIS;
- CONSULTA ESTÉTICA;
- BIOESTIMULADORES DE COLÁGENO; Procedimento médico (invasivo)
- BIOREMODELADORES TECIDUAIS (NÍVEL EPIDÉRMICO, DÉRMICO E HIPODÉRMICO); Procedimento médico (invasivo)
- CARBOXITERAPIA; INVASIVO
- COSMETOLOGIA;
- DEPILAÇÃO COM CERA

- DEPILACAO POR MEIO DE RECURSOS FÍSICOS, LASER E ELETROTÉRÁPICOS; os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose (queimaduras), e/ou lesão de estruturas internas, vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos. Parecer cfm23/2016
- ELETROLIFITING COM E SEM AGULHAS; Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas, vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- ELETROTÉAPIA, SONOFORESE (ULTRASSOM ESTÉTICO), IONTOFORESE, RADIOFREQUÊNCIA ESTÉTICA; os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas, vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- FIOS DE SUSTENTAÇÃO E ESTÍMULO DE COLÁGENO SEMI PERMANENTES; Procedimento médico (invasivo)
- HIDRATAÇÃO (COSMÉTICA E POR MEIO DE APARELHO);
- INTRADERMOTÉAPIA/MESOTÉAPIA; Procedimento médico (invasivo)
- LIMPEZA DE PELE;
- LUZ INTENSA PULSADA E LED; Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose (queimaduras) são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- MANOBRAS MANUAIS, COMO MASSAGEM RELAXANTE, MODELADORA, MASSAGEM CLÁSSICA;
- MICROAGULHAMENTO; Procedimento médico (invasivo)
- MICROPIGMENTAÇÃO CORRETIVA E REPARADORA;
- OZONIOTÉAPIA; Resolução CFM 2445/2025. Regulamenta o uso de ozonoterapia como procedimento médico adjuvante no tratamento de feridas e dor musculoesquelética.
- PEELINGS QUÍMICOS E MECÂNICOS; Peelings médios e profundos são Procedimento médico (invasivo)
- PREENCHIMENTOS SEMI PERMANENTES; Procedimento médico (invasivo)
- PRESCRIÇÃO DE DERMOCOSMÉTICOS – Diagnóstico e prescrição é ato médico.

- PRESCRIÇÃO E REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUE ENVOLVAM A UTILIZAÇÃO DE LASERS (DE BAIXA, MÉDIA E ALTA POTÊNCIA) E OUTROS RECURSOS TECNOLÓGICOS UTILIZADOS PARA FINS ESTÉTICOS; diagnóstico, prescrição e execução de Laser invasivo é procedimento médico. Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose (queimaduras) e lesão de estruturas internas, vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- PROCEDIMENTO ESTÉTICO INJETÁVEL PARA MICROVASOS (PEIM); Procedimento médico invasivo (Parecer CFM 48/2015)
- TERAPIAS INJETÁVEIS; Procedimento médico (invasivo)
- TRICOLOGIA; Subespecialidade médica da dermatologia.
- USO DE EQUIPAMENTOS DE CORRENTE GALVÂNICA FACIAL E CORPORAL;
- USO DE EQUIPAMENTOS COM CORRENTES POLARIZADAS ALTERNADAS, COMO ELETROLIPOFORESE E MICRO CORRENTES; somente os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas, vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- USO DE EQUIPAMENTOS DE ESTIMULAÇÃO MUSCULAR DE BAIXA E MÉDIA FREQUÊNCIA;
- USO DE EQUIPAMENTOS DE PLATAFORMA VIBRATÓRIA;
- USO DE EQUIPAMENTOS DE VACUOTERAPIA E ENDERMOLOGIA;
- USO DE EQUIPAMENTOS TERMOTERÁPICOS E CRIOTERÁPICOS; Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- USO DE TÉCNICAS DE SPA, PRÉ E PÓS-CIRÚRGICO.

ANÁLISE DA LISTA DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS ENVIADOS PELA FAR- MÁCIA.

- APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA; Procedimento médico (invasivo)
- PREENCHIMENTOS DÉRMICOS; Procedimento médico (invasivo)
- CARBOXITERAPIA; procedimento invasivo
- INTRADERMOTERAPIA/MESOTERAPIA; Procedimento médico (invasivo)

- AGULHAMENTO E MICROAGULHAMENTO ESTÉTICO; Procedimento médico (invasivo)
- CRIOLIPÓLISE; Procedimento médico (invasivo)
- FIO LIFTING DE AUTOSSUSTENTAÇÃO; Procedimento médico (invasivo)
- LASERTERAPIA ABLATIVA. Procedimento médico (invasivo). Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, apoptose e necrose (queimaduras) são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.

ANÁLISE DA LISTA DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS ENVIADOS PELOS FONO-AUDIÓLOGOS

- LASERTERAPIA; Procedimento médico (invasivo). Procedimento médico (invasivo). Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, apoptose e necrose (queimaduras) são invasivos e, portanto, procedimentos médicos
- ELETROTHERAPIA; Procedimento médico (invasivo). Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- MÉTODO MZ (ALONGAMENTO COM PEDRAS);
- ESTIMULAÇÃO NEUROFUNCIONAL;
- INFRAVERMELHO;
- ULTRASSOM; Procedimento médico (invasivo). Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
- BANDAGEM.

ANÁLISE DA LISTA DE PROCEDIMENTOS ENVIADOS PELA BIOLOGIA

- ANÁLISE DE HISTÓRICO, ANAMNESE, ACONSELHAMENTO E ORIENTAÇÃO; Diagnóstico e Prescrição Terapêutica é Ato médico.
- COSMETOLOGIA;
- ESTÉTICA FACIAL E CORPORAL;
- MICROAGULHAMENTO; Procedimento médico (invasivo)
- PRODUTOS DE ORIGEM BOTÂNICA E OUTROS DE ORIGEM NATURAL;

- TRICOLOGIA; Especialidades médica da dermatologia
 - TERAPIA CELULAR E REGENERATIVA; Procedimento médico (invasivo)
 - PEELINGS; Procedimento médico (invasivo)
 - ELETROTHERAPIA; Procedimento médico (invasivo). Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
 - ELETROTHERMOTERAPIA; Procedimento médico (invasivo). Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose e lesão de estruturas internas como vasos e nervos são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
 - FOTOTERAPIA; Procedimento médico (invasivo) Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose(queimaduras) são invasivos e, portanto, procedimentos médicos.
 - LASERTERAPIA; Procedimento médico (invasivo). Os equipamentos de alta potência que causam morte celular, necrose (queimaduras), portanto, procedimentos médicos.
 - VACUOTERAPIA/ENDERMOLÓGIA;
 - CARBOXITERAPIA; invasivo
 - OZONIOTERAPIA; Procedimento médico (invasivo)
 - INTRADERMOTERAPIA (REENCHEDORES DÉRMICOS E BIOESTIMULADORES DE COLÁGENO); Procedimento médico (invasivo)
 - MESOTERAPIA/INTRADERMOTERAPIA (INCLUSIVE PRESSURIZADA); Procedimento médico (invasivo)
 - TOXINA BOTULÍNICA; Procedimento médico (invasivo)
 - PROCEDIMENTO ESTÉTICO PARA MICROVASOS (PEIM); Procedimento médico (invasivo)
- FIOS DE POLIDIOXANONA (PDO). Procedimento médico (invasivo)

3 AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS LEGAIS DAS PROFISSÕES DE SAÚDE: ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA, BIOMEDICINA, FARMÁCIA, BIOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

ENFERMAGEM

Fundamentação Legal

Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: I - Privativamente:

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem) consulta de enfermagem) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

II - como integrante da equipe de saúde:

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Esta lei tem dois incisos que definem bem as atribuições da enfermagem.

No inciso I estão os atos de enfermagem executados com autonomia. A consulta de enfermagem onde é realizada uma entrevista para validação das queixas e principais sinais e sintomas de enfermidades, mais a mensuração e registro de sinais vitais.

Segue a prescrição dos cuidados de enfermagem como aferição regular de temperatura, pressão arterial, mobilização no leito com a mudança de decúbito, higiene, deambulação, entre outros.

Já no inciso II, está definido que os atos aí previstos serão obrigatoriamente realizados quando como componente de uma equipe de saúde, ou seja, não é um ato autônomo como o primeiro.

Neste, obrigatoriamente se requer a presença de um médico para coordenar e su-

pervisionar as ações, em virtude de sua responsabilidade pelo desencadear dos processos terapêutico-assistenciais, e responder por sua aplicação, quer direta, quer indiretamente,

DOCUMENTO DO CFM

como os atos cirúrgicos de qualquer porte, ou supervisionando a aplicação em clínica médica de sua prescrição pela enfermagem ou outros profissionais da equipe, exceto os da odontologia, decorrentes do disposto em suas leis.

O cuidado profissional da enfermagem se encerra no próprio ato de avaliar e prescrever cuidados, dele não decorrendo qualquer desdobramento. Quando autorizada a aplicar diretrizes e protocolos clínicos, não está atuando com autonomia, porque não responde pela inteireza de seus atos, os aplicando sob a supervisão de um médico.

Diretrizes e protocolos clínicos são estratégias onde um conjunto de sinais e sintomas são agrupados, sucedidos pela padronização terapêutica, na grande maioria prescrições farmacológicas em doenças de evolução previsível, tendo sempre na retaguarda um médico para fazer ajustes na terapêutica, caso algum parâmetro de controle fuja aos padrões evolutivos previstos.

No caso da enfermagem, não existe o raciocínio clínico diagnóstico, mas única e tão somente um ato técnico com inclusão de sinais e sintomas, mais a prescrição preconizada para o caso em controle. A supervisão dessas ações cabe ao médico ou ao diretor técnico médico dos estabelecimentos assistenciais públicos em medicina. Para a assistência obstétrica, a definição remete ao trabalho em equipe, nesse caso sob a supervisão do obstetra, que, segundo o texto, deve estar presente e acessível da parteira ou da Enfermeira Obstétrica para a abordagem das distocias.

O planejamento dessa assistência obriga-se a ter consultas de enfermagem e do médico em intervalos regulares para as avaliações evolutivas com tarefas bem definidas nos programas de saúde pública. O relevante é o registro de que, por lei, a parteira e a enfermeira não podem fazer o acompanhamento das gestantes em casa, ou seja, só estão autorizadas a atuar em estabelecimentos assistenciais médicos e sob a supervisão destes.

Nos partos sem distocias, estão autorizadas a fazer a episiotomia e episiorrafia, mais a aplicação de anestesia local. Apenas nessa circunstância é que existe uma autorização expressa para administração da anestesia, portanto, deve estar em ambiente médico, com infraestrutura para os primeiros socorros até a chegada do médico.

Conforme o disposto na Lei da Enfermagem, as atividades privativas do enfermeiro contemplam atos dirigidos à definição dos cuidados e, no inciso II, atos que só podem ser desenvolvidos mediante estar integrando uma equipe de saúde, que, sem a presença de médico, não poderia ser classificada como tal. Portanto, a lei não prevê a enfermagem como uma profissão com autonomia para prescrever medicamentos fora desses programas, fato que só poderá acontecer mediante pacto com regras claras de como será a supervisão do médico para os atos jurídicos decorrentes da prescrição.

Como é possível aferir, faz-se uma capacitação parcial porque a enfermagem não poderá exercer na integralidade a competência do que assume um médico e, na clínica, ao se confundir com o médico, não poderá aplicar as formalidades que a medicina impõe a seus exercentes, como atestar saúde, doença e sequelas, falar de capacidade, incapacidade

parcial e total, nem definir a causa jurídica de qualquer de seus atos com o mundo judiciário, administrativo, previdenciário, trabalhista, desportivo, acidentário penal e cível, nem, ainda, fornecer a Certidão de Óbito no caso de um desses clientes vir a falecer sob seus cuidados.

Deixando explicitamente consignado, nem a lei, nem as diretrizes curriculares, nem as resoluções normativas do Conselho Federal de Enfermagem prevê a produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos, portanto teríamos profissionais cumprindo tarefas as quais não teriam a plena capacidade de assumir.

Portanto, tanto a pretensão do COFEN, quanto a benevolência formadora dos estabelecimentos de ensino superior, esbarra na impossibilidade de se autorizar atos que não poderão ser assumidos na integralidade por quem os praticou. Todos os atos que extrapolem esses limites legais comprometem as relações intra equipe, gerando conflitos desnecessários porquanto as fronteiras são bem distintas, conforme aquilatamos nessa análise.

Em síntese:

A Lei da Enfermagem (Lei nº 7.498/1986) e Decreto nº 94.406/1987

O diploma da enfermagem não confere ao enfermeiro a formulação de diagnóstico nosológico nem a prescrição terapêutica médica. Atribui-lhe:

- direção e organização da assistência de enfermagem; • execução de cuidados de enfermagem;
- participação na prescrição de cuidados de enfermagem e na administração de medicamentos prescritos;
- realização de curativos, coletas, ações educativas e outras atividades não médicas previstas em regulamento.

O Decreto nº 94.406/1987, ao regulamentar a lei, não autoriza o enfermeiro a indicar ou executar procedimentos invasivos de natureza médica, tampouco a prescrever terapias médicas. A eventual expressão “consulta de enfermagem” refere-se ao processo de enfermagem (histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento/implementação/avaliação de cuidados de enfermagem), não a diagnóstico nosológico nem a atos médicos invasivos.

Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2013)

A lei estabelece, entre os atos privativos do médico: • a formulação do diagnóstico nosológico; • a prescrição terapêutica; • a indicação e execução de procedimentos invasivos. A finalidade estética não descaracteriza a natureza médica do ato quando envolva invasividade, riscos sistêmicos/locais ou necessidade de diagnóstico e manejo de complicações. Logo, procedimentos estéticos invasivos inserem-se no campo dos atos privativos.

Resolução CFM nº 2.416/2024

A norma reafirma que:

- o médico é o profissional legalmente habilitado para diagnóstico nosológico, prescrição de tratamentos e definição de medidas preventivas/terapêuticas;
- a indicação e execução de procedimentos invasivos.
- é vedada a delegação de atos médicos a outros profissionais, bem como a assunção de responsabilidade por atos praticados por não médicos.

Conceito funcional de “procedimento invasivo” em contexto estético

No campo médico, invasivo é o procedimento que penetra ou ultrapassa barreiras naturais (epiderme/derme/tecido subcutâneo/orifícios naturais), altera tecidos por energia (térmica, química, mecânica, elétrica, luminosa) com potencial de lesão de nervos/vasos, necrose, infecção sistêmica, reação anafilática e outras intercorrências que exigem diagnóstico, indicação, monitorização e intervenção médica.

Exemplos típicos (não exaustivos): toxina botulínica, preenchedores, bioestimuladores, fios de suspensão, peelings médio/profundo, laser e radiofrequência ablativos/invasivos, microagulhamento médico (profundo), PRP/PRF e infiltrações intradérmicas/subcutâneas, PEIM, lipoaspiração, entre outros.

Aspectos técnicos, éticos e de segurança sanitária

A execução de procedimentos invasivos requer:

- Diagnóstico médico prévio e individualizado;
- Avaliação de contraindicações clínicas e medicamentosas;
- Capacidade de intervir em complicações agudas e sistêmicas (como necroses, embolias, infecções, reações alérgicas graves, anafilaxia, etc.).
- A produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos (Juridicidade)

Incompetência normativa de Conselhos não médicos para ampliar escopo de prática médica

Resoluções de conselhos profissionais não podem contrariar lei federal nem ampliar competências para abarcar atos privativos de outra profissão. Como a Lei nº 12.842/2013 reserva ao médico os procedimentos invasivos (inclusive estéticos), não há espaço jurídico para que atos normativos da área de enfermagem autorizem tais práticas. Qualquer permissivo infralegal nesse sentido seria nulo por ilegalidade e usurpação de competência.

Conclusão Diante do conjunto normativo:

- 1) A Lei do Ato Médico (12.842/2013) reserva aos médicos o diagnóstico nosológico, a prescrição terapêutica e a indicação/execução de procedimentos invasivos, o que inclui os estéticos invasivos.

- 2) A Lei da Enfermagem (7.498/1986) e o Decreto 94.406/1987 não conferem aos profissionais de enfermagem competência para atos médicos; sua atuação limita-se à assistência de enfermagem e a procedimentos compatíveis com seu escopo próprio.
- 3) A Resolução CFM nº 2.416/2024 reforça a indelegabilidade dos atos médicos e a responsabilidade ética do médico na indicação e execução de procedimentos, inclusive estéticos.

Assim, profissionais da enfermagem não podem realizar atos médicos, a exemplo dos procedimentos estéticos classificados como invasivos. Qualquer autorização infralegal em sentido diverso carece de validade jurídica e afronta a legislação federal vigente.

DOCUMENTO DO CFM

4 FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

4.1 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

DECRETO-LEI Nº 938, DE 13 DE OUTUBRO DE 1969 - Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências.

Art. 3º É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente.

Art. 4º É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

A fisioterapia e a terapia ocupacional têm o mesmo fim de apoio a restaurar habilidades funcionais, quer no aspecto físico, quer no mental dos pacientes. A tarefa é das mais relevantes e, conforme disposição em lei, foi criada para executar métodos e técnicas para a reabilitação funcional de pessoas que a necessitem.

Sua relação é estreita com qualquer área da medicina, mas as mais afeitas são a fisioterapia, a ortopedia, a reumatologia e a neurologia, a medicina do esporte, cirurgia plástica, a cardiologia e a psiquiatria. A fisioterapia, pelas aplicações das técnicas fisioterapêuticas para a reabilitação física dos enfermos, e a psiquiatria, pelos aspectos terapêuticos da ocupação de enfermos mentais ou portadores de doenças e síndromes cerebrais, que se beneficiam com o planejamento e execução de tarefas físicas ou de expressão plástica.

As avaliações e reavaliações fisioterapêuticas decorrem de uma consulta de entrada, na qual se colhe dados aplicando métodos próprios, para se identificar o problema cinético funcional e definir método e técnica de reabilitação a serem aplicados, sendo pertinente a previsão de tais aspectos em sua formação.

Não se pode falar em diagnóstico de doença nem em propedêutica como na medicina. É complementar à medicina e desta prescinde para lidar com os aspectos médicos da prescrição. Se o fisioterapeuta realiza suas entrevistas para avaliações funcionais e decorrentes prescrições e aplicações das técnicas de reabilitação, necessita do diagnóstico de doenças, ato privativo dos médicos para aplicação de seu saber. A alteração de função é mais que uma manifestação cinético-funcional, por estar sempre associada a diferentes doenças vinculadas aos diversos órgãos e sistemas do corpo humano.

A lei diz peremptoriamente que esses profissionais executam a aplicação de técnicas fisioterápicas e terapêuticas ocupacionais. Em decorrência dessa definição é que os encaminhamentos são feitos. O número de sessões para aplicação da técnica decorre da indicação dos médicos, podendo ser reduzido ou ampliado dependendo dos aspectos evolutivos da enfermidade numa troca harmônica de informações entre fisioterapeuta/terapeuta ocupacional e o médico que assiste ao paciente.

Pode-se então falar em encerramento das sessões de fisioterapia ou terapia ocupacional, nunca da alta, porque esta é médica e decorre dos aspectos evolutivos da doença,

inclusive sua cura. As diretrizes curriculares desde 2002 ampliam o espectro do saber dos profissionais da área, contrariando o que a lei determinou como base para o exercício da profissão.

A universidade não é um território à parte do Estado brasileiro, estando sujeita às mesmas regras que qualquer outra instância pública, privada ou mesmo do cidadão comum, todos sujeitos à Constituição, o instrumento maior da organização do Estado e das leis que regulam a nação, para gerar equilíbrio e senso de justiça na relação entre pessoas, instituições e entre ambas.

Como é possível aferir, faz-se uma capacitação parcial porque a fisioterapia e terapia ocupacional não poderão exercer na integralidade a competência do que assume um médico e, na clínica, ao se confundir com o médico, não poderão aplicar as formalidades que a medicina impõe a seus exercentes, como atestar saúde, doença e sequelas, falar de capacidade, incapacidade parcial e total, nem definir a causa jurídica de quaisquer de seus atos com o mundo judiciário, administrativo, previdenciário, trabalhista, desportivo, acidentário penal e cível, nem, ainda, fornecer a Certidão de Óbito no caso de um desses clientes vir a falecer sob seus cuidados.

Deixando explicitamente consignado, nem a lei, nem as diretrizes curriculares, nem as resoluções normativas do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional prevê a produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos, portanto teríamos profissionais cumprindo tarefas as quais não teriam a plena capacidade de assumir.

Portanto, tanto a pretensão do COFITO, quanto a benevolência formadora dos estabelecimentos de ensino superior, esbarram na impossibilidade de se autorizar atos que não poderão ser assumidos na integralidade por quem os praticou.

Todos os atos que extrapolem esses limites legais comprometem as relações intraequipe, gerando conflitos desnecessários porquanto as fronteiras são bem distintas, conforme aquilatamos nessa análise.

Em síntese:

A Lei nº 6.316/1975 – Lei que Cria e Regula a Profissão de Fisioterapeuta

A referida lei e seu decreto regulamentador (Decreto nº 938/1969) definem que:

“Art. 3º – Compete ao fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.”

Em nenhum momento a legislação que rege a fisioterapia autoriza a execução de atos invasivos, diagnósticos médicos ou prescrição de tratamentos clínico-terapêuticos.

A atuação do fisioterapeuta é limitada a meios físicos e naturais não invasivos, no âmbito da reabilitação funcional, prevenção de incapacidades e promoção da saúde, sob diagnóstico médico prévio.

O art. 4º do Decreto nº 938/69 reforça que:

“O fisioterapeuta só poderá iniciar o tratamento após o diagnóstico e a prescrição

médica.” Logo, qualquer ato terapêutico que envolva invasão corporal ou indicação autônoma de tratamento extrapola completamente a competência legal da fisioterapia”

A Lei nº 12.842/2013 – Lei do Ato Médico

A Lei do Ato Médico, em seu art. 4º, define como atos privativos dos médicos:

“I – a formulação do diagnóstico nosológico e a prescrição terapêutica correspondente;

II – a indicação e a execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos;

III – a prescrição de órteses e próteses de uso médico;

IV – a emissão de laudos periciais e atestados médicos.”

Tais atos exigem diagnóstico clínico prévio, avaliação de risco, domínio de farmacologia, anatomia e fisiopatologia, bem como capacidade legal para lidar com complicações e urgências — prerrogativas exclusivas do profissional médico.

O art. 4º do Decreto nº 938/69 reforça que:

“O fisioterapeuta só poderá iniciar o tratamento após o diagnóstico e a prescrição médica.” Logo, qualquer ato terapêutico que envolva invasão corporal ou indicação autônoma de tratamento extrapola completamente a competência legal da fisioterapia.

Resolução CFM nº 2.416/2024.

A referida resolução, que dispõe sobre os atos médicos e reforça a exclusividade médica em procedimentos invasivos, dispõe:

Art. 2º Compete ao médico a prática de todos os atos diagnósticos e terapêuticos que envolvam risco à integridade física e psíquica do paciente, inclusive os estéticos, especialmente os que implicam o uso de substâncias, equipamentos, técnicas ou métodos invasivos, eletromédicos, radioativos ou biológicos.”

E ainda:

“Art. 4º – É vedado ao médico delegar ou assumir responsabilidade por atos praticados por outros profissionais fora dos limites de sua habilitação legal.”

Portanto, a execução de procedimentos invasivos estéticos por fisioterapeutas configura invasão do ato médico, e o médico que os permitir ou supervisionar indevidamente pode ser responsabilizado eticamente.

CARACTERIZAÇÃO DOS ATOS INVASIVOS

São considerados procedimentos invasivos — mesmo que com finalidade estética — todos aqueles que:

- rompem ou ultrapassam a barreira cutâneo-mucosa (ex.: injeções, agulhamento, aplicação de preenchedores, bioestimuladores, toxina botulínica, fios, microagulhamento, peelings médios e profundos, cirurgias etc;
- utilizam aparelhos eletromédicos com potencial ablativo, térmico ou de coagulação

tecidual que causam morte celular, apoptose e necrose tecidual.

DOCUMENTO DO CFM

- implicam risco sistêmico ou local, exigindo conhecimento médico para avaliação e manejo.

Esses atos não podem ser executados por fisioterapeutas, pois não integram o campo técnico-científico da fisioterapia, mas sim da medicina.

Aspectos técnicos, éticos e de segurança sanitária

A execução de procedimentos invasivos requer:

- Diagnóstico médico prévio e individualizado;
- Avaliação de contraindicações clínicas e medicamentosas;
- Capacidade de intervir em complicações agudas e sistêmicas (como necroses, embolias, infecções, reações alérgicas graves, anafilaxia, etc.).
- A produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos (Juridicidade)

Limites Éticos e Responsabilidade Profissional

A tentativa de ampliar o escopo de atuação por meio de resoluções de conselhos de classe não tem poder de alterar a lei federal.

Assim, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) não pode, por resolução, autorizar a prática de atos médicos, sob pena de usurpar competência privativa da medicina, incorrendo em infração administrativa e penal (arts. 282 e 284 do Código Penal – exercício ilegal da medicina).

Conclusão

Conclui-se, portanto, que o fisioterapeuta não pode realizar procedimentos médicos invasivos, ainda que estéticos, como aplicações injetáveis, peelings profundos, microagulhamento, uso de equipamentos ablativos ou procedimentos com potencial de risco tecidual ou sistêmico.

Tais práticas são atos privativos da medicina, e sua execução por outros profissionais viola a legislação federal vigente, as normas éticas e o dever de proteção à saúde da população.

5 BIOMEDICINA

Fundamentação Legal da Profissão de Biomédico

LEI Nº6.684, DE 3 DE SETEMBRO DE 1979 (Regulamentada pelo Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983.)

LEI Nº6.684, DE 3 DE SETEMBRO DE 1979

(Regulamentada pelo Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983.)

Regulamenta as profissões de Biólogo e de Biomédico, cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Biologia e Biomedicina, e dá outras providências.

CAPÍTULO II

Da Profissão de Biomédico

Art. 3º O exercício da profissão de biomédico é privativo dos portadores de diploma:

I - Devidamente registrado, de bacharel em curso oficialmente reconhecido de Ciências Biológicas, modalidade médica;

II - Emitido por instituições estrangeiras de ensino superior, devidamente revalidado e registrado como equivalente ao diploma mencionado no inciso anterior.

Art. 4º Ao Biomédico compete atuar em equipes de saúde, a nível tecnológico, nas atividades complementares de diagnósticos.

Art. 5º Sem prejuízo do exercício das mesmas atividades por outros profissionais igualmente habilitados na forma da legislação específica, o Biomédico poderá:

I - Realizar análises físico-químicas e microbiológicas de interesse para o saneamento do meio ambiente;

II - Realizar serviços de radiografia, excluída a interpretação;

III - atuar, sob supervisão médica, em serviços de hemoterapia, de radiodiagnóstico e de outros para os quais esteja legalmente habilitado;

IV - Planejar e executar pesquisas científicas em instituições públicas e privadas, na área de sua especialidade profissional.

Parágrafo único.

O exercício das atividades referidas nos incisos I a IV deste artigo fica condicionado ao currículo efetivamente realizado que definirá a especialidade profissional.

A biomedicina atua na área da saúde a nível tecnológico decorrente da necessidade de se construir uma área da biologia em apoio direto à medicina. Como visto no texto legal, o biomédico pode realizar exames bromatológicos, bem como exames de análises clínicas, cujos laudos têm autonomia para assinar. Contudo, nos serviços de hemoterapia, de radiodiagnóstico (sem emissão do laudo) e quaisquer outros, só poderão atuar sob supervisão médica. Em nenhum momento essa lei remete ao biomédico o contato com o enfermo para avaliação, prescrição e aplicação de tratamentos.

As diretrizes curriculares da biomedicina, tanto quanto a lei que criou esse curso de perfil tecnológico, com o intuito de formar pessoas para auxiliar o médico no apoio ao

diagnóstico quando atuando na área médica, não dá espaço para outras interpretações nem admite que executem atos que envolvam diagnóstico, prescrição terapêutica e prática de atos invasivos de qualquer natureza.

DOCUMENTO DO CFM

Atuam na medicina realizando exames de análises clínicas, assinando seus laudos, realizando exames de raio X, sem assinar seus laudos, e atuando em serviços de hematologia e hemoterapia sob rigorosa supervisão médica.

A universidade não é um território à parte do Estado brasileiro estando sujeito às mesmas regras que qualquer outra instância pública, privada ou mesmo do cidadão comum, todos sujeitos à Constituição, o instrumento maior da organização do Estado e das leis que regulam a nação, para gerar equilíbrio e senso de justiça na relação entre pessoas, instituições e entre ambas.

Como é possível aferir, faz-se uma capacitação parcial porque o biomédico não poderá exercer na integralidade a competência do que assume um médico e, na clínica, ao se confundir com o médico, não poderá aplicar as formalidades que a medicina impõe a seus exercentes, como atestar saúde, doença e sequelas, falar de capacidade, incapacidade parcial e total, nem definir a causa jurídica de quaisquer de seus atos com o mundo judiciário, administrativo, previdenciário, trabalhista, desportivo, acidentário penal e cível, nem, ainda, fornecer a Certidão de Óbito no caso de um desses clientes vir a falecer sob seus cuidados.

Deixando explicitamente consignado, nem a lei, nem as diretrizes curriculares, nem as resoluções normativas do Conselho Federal de Biomedicina prevê a produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos, portanto teríamos profissionais cumprindo tarefas as quais não teriam a plena capacidade de assumir.

Portanto, tanto a pretensão do CFBM, quanto a benevolência formadora dos estabelecimentos de ensino superior, esbarra na impossibilidade de se autorizar atos que não poderão ser assumidos na integralidade por quem os praticou. Todos os atos que extrapolem esses limites legais comprometem as relações intraequipe, gerando conflitos desnecessários porquanto as fronteiras são bem distintas, conforme aquilatamos nessa análise.

A Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979, regulamenta o exercício da profissão de biomédico e cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Biomedicina. De acordo com o art. 5º dessa lei, compete ao biomédico:

“Exercer atividades referentes a análises físico-químicas e microbiológicas, inclusive de natureza ambiental; análises clínicas; pesquisa e desenvolvimento de métodos e técnicas para uso nas atividades laboratoriais; exercer o ensino e a pesquisa nas áreas de ciências biológicas e da saúde, observadas as disposições legais pertinentes.” Em nenhum dispositivo da lei consta autorização para o ato de diagnóstico clínico, prescrição terapêutica, execução de procedimentos invasivos, indicação de tratamento ou uso de fármacos de uso restrito a médicos. O exercício da biomedicina está, portanto, circunscrito ao campo laboratorial, técnico e de pesquisa, não abrangendo atos clínico-terapêuticos. Mesmo as Resoluções do Conselho Federal de Biomedicina (CFBM) que tratam de habilitações em “bio- medicina estética” (como a Resolução CFBM nº 241/2014 e suas posteriores alterações) não possuem força legal para ampliar o escopo profissional além do que a lei permite. Conselhos profissionais não podem criar prerrogativas não previstas em lei federal (Súmula

DOCUMENTO DO CFM

Ato Médico e Exclusividade Legal do Médico

A Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), em seu art. 4º, incisos III e IV, define como atos privativos do médico:

Art. 4º São atividades privativas do médico:

(...)

III – indicação e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, tera- pêuticos ou estéticos;

IV – prescrição de terapêutica e de medicamentos;

Além disso, o §6º do mesmo artigo define ato invasivo como:

“Aquele que, por qualquer via, penetre no interior do corpo humano, com o objetivo de diagnóstico, tratamento, ou estética, seja por meio de instrumentos, substâncias ou outros meios físicos e químicos.”
Portanto, qualquer procedimento que ultra- passe a epiderme, envolva penetração tecidual, induza necrose, coagulação, lesão térmica ou química, ou utilize fármacos injetáveis, anestésicos, radiofrequência, ultrassom focalizado, luz intensa pulsada, lasers, peeling médio/profundo, entre outros, é ato médico privativo.

A Resolução CFM nº 2.416/2024 reafirma os limites éticos e técnicos da prática médica e define:

“O médico é o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capaci- tado para realizar diagnóstico nosológico, prescrever tratamento e definir medidas específicas de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.
É vedado ao médico delegar a outros profissionais atos privativos da medicina, bem como assumir responsabilidade por atos praticados por não médicos.”

Interpretação Sistêmica e Jurisprudência

Os tribunais têm reiteradamente decidido que o exercício de atos invasivos por profissionais não médicos viola a Lei do Ato Médico e configura exercício ilegal da medicina, conforme o art. 282 do Código Penal. Além disso, a ampliação indevida de competências por resoluções de conselhos profissionais é nula de pleno direito, por ferir o princípio da legalidade estrita das profissões regulamentadas (art. 5º, XIII da Constituição Federal).

Aspectos técnicos, éticos e de segurança sanitária

Procedimentos estéticos invasivos (como aplicação de toxina botulínica, preenchedores dérmicos, bioestimuladores, fios de sustentação, peeling de fenol, lasers ablativos, PRP, microagulhamento profundo, entre outros) implicam riscos anatômicos, vasculares, infecciosos e sistêmicos que exigem diagnóstico, domínio de farmacologia, anatomia, fisiopatologia e manejo de complicações – conhecimentos privativos da formação médica.

O biomédico não possui na sua formação curricular nem habilitação clínica para o manejo terapêutico e emergencial dessas intercorrências, tampouco para o uso de anestésicos, prescrição de fármacos controlados ou condutas de suporte avançado.

A execução de procedimentos invasivos requer:

- Diagnóstico médico prévio e individualizado;

- Avaliação de contraindicações clínicas e medicamentosas;

DOCUMENTO DO CFM

- Capacidade de intervir em complicações agudas e sistêmicas (como necroses, embolias, infecções, reações alérgicas graves, anafilaxia, etc.).
- A produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos (Juridicidade)

Conclusão

À luz da legislação vigente, conclui-se que:

- 1) A Lei nº 6.684/1979 limita o exercício da biomedicina a atividades laboratoriais, analíticas, de pesquisa e ensino, não incluindo atos clínico-terapêuticos ou invasivos;
- 2) A Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico) estabelece que somente o médico pode indicar e executar procedimentos invasivos, inclusive estéticos;
- 3) A Resolução CFM nº 2.416/2024 reforça que o médico não pode delegar, convalidar ou supervisionar a prática de atos privativos a profissionais não habilitados;
- 4) Qualquer resolução do Conselho de Biomedicina que autorize tais práticas não tem respaldo legal, por extrapolar a competência regulamentar da autarquia e contrariar lei federal e normas sanitárias da ANVISA;
- 5) Assim, a execução de procedimentos invasivos por biomédicos configura exercício ilegal da medicina (art. 282 do CP) e risco à saúde pública, devendo ser coibida por órgãos fiscalizadores.

Diante do exposto, é vedado ao profissional biomédico executar qualquer ato médico invasivo, ainda que de finalidade estética, por ausência de amparo legal, técnico e ético. Somente o médico, devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina e capacitado, pode realizar tais procedimentos, conforme determina a Lei do Ato Médico, a Resolução CFM nº 2.416/2024 e demais normas sanitárias e penais aplicáveis.

6 FARMÁCIA

O DECRETO Nº 20.931, DE 11 DE JANEIRO DE 1932 Em seu artigo 15, que trata dos deveres dos médicos, assim se exprime na relação com os farmacêuticos em sua letra:

- b) escrever as receitas por extenso, legivelmente, em vernáculo, nelas indicando o uso interno ou externo dos medicamentos, o nome e a residência do doente, bem como a própria residência ou consultório;
- c) ratificar em suas receitas a posologia dos medicamentos, sempre que esta for anormal, eximindo assim o farmacêutico de responsabilidade no seu aviamento;

Está muito claro, nas alíneas “b” e “c”, qual a fronteira existente entre o papel do médico e do farmacêutico no manejo de receitas, e a dispensação destas. Um prescreve, o outro avia, inclusive no inciso “c” está clara ao abordar a “assistência farmacêutica como o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados, não lhes confere salvo-conduto para agir como se médicos fossem construindo a história clínica para fazer diagnóstico, prescrever terapêutica, aplicar procedimento invasivo ou mesmo cumprir com formalidades clínicas-jurídicas para produzir os efeitos legais da relação com os pacientes emitindo documentos de natureza médico-jurídica.

Além disso, as regras sanitárias impõem a prescrição de fármacos mediante receita médica (e de dentistas nos casos específicos da odontologia), restando a dispensação dos medicamentos isentos de prescrição (MIP), que, a rigor, podem ser comprados livremente no balcão das farmácias, não havendo qualquer restrição a sua aquisição; em outras palavras, o consultório nas farmácias não tem o condão de obrigar a realização de consulta para comprar estes produtos.

Para melhor compreensão da análise que está sendo feita nesta exposição, comentaremos do artigo 13, à luz do que o legislador escreveu, cada inciso relacionado aos atos convergentes com a prática da medicina:

- I - Notificar os profissionais de saúde e os órgãos sanitários competentes, bem como o laboratório industrial, dos efeitos colaterais, das reações adversas, das intoxicações, voluntárias ou não, e da farmacodependência observados e registrados na prática da farmacovigilância; está dentro de sua competência e formação expedir informações de farmacovigilância, como explicitado em seu conteúdo. É uma ação convergente e de elevada importância para a saúde da população.
- II - Organizar e manter cadastro atualizado com dados técnico-científicos das drogas, fármacos e medicamentos disponíveis na farmácia; também se reporta a seu papel de controle do que distribui ou comercializa em suas dependências.
- III - Proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, internados ou não, em estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, de natureza pública ou privada;

O que está escrito, para além da dispensação dos fármacos e insumos farmacêuticos, poderá auxiliar no controle evolutivo das prescrições, contudo, não coloca o farmacêutico

à cabeceira do enfermo, apenas autoriza que, em sendo demandado, poderá prestar esclarecimentos ao médico sobre questões específicas.

DOCUMENTO DO CFM

Afinal, o médico, em sua formação, precisa conhecer as ciências farmacêuticas para prescrever os medicamentos no que for preciso ao tratamento das doenças por ele diagnosticadas, o que só será possível se conhecer o perfil farmacocinético, farmacodinâmico, os efeitos adversos, as possíveis interações com outros fármacos e alimentos, a indicação (e possíveis usos off-label decorrentes de sua observação), a dose terapêutica e as modulações posológicas necessárias e adequadas ao organismo que está recebendo o tratamento, convocando outros profissionais apenas quando se fizer necessário e a seu juízo.

IV- Estabelecer protocolos de vigilância farmacológica de medicamentos, produtos farmacêuticos e correlatos, visando a assegurar o seu uso racionalizado, a sua segurança e a sua eficácia terapêutica.

Está claro que este papel é de Além da contrariedade às leis vigentes no Brasil, a formação do farmacêutico não lhe confere a competência plena para executar a tarefa que lhe atribui o Conselho Federal de Farmácia através de seus instrumentos normativos, nem a formação acadêmica pode ampliar essa capacidade a seu bel prazer ou sob o manto da autonomia universitária.

A universidade não é um território à parte do Estado brasileiro, estando sujeita às mesmas regras que qualquer outra instância pública, privada ou mesmo o cidadão comum, todos sujeitos à Constituição, o instrumento maior da organização do Estado e das leis que regulam a nação, para gerar equilíbrio e senso de justiça na relação entre pessoas, instituições e entre ambas.

Como é possível aferir, faz-se uma capacitação parcial porque o farmacêutico não poderá exercer integralmente a competência do que assume um médico e, na clínica médica, ao se confundir com o médico, não poderá aplicar as formalidades que a medicina impõe a seus exercentes, como atestar saúde, doença e sequelas, falar de capacidade e incapacidade parcial e total, nem definir a causa jurídica de quaisquer de seus atos com o mundo judiciário, administrativo, previdenciário, trabalhista, desportivo, acidentário penal e cível, nem, ainda, fornecer Certidão de Óbito no caso de um desses clientes vir a falecer sob seus cuidados.

Deixando explicitamente consignado, nem a lei, nem as diretrizes curriculares, nem as resoluções normativas do Conselho Federal de Farmácia prevê a produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos, portanto teríamos profissionais cumprindo tarefas as quais não teriam a plena capacidade de assumir fundamental importância para segurança da população e das políticas de saúde pública.

V - Estabelecer o perfil farmacoterapêutico no acompanhamento sistemático do paciente, mediante elaboração, preenchimento e interpretação de fichas farmaco- terapêuticas;

VI - Prestar orientação farmacêutica, com vistas a esclarecer ao paciente a relação benefício e risco, a conservação e a utilização de fármacos e medicamentos inerentes à terapia, bem como as suas interações medicamentosas e a importância

do seu correto manuseio.

Nos estabelecimentos assistenciais em medicina (de Postos de Saúde a Hospitais), o farmacêutico compõe a equipe terapêutica dirigida ou coordenada pelo médico. Seria contraproducente, antieconômico e uma invasão ao ato médico o farmacêutico supervisionando as prescrições médicas sem haver sido formalmente chamado à cabeceira dos doentes.

No estabelecimento comercial farmacêutico, também seria contraproducente para a economia popular que em cada farmácia, para adquirir um produto com ou sem prescrição médica ou odontológica, o cliente tivesse que abrir uma ficha farmacoterapêutica para construir seu perfil farmacológico.

Quanto ao inciso VI, se espontaneamente alguém desejar fazer uma consultoria para conhecimento dos medicamentos, riscos e benefícios, segurança no uso, formas de conservação e sua utilização, interações, entre tantos outros esclarecimentos, nada a objetar, desde que se dê em caráter espontâneo, nunca compulsório (é sabido de discussão e pleito para que os Medicamentos Isentos de Prescrição sejam comercializados mediante avaliação dos clientes nas farmácias). Mesmo assim, este inciso não está autorizando a prática de procedimentos diagnósticos de doença e as correspondentes prescrições terapêuticas aos farmacêuticos, apenas a elaboração de uma ficha para assentamento do perfil farmacoterapêutico das pessoas, e um consultório para esclarecimentos sobre o perfil farmacológico dos medicamentos.

Cada profissão regulamentada em Lei exige do aparelho formador, da academia, a construção de diretrizes curriculares para qualificar bacharéis, licenciados e tecnólogos. Além da contrariedade às leis vigentes no Brasil, a formação do farmacêutico não lhe confere a competência plena para executar a tarefa que lhe atribui o Conselho Federal de Farmácia através de seus instrumentos normativos, nem a formação acadêmica pode ampliar essa capacidade a seu bel prazer ou sob o manto da autonomia universitária.

Fundamentação legal e técnico-científica

1. Do escopo da profissão farmacêutica

A profissão de farmacêutico é regulamentada pela Lei nº 3.820/1960, que instituiu o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e pela Lei nº 13.021/2014, que define a farmácia como estabelecimento de saúde destinado à assistência farmacêutica, orientação sanitária e dispensação de medicamentos.

O art. 2º da Lei nº 13.021/2014 dispõe que “A farmácia é unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, compreendendo o acompanhamento farmacoterapêutico, o controle, a dispensação e a manipulação de medicamentos.”

A competência técnica e legal do farmacêutico está restrita à manipulação, controle de qualidade, vigilância sanitária e orientação no uso de medicamentos, não abrangendo a execução de atos terapêuticos invasivos.

2. Da Lei do Ato Médico – Lei nº 12.842/2013

A Lei nº 12.842/2013 define as atividades privativas do médico.

O art. 4º, incisos II e III, estabelece como atos privativos dos médicos: II – indicação e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos; III – prescrição de terapias e procedimentos estéticos que envolvam ruptura da barreira cutâneo-mucosa ou risco de complicações sistêmicas.

Assim, qualquer procedimento que cause lesão tecidual, penetração de substâncias, ruptura da pele ou mucosa, ou manipulação direta de estruturas anatômicas internas é considerado invasivo e privativo do médico.

Portanto, procedimentos como aplicação de toxina botulínica, preenchimentos, intradermoterapia, bioestimuladores, peeling médio ou profundo, microagulhamento avançado, laser ablativo, entre outros, são atos médicos, independentemente de sua finalidade estética.

3. Da Resolução CFM nº 2.416/2024

A Resolução CFM nº 2.416/2024 dispõe sobre o exercício ético da medicina e reforça que:

“O médico é o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para realizar diagnóstico nosológico, prescrever tratamento e definir medidas específicas de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.”

E ainda:

“É vedado ao médico delegar a outros profissionais atos privativos da medicina, bem como assumir responsabilidade por atos praticados por pessoas não habilitadas.”

Esta resolução reafirma que a prescrição de medicamentos, a realização de terapêuticas invasivas e o manejo de tecnologias com potencial de risco à integridade física do paciente são atos exclusivos do médico, cuja execução requer formação técnico-científica e responsabilidade profissional compatíveis com o risco envolvido.

4. Da ausência de respaldo legal nas normas do Conselho Federal de Farmácia (CFF)

Embora o CFF tenha editado resoluções (como as de nº 573/2013 e 616/2015) que tentam ampliar o campo de atuação do farmacêutico para áreas “estéticas”, nenhuma dessas normas pode se sobrepor às leis federais que delimitam o ato médico.

Os conselhos profissionais não possuem poder para alterar competência legal definida em lei, e suas resoluções têm natureza infralegal e administrativa, devendo respeitar a hierarquia normativa.

Assim, qualquer resolução do CFF que permita a execução de procedimentos invasivos extrapola a lei que rege a profissão e invade campo técnico-legal reservado aos médicos, configurando usurpação de ato médico e possível exercício ilegal da medicina (art. 282 do Código Penal).

5. Aspectos técnicos, éticos e de segurança sanitária

A execução de procedimentos invasivos requer:

- Diagnóstico médico prévio e individualizado;
- Avaliação de contraindicações clínicas e medicamentosas;
- Capacidade de intervir em complicações agudas e sistêmicas (como necroses, embolias, infecções, reações alérgicas graves, anafilaxia, etc.).
- A produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos (Juridicidade)

Esses elementos são inerentes à formação médica, e sua ausência coloca em risco direto a segurança do paciente, violando os princípios éticos da beneficência e da não maleficência.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que:

- 1) O farmacêutico não possui respaldo legal, técnico nem ético para executar atos médicos invasivos, mesmo quando de finalidade estética, pois sua legislação profissional (Lei nº 13.021/2014) não confere tal atribuição.
- 2) A Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2013) reserva expressamente aos médicos a indicação e execução de procedimentos invasivos.
- 3) A Resolução CFM nº 2.416/2024 reforça a exclusividade médica na realização de terapêuticas invasivas e a proibição de delegação desses atos.
- 4) Qualquer autorização infralegal emitida por outro conselho profissional que permita a execução de procedimentos invasivos extrapola o limite da lei e configura invasão de competência médica, exercício ilegal da medicina e risco à saúde pública.

Pelo exposto, os procedimentos invasivos, ainda que com finalidade estética, são atos médicos privativos, sendo vedada sua realização por farmacêuticos sob qualquer justificativa legal, técnica ou administrativa.

7 BIÓLOGOS

Fundamentação legal e técnico-científica

Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979 Cria os Conselhos Federal e Regionais de Biologia e regulamenta a profissão de Biólogo.

1. Criação e fiscalização profissional

- Cria o Conselho Federal de Biologia (CFBio) e os Conselhos Regionais de Biologia (CRBios).
- Define que somente os profissionais registrados nos CRBios podem exercer legalmente a profissão de biólogo no Brasil.

2. Habilitação profissional

- O exercício da profissão é privativo dos portadores de diploma de curso superior em Ciências Biológicas (bacharelado ou licenciatura plena), expedido por instituição reconhecida.

3. Prerrogativas e campos de atuação

O biólogo pode atuar em atividades de pesquisa, ensino, análise, experimentação, perícia, consultoria, assessoramento e extensão, referentes a temas das Ciências Biológicas, incluindo:

- Meio ambiente, ecologia e biodiversidade;
- Saúde pública e vigilância ambiental;
- Biotecnologia e biossegurança;
- Recursos naturais, fauna, flora e microbiologia;
- Planejamento e gestão ambiental;
- Educação e difusão científica na área biológica.

4. Atribuições específicas

O detalhamento das atividades e campos de atuação foi definido posteriormente pelo:

Decreto nº 88.438, de 28 de junho de 1983 Regulamenta a Lei nº 6.684/1979.

Principais disposições:

- Define o âmbito das atividades do biólogo, estabelecendo que o profissional pode:
 - Realizar pesquisas e estudos biológicos em qualquer área da Biologia;

- Dirigir, supervisionar e coordenar equipes técnicas nas áreas biológicas;
- Emitir laudos, pareceres e relatórios técnicos sobre assuntos de sua especialidade;
- Atuar em programas de controle ambiental, sanitário e biotecnológico;
- Trabalhar em instituições de ensino, pesquisa, consultorias, órgãos públicos e empresas privadas ligadas à área biológica.

Fundamentação: por que biólogos não podem realizar consultas nem atos médicos, ainda que com finalidade estética

1) Princípio legal da reserva de atos privativos da medicina

A Lei Federal nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico) define que são atos privativos do médico:

- O diagnóstico nosológico (art. 4º, I);
- A prescrição terapêutica e a execução de procedimentos invasivos (art. 4º, III e IV);
- A indicação e realização de intervenções estéticas invasivas (art. 4º, § 6º);
- A direção e supervisão de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que possam causar risco ao paciente.

Portanto, qualquer consulta que envolva avaliação clínica, diagnóstico, prescrição ou intervenção terapêutica — inclusive com finalidade estética — é ato médico exclusivo, vedado a profissionais que não possuam registro no Conselho Regional de Medicina (CRM).

2. Limites legais da profissão de biólogo

Conforme a Lei nº 6.684/1979 e o Decreto nº 88.438/1983, o biólogo pode atuar em:

- pesquisa científica, ensino, consultoria técnica, análises laboratoriais, biotecnologia, ecologia, gestão ambiental e biossegurança;
- mas não em atividades que envolvam avaliação, diagnóstico, prescrição ou intervenção sobre o corpo humano, pois essas dependem de formação médica e registro no CRM.

Logo, qualquer tentativa de atendimento clínico direto ao paciente humano - mesmo com finalidade estética - ultrapassa o escopo legal da profissão.

3. Natureza médica dos procedimentos estéticos invasivos

Os procedimentos estéticos de natureza invasiva (injeções, peelings químicos médios e profundos, uso de toxinas, bioestimuladores, lasers ablativos, ultrassons microfocados, microagulhamento, entre outros) exigem:

- diagnóstico e indicação terapêutica individualizada,
- prescrição de produtos farmacológicos,
- conhecimento anatômico e fisiopatológico,
- e capacidade técnica para tratar complicações (infecções, necroses, reações adversas, choques anafiláticos etc.).
- a produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos. (Juridicidade)

Esses são atos de natureza invasiva e terapêutica, portanto privativos de médicos.

Assim, biólogos não possuem competência técnico-científica, formação clínica, nem respaldo legal para realizá-los, sob pena de exercício ilegal da medicina (art. 282 do Código Penal).

4. Vedação ética e proteção à saúde pública

A atuação de biólogos em consultas, diagnósticos ou tratamentos estéticos configura:

- violação da Lei nº 12.842/2013 (Ato Médico);
- exercício ilegal da profissão médica, previsto no art. 282 do Código Penal (“Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico [. . .] sem preencher as condições legais”);
- infração sanitária grave, conforme Lei nº 6.437/1977, sujeita à interdição do estabelecimento pela vigilância sanitária;
- e violação ao Código de Ética Profissional do Biólogo, que proíbe o exercício de atividades para as quais não esteja legalmente habilitado.

Além disso, não há formação clínica ou treinamento em urgências médicas nos cursos de Ciências Biológicas, tornando arriscado qualquer tipo de intervenção direta em seres humanos.

5. Finalidade estética não descaracteriza o ato médico

Mesmo quando o objetivo é apenas estético (e não terapêutico), a natureza invasiva e a necessidade de diagnóstico mantêm o procedimento dentro do campo médico.

Formação clínica e anatomia humana	Não	Sim
Diagnóstico e prescrição terapêutica	Vedado	Permitido
Procedimentos invasivos (inclusive estéticos)	Vedado	Privativo
Responsabilidade técnica perante Anvisa e Vigilância Sanitária	Não reconhecido	Reconhecido
Base legal	Lei 6.684/1979	Lei 12.842/2013

Conclusão

A atuação do biólogo restringe-se a atividades técnico-científicas da biologia, sem intervenção direta sobre o corpo humano.

Consultas, diagnósticos, prescrições e procedimentos estéticos de natureza invasiva configuram atos médicos privativos, vedados aos biólogos por ausência de competência legal, técnica e ética, nos termos da Lei nº 12.842/2013, e da Resolução CFM nº 2.416/2024.

DOCUMENTO DO CFM

8 FONOAUDIOLOGIA

Lei nº 6.965, de 9/12/1981 — regulamenta a profissão de fonoaudiólogo no Brasil e define o perfil profissional; também cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fonoaudiologia.

Decreto nº 87.218, de 31/5/1982 — regulamenta a Lei nº 6.965/1981.

Competências (art. 4º da Lei 6.965/81, em resumo):

- Desenvolver ações de prevenção em comunicação oral e escrita, voz e audição.
- Participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição.
- Realizar terapia fonoaudiológica desses problemas.
- Aperfeiçoar padrões de voz e fala.
- Colaborar em assuntos fonoaudiológicos ligados a outras ciências.
- Projetar, dirigir e realizar pesquisas fonoaudiológicas.
- Lecionar teoria e prática fonoaudiológicas.
- Dirigir serviços de Fonoaudiologia (públicos, privados, autárquicos ou mistos).
- Supervisionar profissionais e alunos em atividades teóricas e práticas.
- Assessorar órgãos e estabelecimentos (públicos, privados, autárquicos ou mistos) no campo da Fonoaudiologia.
- Integrar equipes de orientação e planejamento escolar, inserindo aspectos preventivos fonoaudiológicos.
- Emitir parecer fonoaudiológico em comunicação oral e escrita, voz e audição
- Executar outras atividades inerentes à formação universitária. Fundamentação sobre a impossibilidade legal e técnica de fonoaudiólogos realizarem atos médicos, ainda que com finalidade estética

1) Limites legais do exercício profissional

A Lei nº 6.965/1981, que regulamenta a profissão de fonoaudiólogo, delimita sua atuação às áreas de prevenção, avaliação e terapia dos distúrbios da comunicação oral e escrita, da voz e da audição (art. 4º).

Em nenhum de seus dispositivos há previsão de diagnóstico nosológico, prescrição terapêutica, uso de fármacos, indicação de procedimentos invasivos, ou intervenções sobre

tecidos corporais — todos atos que ultrapassam o escopo da Fonoaudiologia e se inserem no campo privativo da Medicina.

2. A Lei do Ato Médico e os atos privativos

A Lei Federal nº 12.842/2013, em seu art. 4º, estabelece como atos privativos dos médicos:

- O diagnóstico de doenças e prescrição terapêutica;
- A indicação e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos;
- A indicação de uso de medicamentos, anestésicos ou substâncias injetáveis;
- O manuseio de equipamentos e tecnologias que envolvam risco biológico ou fisiológico ao paciente.
- a produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos

Finalidade estética não descaracteriza o ato médico. A natureza estética ou funcional do procedimento não altera o seu caráter invasivo nem o risco inerente.

Portanto, qualquer procedimento que implique penetração da pele, mucosas ou tecidos subjacentes, com indução de morte, apoptose e necrose celular, preenchimentos, aplicação de toxina botulínica, fios de sustentação, microagulhamento, PRP, peelings médios/profundos e terapias energéticas invasivas são atos médicos por envolverem diagnóstico individualizado, avaliação de contraindicações sistêmicas, e responsabilidade por possíveis complicações clínicas (infecção, necrose, paralisia, anafilaxia etc.).

3. Aspectos técnicos, éticos e de segurança sanitária

- Diagnóstico médico prévio e individualizado;
- Avaliação de contraindicações clínicas e medicamentosas;
- Capacidade de intervir em complicações agudas e sistêmicas (como necroses, embolias, infecções, reações alérgicas graves, anafilaxia, etc.)
- A produção de documentos médicos com efeito jurídico, como visto na análise dos atos privativos dos médicos (Juridicidade)

Conclusão

Os fonoaudiólogos não detêm competência técnica, científica, nem legal para realizar atos invasivos de finalidade estética, pois:

- 1) Não há amparo legal na Lei nº 6.965/1981;

- 2) Esses atos estão expressamente incluídos na Lei do Ato Médico (Lei nº 12.842/2013);
- 3) A formação fonoaudiológica não contempla farmacologia, fisiopatologia, urgências médicas nem manejo de complicações invasivas;
- 4) A prática indevida configura exercício ilegal da medicina e risco grave à saúde pública.

BRASILIA 30 DE OUTUBRO DE 2025.

YÁSCARA PINHEIRO LAGES PINTO
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

DOCUMENTO DO CFM

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALSHARNOURI, J.; SHOUKRY, K. E.; FAWZY, M. W.; MOHAMED, O. Evaluation of scars in children after treatment with low-level laser. *Lasers in Medical Science*, v. 33, n. 9, p. 1991–1995, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10103-018-2572-z>. Acesso em: nov. 2025.

ALVES, R. et al. *Dermatologic Surgery*, 2019. (Referência ainda incompleta)

ANDRADE, F. S. S. D.; CLARK, R. M. de O.; FERREIRA, M. L. Efeitos da laserterapia de baixa potência na cicatrização de feridas cutâneas. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, v. 41, n. 2, p. 129–133, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912014000200010>. Acesso em: nov. 2025.

AVCI, P.; GUPTA, A.; SADASIVAM, M.; VECCHIO, D.; PAM, Z.; PAM, N.; HAMBLIN, M.R. Low-level laser (light) therapy (LLLT) in skin: stimulating, healing, restoring. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, v. 32, n. 1, p. 41–52, mar. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912014000200010>. Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Anvisa.gov**, 2009. Disponível em: <https://anvisa.gov.br/legis/ato-publico/ato-publico-00000044>. Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para uso humano em farmácias. **Anvisa.gov**, 2007. Disponível em: <https://anvisa.gov.br/legis/ato-publico/ato-publico-00000067>. Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução RDC nº 551, de 30 de agosto de 2021. Dispõe sobre a obrigatoriedade de execução e notificação de ações de campo por detentores de registro de produtos para a saúde no Brasil. **Anvisa.gov**, 2021. Disponível em: <https://anvisa.gov.br/legis/ato-publico/ato-publico-00000551>. Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução RDC nº 857, de 6 de maio de 2024. **Anvisa.gov**, 2024. Disponível em: <https://anvisa.gov.br/legis/ato-publico/ato-publico-00000857>

&num_ato=00000857&sgl_tipo=RDC&sgl_orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&vlr_ano=2024&seq_ato=000&c Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução RDC nº 707, de 1º de julho de 2022. Dispõe sobre as Boas Práticas em Tecidos humanos para uso terapêutico. **Anvisa.gov**, 2022. Disponível em:

https://anvisalegis.datalegis.net/action/UrlPublicasAction.php?acao=abrirAtoPublico&num_ato=00000707&sgl_tipo=RDC&sgl_orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&vlr_ano=2022&seq_ato=002&c Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução RDC nº 751, de 15 de setembro de 2022. Dispõe sobre a classificação de risco, os regimes de notificação e de registro, e os requisitos de rotulagem e instruções de uso de dispositivos médicos.

Anvisa.gov, 2022. Disponível em:

https://anvisalegis.datalegis.net/action/UrlPublicasAction.php?acao=abrirAtoPublico&num_ato=00000751&sgl_tipo=RDC&sgl_orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&vlr_ano=2022&seq_ato=000&c Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução RDC nº 907, de 19 de setembro de 2024. Dispõe sobre a definição, a classificação, os requisitos técnicos para rotulagem e embalagem, os parâmetros para controle microbiológico, bem como os requisitos técnicos e procedimentos para a regularização de produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes. **Anvisa.gov**, 2024. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/UrlPublicasAction.php?acao=abrirAtoPublico&num_ato=00000907&sgl_tipo=RDC&sgl_orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&vlr_ano=2024&seq_ato=000&c

Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº

2/2024/SEI/GGTES/DIRE3/ANVISA. Esclarecimentos sobre os serviços de estética e atendimento às normas sanitárias aplicáveis a esses serviços. Brasília, 2024.

Disponível em: *Nota+Técnica+Estética+02-2024-GGTES-ANVISA.pdf*. Acesso em: 7 nov. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Planalto.gov**. [s.d.]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária de cosméticos e medicamentos. **Planalto.gov**, [s.d.]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm. Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor.

Planalto.gov, [s.d.]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina.

Diário Oficial da União, 11 jul. 2013. Seção 1, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm. Acesso em: 8 nov. 2025.

BRODY, H. J. **Chemical Peeling and Resurfacing**. St. Louis: Mosby, [1997].

CATTANEO, R. et al. **Aesthetic Surgery Journal**, 2022. *(Dados incompletos)*

CHEROBIN, A. C. F. P.; TAVARES, G. T. Safety of local anesthetics. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 95, n. 1, p. 82–90, jan.–fev. 2020. doi: 10.1016/j.abd.2019.09.025. Acesso em: nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Parecer CFM nº 20/2011. O plasma rico em plaquetas vem sendo utilizado por alguns médicos com resultados diversos. **Portal Médico**, 2011. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2011/20>. Acesso em: nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Parecer CFM nº 12/2018. Sobre competências de Direção Técnica Médica e Direção Geral. **Portal Médico**, 2018.

Portal Médico, 2018. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/12>. Acesso em: nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Parecer CFM nº 35/2016.

Procedimentos invasivos dermatológicos e cosmiátricos devem ser indicados e executados por médicos. **Portal Médico**, 2016. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2016/35>. Acesso em: nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.490, de 13 de fevereiro de 1998. A equipe cirúrgica é da responsabilidade direta do cirurgião titular. **Portal Médico**, 1998. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1998/1490>. Acesso em: nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina. **Portal Médico**, 2013. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2056>. Acesso em: nov. 2025

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.147, de 27 de novembro de 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. **Portal Médico**, 2016. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2147>. Acesso em: nov. 2025

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. **Portal Médico**, 2017. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2174>. Acesso em: nov. 2025

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.373, de 7 de dezembro de 2023. Dispõe sobre as atividades exclusivas de médicos, em áreas comuns na região craniomaxilofacial. **Portal Médico**, 2023. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2023/2373>. Acesso em: nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.416, de 19 de setembro de 2024. Dispõe sobre os atos próprios dos médicos, sua autonomia, limites e responsabilidade. **Portal Médico**, 2024. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2416>. Acesso em: nov. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ (Paraná, Brasil). Parecer nº 2.674/2018. Os procedimentos invasivos das áreas dermatológica/cosmiátrica somente devem ter sua indicação e execução feitas por médicos, de acordo com a Lei nº 12.842/2013. Relatora: Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke. **Portal Médico**, 2018. Disponível em: [2674_2018.pdf](#). Acesso em: nov. 2025

CORTEZ, G. L.; HASSUN, K.; LINHARES, L. R. P.; FLORENÇO, V.; PINHEIRO, M. V. B.; NASCIMENTO, M. M. D. Male androgenetic alopecia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.100, n. 2, mar.abr. 2025. p:308-21. doi: 10.1016/j.abd.2024.08.004. Acesso em: nov. 2025.

ELSNER, P.; MAIBACH, H. I. (eds.). **Cosmeceuticals and Active Cosmetics: drugs vs. cosmetics**. 2. ed. Boca Raton: CRC Press; Taylor & Francis, 2005. ISBN 978-0-8247-5943-8.

FERREIRA, R. G.; PACHECO, T. M.; GONÇALVES, M. F.; ROSAS, B. O. A.; CAMARGO, L. E.; FRANCO, O. S. A regulamentação da Medicina e os atos privativos do médico em perspectiva. **Revista Bioética Cremego**. v.2, n.2, 2020. p.11-6. Disponível em: https://www.cremego.org.br/wp-content/uploads/2025/05/REVISTA-BIOETICA-CREMEGO_VOLUM2-2-NUMERO-2-2020.pdf. Acesso em: nov. 2025.

GLOGAU, R. G. **Chemical peels: principles and practice**. Elsevier, 2018. [INCOMPLETA]

KALIL, C.; CAMPOS, V. **Manual prático do laser e outras fontes de energia eletromagnética na dermatologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

KALIL, C.; CAMPOS, V. **Manual prático do laser e outras fontes de energia eletromagnética na dermatologia**. Rio de Janeiro: Dilivros, 2023.

KAZEMIKHOO, N.; VAGHARDOOST, R.; DAHMARDEHEI, M.; MOKMELI, S.; MOMENI, M.; NILFOROUSHZADEH, M. A.; et al. Evaluation of the effects of low level laser therapy on the healing process after skin graft surgery in burned patients (A randomized clinical trial). **J Lasers Med Sci.**, v.9, n.2, 2018. p.139-43. doi:10.15171/jlms.2018.26. Acesso em: nov. 2025.

KLIGMAN, A. M. Cosmeceuticals. **Dermatologic Clinics**. V.18, n.4, 2000. p.609-15. doi:10.1016/S0733-8635(05)70211-4. Acesso em: nov. 2025.

LI, S.; WANG, C.; WANG, B.; LIU, L.; TANG, L.; LIU, D.; et al. Efficacy of low-level light therapy for treatment of diabetic foot ulcer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract.*, v. 143, 2018. p. 215-24. doi:10.1016/j.diabres.2018.07.014. Acesso em: nov. 2025.

LOTFI, E.; DELLAVANZATO, R.; AHRAMIYANPOUR, N.; SHADMANYAZDI, F.; KHOSRAVI, S. Evaluation of eyebrow position and upper eyelid laxity after endolift laser treatment. *Skin. Res. Technol.*, v. 29, n.10, 2023. p.e13498. doi:10.1111/srt.13498. Acesso em: nov. 2025.

MÜLLER RAMOS, P.; ANZAI, A.; DUQUE-ESTRADA, B.; MELO, D. F.; STERNBERG, F.; SANTOS, L. D. N.; ALVES, L. D.; MULINARI-BRENNER, F. II Consensus of the Brazilian Society of Dermatology for the treatment of alopecia areata. *An Bras Dermatol.*, v. 100, n. 2, 2025. p. 328-41. doi:10.1016/j.abd.2024.10.001. Acesso em: nov. 2025.

MÜLLER RAMOS, P.; ANZAI, A.; DUQUE-ESTRADA, B.; MELO, D. F.; STERNBERG, F.; SANTOS, L. D. N.; ALVES, L. D.; MULINARI-BRENNER, F. Consensus on the treatment of alopecia areata – Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol.*, v.95, supl 1, nov.dez. 2020. p.39-52. doi:10.1016/j.abd.2020.05.006. Acesso em: nov. 2025.

MÜLLER RAMOS, P.; MELO, D. F.; RADWANSKI, H.; DE ALMEIDA, R. F. C.; MIOT, H. A. Female-pattern hair loss: therapeutic update. *An Bras Dermatol.*, v.98, n.4, jul.ago. 2023. p. 506-19. doi:10.1016/j.abd.2022.09.006. Acesso em: nov. 2025.

NILFOROUSHZADEH, M. A.; FAKHIM, T.; HEIDARI-KHARAJI, M.; HANIFNIA, A. R.; HEJAZI, S.; TORKAMANIHA, E. Efficacy evaluation of Endolift-based subcision on acne scar treatment. *J Cosmet Dermatol.* v.20, n.8, 2021. p. 2579-582. doi:10.1111/jocd.13876. Acesso em: nov. 2025.

NILFOROUSHZADEH, M. A.; FAKHIM, T.; HEIDARI-KHARAJI, M.; et al. Endolift laser an effective treatment modality for forehead wrinkles and frown line. *J Cosmet Dermatol.*, v. 21, n.6, 2022. p.2463-8. doi:10.1111/jocd.14884. Acesso em: nov. 2025.

NILFOROUSHZADEH, M. A.; HEIDARI-KHARAJI, M.; BEHRANGI, E.; et al. Effect of Endolift laser on upper eyelid and eyebrow ptosis treatment. *J Cosmet Dermatol.*, v.21, n.8, 2022. p.3380-3385. doi:10.1111/jocd.14798. Acesso em: nov. 2025.

NILFOROUSHZADEH, M. A.; HEIDARI-KHARAJI, M.; FAKHIM, T.; et al. Endolift laser for jowl fat reduction: clinical evaluation and biometric measurement. *Lasers Med Sci.* v.37, n.5, 2022. p.2397-2401. doi:10.1007/s10103-021-03494-9. Acesso em: nov. 2025.

NILFOROUSHZADEH, M. A.; HEIDARI-KHARAJI, M.; FAKHIM, T.; et al. Efficacy evaluation of Endolift laser for treatment of nasolabial folds and marionette lines. *Skin Res Technol.*, v.29, n.10, 2023. p. e13480. doi:10.1111/srt.13480. Acesso em: nov. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA AVALIA A CARBOXITERAPIA. **Jornal do Cremesp**, v.7, n. 239, 2007. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=874>. Acesso em: nov. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Dossiê técnico: lasers e outras tecnologias em dermatologia. 2021. Análise de aspectos técnicos sobre o uso de lasers e outras tecnologias que representam risco à saúde dos pacientes caso realizados por profissionais não médicos. [referência incompleta]

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Dossiê de complicações de procedimentos realizados por não médicos e o risco à população. **Portal Médico**, 2024. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2024/06/Documento-SBD.pdf>. Acesso em: nov. 2025.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Referências Bibliográficas Laser

1. Brilakis HS, Holland EJ. Diode laser-induced cataract and iris atrophy as a complication of eyelid hair removal. *Am J Ophthalmol*. 2004 Apr;137(4):762-3.
2. Campos VB. El uso del láser de diodo para depilación. *Dermatol Cosm*. 1999;4:131-8.
3. Campos VB, Dierickx CC, Farinelli WA, Lin TY, Manuskiatti W, Anderson RP. Rubylaser hair removal: evaluation of long-term efficacy and side effects. *Lasers Surg Med*. 2000;26:177-85.
4. Campos VB, Dierickx CC, Farinelli WA., Lin TY, Manuskiatti W, Anderson RR. Hair removal with an 800-nm pulsed diode laser. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43:442-7.
5. Department of Health USA. Guidance on the safe use of lasers, intense light source systems and LEDs in medical, surgical, dental and aesthetic practices. MHRA. 2008 Apr;3.
6. Elkin Z, Ranka MP, Kim ET, Kahanowicz R, Whitmore WG. Iritis and iris atrophy after eyebrow epilation with alexandrite laser. *Clin Ophthalmol*. 2011;5:1733-5.
7. Herbold TM, Busse H, Uhlig CE. Bilateral cataract and corectopia after laser eyebrow [corrected] epilation. *Ophthalmology*. 2005 Sep;112(9):1634-5.
8. Vano-Galvan S, Jaen P. Complications of nonphysician-supervised laser hair removal. *Can Fam Physician*. 2009 Jan;55(1):50-2.
9. Shulman S, Bichler I. Ocular complications of laser-assisted eyebrow epilation. *Eye*. 2009 Apr;23(4):982-3.
10. Ye JN, Prasad A, Trivedi P, Knapp DP, Chu P, Edelstein LM. Pili bigeminy induced by low fluence therapy with hair removal alexandrite and ruby lasers. *Dermatol Surg*. 1999 Dec;25(12):969.
11. Elkin Z, Ranka MP, Kim ET, Kahanowicz R, Whitmore WG. Iritis and iris atrophy after eyebrow epilation with alexandrite laser. *Clin Ophthalmol*. 2011;5:1733-5

Referências Bibliográficas Radiofrequência

1. Zelickson BD, Kist D, Bernstein E, Brown DB, Ksenzenko S, Burns J, et al. Histological and ultrastructural evaluation of the effects of a radiofrequency-based nonablative dermal remodeling device: a pilot study. *Arch Dermatol*. 2004 Feb;140(2):204-9.
2. Sadick NS, Makino Y. Selective electro-thermolysis in aesthetic medicine: a review. *Lasers Surg Med*. 2004;34(2):91-7.
3. Kulick MI. New approach to nonablative wrinkle treatment-combination of conducted RF and laser: case report. Yokneam: Syneron Medical, 2004.
4. Fritz M, Counters JT, Zelickson BD. Radiofrequency treatment for middle and lower face laxity. *Arch Facial Plast Surg*. 2004 Nov-Dec;6(6):370-3.
5. Zelickson BD, Kist D, Bernstein E, Brown DB, Ksenzenko S, Burns J, et al. Histological and ultrastructural evaluation of the effects of a radiofrequency-based nonablative dermal remodeling device: a pilot study. *Arch Dermatol*. 2004 Feb;140(2):204-9.
6. Narins RS, Tope WD, Pope K, Ross EV. Over treatment effects associated with a radiofrequency tissue-tightening device: rare, preventable, and correctable with subcision and autologous fat transfer. *Dermatol Surg*. 2006 Jan;32(1):115-24.
7. Mayoral FA. Skin tightening with a combined unipolar and bipolar radiofrequency device. *J Drugs Dermatol*. 2007 Feb; 6(2):212-5.
8. Emilia del Pino M, Rosado RH, Azuela A, Graciela Guzmán M, Argüelles D, Rodríguez C, Rosado GM. Effect of controlled volumetric tissue heating with radiofrequency on cellulite and the subcutaneous tissue of the buttocks and thighs. *J Drugs Dermatol*. 2006 Sep;5(8):714-22.
9. Alster TS, Tanzi EL. Cellulite treatment using a novel combination radiofrequency, infrared light, and mechanical tissue manipulation device. *J Cosmet Laser Ther*. 2005 Jun;7(2):81-5.
10. Manuskiatti W, Wachirakaphan C, Lektrakul N, Varothai S. TriPollar – Aparelho de radiofrequência para redução do volume abdominal e tratamento da celulite: estudo piloto. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2009.
11. Mulholland RS. Body contour effects of a bipolar radiofrequency, infrared energy and pulsatile device deployed after liposuction surgery. *Australian J Cosm Surg*. 2004.
12. Alster TS, Tanzi EL. Cellulite treatment using a novel combination radiofrequency, infrared light, and mechanical tissue manipulation device. *J Cosmet Laser Ther*. 2005 Jun;7(2):81-5.
13. Sadick NS, Mulholland RS. A prospective clinical study to evaluate the efficacy and safety of cellulite treatment using the combination of optical and RF energies for subcutaneous tissue heating. *J Cosmet Laser Ther*. 2004 Dec;6(4):187-190.

Referências Bibliográficas Radiofrequência Com Ablação Da Epiderme/Derme (Rf Sublativa), Com Eletrocoagulação Ou Agulhas

1. Zelickson BD, et al. Histological and ultrastructural evaluation of the effects of a radiofrequency-based nonablative dermal remodeling device: a pilot study. *Arch Dermatol.* 2004;140(2):204-9.
2. Sadick NS, Makino Y. Selective electro-thermolysis in aesthetic medicine: a review. *Lasers Surg Med.* 2004;34(2):91-7.
3. Kulick MI. New approach to non ablative wrinkle treatment-combination of conducted RF and laser: case report. *Yokneam: Syneron Medical Ltd,* 2004.
4. Fritz M, Counters JT, Zelickson BD. Radiofrequency treatment for middle and lower face laxity. *Arch Facial Plast Surg.* 2004;6(6):370-3.
5. Zelickson BD, Kist D, Bernstein E, Brown DB, Ksenzenko S, Burns J, et al. Histological and ultrastructural evaluation of the effects of a radiofrequency-based nonablative dermal remodeling device: a pilot study. *Arch Dermatol.* 2004 Feb;140(2):204-9.
6. Narins RS, Tope WD, Pope K, Ross EV. Overtreatment effects associated with a radiofrequency tissue tightening device: rare, preventable, and correctable with subcision and autologous fat transfer. *Dermatol Surg.* 2006 Jan;32(1):115-24.
7. Mayoral FA. Skin tightening with a combined unipolar and bipolar radiofrequency device. *J Drugs Dermatol.* 2007 Feb;6(2):212-5.
8. Emilia del Pino M, Rosado RH, Azuela A, Graciela Guzmán M, Argüelles D, Rodríguez C, et al. Effect of controlled volumetric tissue heating with radiofrequency on cellulite and the subcutaneous tissue of the buttocks and thighs. *J Drugs Dermatol.* 2006 Sep;5(8):714-22.
9. Alster TS, Tanzi EL. Cellulite treatment using a novel combination radiofrequency, infrared light, and mechanical tissue manipulation device. *J Cosmet Laser Ther.* 2005 Jun;7(2):81-5.
10. Manuskiatti W, Wachirakaphan C, Lektrakul N, Varothai S. TriPollar – Aparelho de radiofrequência para redução do volume abdominal e tratamento da celulite: estudo piloto. *J Eur Acad Dermatol Venereol,* 2009.
11. Mulholland RS. Body contour effects of a bipolar radiofrequency, infrared energy and pulsatile device deployed after liposuction surgery. *Australian J Cosm Surg.* 2004.
12. Alster TS, Tanzi, EL. Cellulite treatment using a novel combination radiofrequency, infrared light, and mechanical tissue manipulation device. *J Cosmet Laser Ther.* 2005 Jun;7(2):81-5.
13. Sadick NS, Mulholland RS. A prospective clinical study to evaluate the efficacy and safety of cellulite treatment using the combination of optical and RF energies for subcutaneous tissue heating. *J Cosmet Laser Ther.* 2004 Dec;6(4):187-90.

Referências Bibliográficas Infravermelho Facial E Corporal

1. Belenky I, Margulis A, Elman M, Bar-Yosef U, Paun SD. Exploring channeling optimized radiofrequency energy: a review of radiofrequency history and applications in esthetic fields. *Adv Ther.* 2012 Mar;29(3):249-66.
2. Woolery-Lloyd H, Kammer JN. Skin tightening. *Curr Probl Dermatol.* 2011;42:147-52.
3. El-Domyati M, el-Ammawi TS, Medhat W, Moawad O, Brennan D, Mahoney MG, et al. Radiofrequency facial rejuvenation: evidence-based effect. *J Am Acad Dermatol.* 2011 Mar;64(3):524-35.
4. Clinical experience with a TriPollar radiofrequency system for facial and body aesthetic treatments. *Eur J Dermatol.* 2010 Sep-Oct;20(5):615-9.
5. Levenberg A. Clinical experience with a TriPollar radiofrequency system for facial and body aesthetic treatments. *Eur J Dermatol.* 2010 Sep-Oct;20(5):615-9.

Referências Bibliográficas Luz Intensa Pulsada (LIP)

1. Greve B, Raulin C. Professional errors caused by lasers and intense pulsed light technology in dermatology and aesthetic medicine: preventive strategies and case studies. *Dermatol Surg.* 2002 Feb;28(2):156-61.
2. Torezan L, Lobo A. Rejuvenescimento não ablativo: luz pulsada. In: Osório N, Torezan L. *Laser em dermatologia: conceitos básicos e aplicações.* São Paulo: Roca; 2009. p. 130-6.
3. Sperber BR, Walling HW, Arpey CJ, Whitaker DC. Vesiculobullous eruption from intense pulsed light treatment. *Dermatol Surg.* 2005 Mar;31(3):345-8; discussion 348-9.
4. Vano-Galvan S, Jaen P. Complications of nonphysician-supervised laser hair removal: case report and literature review. *Can Fam Physician.* 2009 Jan;55(1): 50-2.
5. Radmanesh M, Azar-Beig M, Abtahian A, Naderi AH. Burning, paradoxical hypertrichosis, leukotrichia and folliculitis are four major complications of intense pulsed light hair removal therapy. *J Dermatolog Treat.* 2008;19(6):360-3.
6. Raulin C, Greve B, Grema H. IPL technology: a review. *Lasers Surg Med.* 2003;32(2):78-87.
7. Friedman PM, Jih MH, Burns AJ, Geronemus RG, Kimyai-Asadi A, Goldberg LH. Nonphysician practice of dermatologic surgery: the Texas perspective. *Dermatol Surg.* 2004 Jun;30(6):857-63.
8. Raulin C, Greve B, Hammes S. Cold air in laser therapy: first experiences with a new cooling system. *Lasers Surg Med.* 2000;27(5):404-10.
9. Raulin C, Greve B, Raulin S. Ethical considerations concerning laser medicine. *Lasers Surg Med* 2001;28:100–102.

Referências bibliográficas lasers fracionados não ablativos (LFNA)

1. Tierney EP, Kouba DJ, Hanke CW. Review of fractional photothermolysis: treatment indications and efficacy. *Dermatol Surg.* 2009 Oct;35(10):1445-61.
2. Manstein D, Herron GS, Sink RK, Tanner H, Anderson RR. Fractional photothermolysis: a new concept for cutaneous remodeling using microscopic patterns of thermal injury. *Lasers Surg Med.* 2004;34(5):426-38.
3. Laubach HJ, Tannous Z, Anderson RR, Manstein D. Skin responses to fractional photothermolysis. *Lasers Surg Med.* 2006 Feb;38(2):142-9.
4. Hantash BM, Bedi VP, Sudireddy V, Struck SK, Herron GS, Chan KF. Laser-induced transepidermal elimination of dermal content by fractional photothermolysis. *J Biomed Opt* 2006 Jul-Aug;11(4):041115.
5. Hantash BM, Bedi VP, Kapadia B, Rahman Z, Jiang K, Tanner H, et al. In vivo histological evaluation of a novel ablative fractional resurfacing device. *Lasers Surg Med.* 2007 Feb;39(2):96-107.
6. Rokhsar CK, Fitzpatrick RE. The treatment of melasma with fractional photothermolysis: a pilot study. *Dermatol Surg.* 2005 Dec;31(12):1645-50.
7. Goldberg DJ, Berlin AL, Phelps R. Histologic and ultrastructural analysis of melasma after fractional resurfacing. *Lasers Surg Med.* 2008 Feb;40(2):134-8.
388. Naito SK. Fractional photothermolysis treatment for resistant melasma in Chinese females. *J Cosmet Laser Ther.* 2007 Sep;9(3):161-3.
9. Weiss R, Weiss M, Beasley K. Prospective split-face trial of a fixed spacing array computed scanned fractional CO2 laser versus hand scanned 1550nm fractional for rhytides. American Society for Lasers Medicine and Surgery Conference. Kissimmee: FL; Apr, 2008.
10. Geronemus RG. Fractional photothermolysis: current and future applications. *Lasers Surg Med.* 2006 Mar;38(3):169-76.
11. Jih MH, Goldberg LH, Kimyai-Asadi A. Fractional photothermolysis for photoaging of hands. *Dermatol Surg.* 2008 Jan;34(1):73-8.
12. Wanner M, Tanzi EL, Alster TS. Fractional photothermolysis: treatment of facial and nonfacial cutaneous photodamage with a 1,550-nm erbium-doped fiber laser. *Dermatol Surg.* 2007 Jan;33(1):23-8.
13. Rahman Z, Alam M, Dover JS. Fractional laser treatment for pigmentation and texture improvement. *Skin Ther Lett.* 2006 Nov;11(9):7-11.
14. Mezzana P, Valeriani M. Rejuvenation of the aging face using fractional photothermolysis and intense pulsed light: a new technique. *Acta Chir Plast.* 2007;49(2):47-50.
15. Lapidoth M, Yagima Odo ME, Odo LM. Novel use of erbium: YAG (2,940-nm) laser for fractional ablative photothermolysis in the treatment of photodamaged facial skin: a pilot study. *Dermatol Surg.* 2008 Aug;34(8):1048-53.
16. Lomeo G, Cassuto D, Scrimali L, Sirago P. Er: YAG versus CO2 ablative fractional resurfacing: a split face study. Abstract presented at American Society for Laser Medicine and Surgery Conference; April 26, 2008; Kissimmee, FL.

17. Ross V, Swann M, Barnette D. Use of a micro-fractional 2940nm laser in the treatment of wrinkles and dyspigmentation. Abstract presented at American Society for Laser Medicine and Surgery Conference, April 2008, Kissimmee, FL.
18. Foster KW, Kouba DJ, Fincher EE, Glicksman ZS, Hayes J, Valerie F, et al. Early improvement in rhytides and skin laxity following treatment with a combination fractional laser emitting two wavelengths sequentially. *J Drugs Dermatol*. 2008;7:108-11.
3919. Marra DE, Pourrabani S, Fincher EF, Moy RL. Fractional photothermolysis for the treatment of adult colloid milium. *Arch Dermatol*. 2007 May;143(5):572-4.
20. Kouba DJ, Fincher EF, Moy RL. Nevus of Ota successfully treated by fractional photothermolysis using a fractionated 1440-nm Nd:YAG laser. *Arch Dermatol*. 2008 Feb;144(2):156-8.
21. Izikson L, Anderson RR. Resolution of blue minocycline pigmentation of the face after fractional photothermolysis. *Lasers Surg Med*. 2008 Aug;40(6):399-401.
22. Behroozan DS, Goldberg LH, Dai T, Geronemus RG, Friedman PM. Fractional photothermolysis for the treatment of surgical scars: a case report. *J Cosmet Laser Ther*. 2006 Apr;8(1):35-8.
23. Glaich AS, Rahman Z, Goldberg LH, Friedman PM. Fractional resurfacing for the treatment of hypopigmented scars: a pilot study. *Dermatol Surg*. 2007 Mar;33(3):289-94.
24. Tierney E, Mahmoud B, Srivastava D, Ozog D, Kouba DJ. Treatment of surgical scars with nonablative fractional laser versus pulsed dye laser: a randomized controlled trial. *Dermatol Surg*. 2009 Aug;35(8):1172-80.
25. Behroozan DS, Goldberg LH, Glaich AS, Dai T, Friedman PM. Fractional photothermolysis for treatment of poikiloderma of Civatte. *Dermatol Surg*. 2006 Feb;32(2):298-301.
26. Weiss R, Weiss M, Beasley K. Long-term experience with fixed array 1540 Fractional erbium laser for acne scars. Abstract presented at American Society for Laser Medicine and Surgery Conference; April 2008; Kissimmee, FL.
27. Alster TS, Tanzi EL, Lazarus M. The use of fractional laser photothermolysis for the treatment of atrophic scars. *Dermatol Surg*. 2007 Mar;33(3):295-9.
28. Lee HS, Lee JH, Ahn GY, Lee DH, Shin JW, Kim DH, et al. Fractional photothermolysis for the treatment of acne scars: a report of 27 Korean patients. *J Dermatol Treat*. 2008;19(1):45-9.
29. Glaich AS, Goldberg LH, Friedman RH, Friedman PM. Fractional photothermolysis for the treatment of postinflammatory erythema resulting from acne vulgaris. *Dermatol Surg*. 2007 Jul;33(7):842-6.
4030. Ortiz A, Elkeeb L, Truitt A, et al. Evaluation of a novel fractional resurfacing device for the treatment of acne scarring. Abstract presented at American Society for Laser Medicine and Surgery Conference; April 2008; Kissimmee, FL.
31. Chapas AM, Brightman L, Sukal S, Hale E, Daniel D, Bernstein LJ, et al. Successful treatment of acneiform scarring with CO2 ablative fractional resurfacing. *Lasers Surg Med*. 2008 Aug;40(6):381-6.
32. Lloyd J, Tanghetti E. Comparison of Affirm 1320/1440nm versus 1320nm for the treatment of acne scars – a clinical and histological study. Abstract presented at American Society for Laser Medicine and Surgery Conference; April 2008; Kissimmee, FL.

33. Kim S. Clinical trial of a pinpoint irradiation technique with the CO(2) laser for the treatment of atrophic acne scars. *J Cosmet Laser Ther.* 2008 Sep;10(3):177-80.
34. Blankenship CM, Alster TS. Fractional photothermolysis of residual hemangioma. *Dermatol Surg.* 2008 Aug;34(8):1112-4.
35. Glaich AS, Goldberg LH, Dai T, Friedman PM. Fractional photothermolysis for the treatment of telangiectatic matting: a case report. *J Cosmet Laser Ther.* 2007 Jun;9(2):101-3
36. Manstein D, Herron GS, Sink RK, Tanner H, Anderson RR. Fractional photothermolysis: a new concept for cutaneous remodeling using microscopic patterns of thermal injury. *Lasers Surg Med.* 2004;34(5):426-38.

Referências Bibliográficas Lasers Fracionados Ablativos (Lfa)

1. Alster TS, Metelitsa AI. Fractionated laser skin resurfacing treatment complications: a review. *Dermatol Surg.* 2010 Mar;36(3):299-306
2. Shamsaldeen O, Peterson JD, Goldman MP. The adverse events of deep fractional CO2: a retrospective study of 490 treatments in 374 patients. *Lasers Surg Med.* 2011 Aug;43(6):453-456.
3. Biesman BS. Fractional ablative skin resurfacing: complications. *Lasers Surg Med.* 2009;41:177-8.
4. Alster TS, Tanzi EL. Laser skin resurfacing: ablative and nonablative. In: Robinson JK, Hanke CW, Siegel DM, Fratila A, editors. *Surgery of the skin.* Philadelphia: Elsevier; 2005. p. 611-24.
5. Alster TS, Tanzi EL. Complications in laser and light surgery. In: Goldberg DJ, editor. *Lasers and lights – Volume 2.* Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 99-112.
6. Manstein D, Herron GS, Sink RK, Tanner H, Anderson RR. Fractional photothermolysis: a new concept for cutaneous remodeling using microscopic patterns of thermal injury. *Lasers Surg Med.* 2004;34(5):426-38.
497. Waibel J, Beer K. Ablative fractional laser resurfacing for the treatment of a third-degree burn. *J Drugs Dermatol.* 2009 Mar;8(3):294-7.
8. Alexiades-Armenakas MR, Dover JS, Arndt KA. The spectrum of laser skin resurfacing: nonablative, fractional, and ablative laser resurfacing. *J Am Acad Dermatol.* 2008 May;58(5):738-40.
9. Fisher GH, Geronemus RG. Short-term side effects of fractional photothermolysis. *Dermatol Surg.* 2005 Sep;31(8 Pt. 2):1245-9; discussion 1249.
10. Graber EM, Tanzi EL, Alster TS. Side effects and complications of fractional laser photothermolysis: experience with 961 treatments. *Dermatol Surg.* 2008 Mar;34(3):301-5.
11. Ross RB, Spencer J. Scarring and persistent erythema after fractionated ablative CO2 laser resurfacing. *J Drugs Dermatol.* 2008 Nov;7(11):1072-3.
12. Fife DJ, Fitzpatrick RE, Zachary CB. Complications of fractional CO2 laser resurfacing: four cases. *Lasers Surg Med.* 2009 Mar;41(3):179-84.
13. Avram MM, Tope WD, Yu T, et al. Hypertrophic scarring of the neck following ablative fractional carbon dioxide laser resurfacing. *Lasers Surg Med.* 2009 Mar;41(3):185-8.

14. Rahman Z, MacFalls H, Jiang K, Chan KF, Kelly K, Tournas J, et al. Fractional deep dermal ablation induces tissue tightening. *Lasers Surg Med*. 2009 Feb;41(2):78-86.
15. Chapas AM, Brightman L, Sukal S, Hale E, Daniel D, Bernstein LJ, et al. Successful treatment of acneiform scarring with CO₂ ablative fractional resurfacing. *Lasers Surg Med*. 2008 Aug;40(6):381-6.
16. Dierickx CC, Khatri KA, Tannous ZS, et al. Micro-fractional ablative skin resurfacing with two novel erbium laser systems. *Lasers Surg Med*. 2008 Feb;40(2):113-23.
17. Alster TS, Wanitphakdeedecha R. Improvement of postfractional laser erythema with light-emitting diode photomodulation. *Dermatol Surg*. 2009 May;35(5):813-5.
18. Alster TS, West TB. Effect of topical vitamin C on postoperative carbon dioxide laser resurfacing erythema. *Dermatol Surg*. 1998 Mar;24(3):331-4.
19. Setyadi HG, Jacobs AA, Markus RF. Infectious complications after nonablative fractional resurfacing treatment. *Dermatol Surg*. 2008 Nov;34(11):1595-8.
20. Nanni CA, Alster TS. Complications of carbon dioxide laser resurfacing: an evaluation of 500 patients. *Dermatol Surg*. 1998 Mar;24(3):315-20.
21. Alster TS, Nanni CA. Famciclovir prophylaxis of herpes simplex virus reactivation after laser skin resurfacing. *Dermatol Surg*. 1999 Mar;25(3):242-6.
22. Rokhsar CK, Fitzpatrick RE. The treatment of melasma with fractional photothermolysis: a pilot study. *Dermatol Surg*. 2005 Dec;31(12):1645-50.
23. Bernstein LJ, Kauvar AN, Grossman MC, Geronemus RG. The short- and long-term side effects of carbon dioxide laser resurfacing. *Dermatol Surg*. 1997 Jul;23(7):519-25.
24. Wanner M, Tanzi EL, Alster TS. Fractional photothermolysis: treatment of facial and nonfacial cutaneous photodamage with a 1,550-nm erbium-doped fiber laser. *Dermatol Surg*. 2007 Jan;33(1):23-8.
25. Alster TS, Tanzi EL, Lazarus M. The use of fractional laser photothermolysis for the treatment of atrophic scars. *Dermatol Surg*. 2007 Mar;33(3):295-9.
26. Gotkin RH, Sarnoff DS, Cannarozzo G, Sadick NS, Alexiades-Armenakas M. Ablative skin resurfacing with a novel microablative CO₂ laser. *J Drugs Dermatol*. 2009 Feb;8(2):138-44.
27. Tanzi EL, Wanitphakdeedecha R, Alster TS. Fraxel laser indications and long-term follow-up. *Aesthet Surg J*. 2008 Nov-Dec;28(6):675-8.
28. Kim DH, Lee SJ, Kang JM, Kim YK, Cho SB, Lee MG. Cracks on the tip: an unusual complication using the fractional photothermolysis system. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 Oct;21(9):1280-1.
29. Chan HH, Manstein D, Yu CS, Shek S, Kono T, Wei WI. The prevalence and risk factors of post-inflammatory hyperpigmentation after fractional resurfacing in Asians. *Lasers Surg Med*. 2007 Jun;39(5):381-5.
30. Hu S, Chen MC, Lee MC, Yang LC, Keoprasom N. Fractional resurfacing for the treatment of atrophic facial acne scars in Asian skin. *Dermatol Surg*. 2009 May;35(5):826-32.

31. Walgrave SE, Ortiz AE, MacFalls HT, et al. Evaluation of a novel fractional resurfacing device for treatment of acne scarring. *Lasers Surg Med.* 2009 Feb;41(2):122-7.
32. Rahman Z, Alam M, Dover JS. Fractional laser treatment for pigmentation and texture improvement. *Skin Ther Lett.* 2006 Nov;11(9):7-11.
33. Kono T, Chan HH, Groff WF, Manstein D, Sakurai H, Takeuchi M, et al. Prospective direct comparison study of fractional resurfacing using different fluences and densities for skin rejuvenation in Asians. *Lasers Surg Med.* 2007 Apr;39(4):311-4.
34. Izikson L, Anderson RR. Resolution of blue minocycline pigmentation of the face after fractional photothermolysis. *Lasers Surg Med.* 2008 Aug;40(6):399-401.
35. Tan KL, Kurniawati C, Gold MH. Low risk of postinflammatory hyperpigmentation in skin types 4 and 5 after treatment with fractional CO₂ laser device. *J Drugs Dermatol.* 2008 Aug;7(8):774-7.
36. Goldman MP, Fitzpatrick RE, Manuskiatti W. Laser resurfacing of the neck with the Erbium:YAG laser. *Dermatol Surg.* 1999 Mar;25(3):164-7; discussion 167-8.
37. Alster T, Zaulyanov L. Laser scar revision: a review. *Dermatol Surg.* 2007 Feb;33(2):131-40.
38. Alster TS, Tanzi EL. Hypertrophic scars and keloids: etiology and management. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4(4):235-43.
39. Gewirtzman A, Meirson DH, Rabinovitz H. Eruptive keratoacanthomas following carbon dioxide laser resurfacing. *Dermatol Surg.* 1999 Aug;25(8):666-8.
40. Mamelak AJ, Goldberg LH, Marquez D, Hosler GA, Hinckley MR, Friedman PM. Eruptive keratoacanthomas on the legs after fractional photothermolysis: report of two cases. *Dermatol Surg.* 2009 Mar;35(3):513-8.
41. Foster KW, Fincher EF, Moy RL. Heat-induced "recall" of treatment zone erythema following fractional resurfacing with a combination laser (1320 nm/1440 nm). 2008 Oct;144(10):1398-9.
42. Foster KW, Kouba DJ, Fincher EE, Glicksman ZS, Hayes J, Valerie F, et al. Early improvement in rhytides and skin laxity following treatment with a combination fractional laser emitting two wavelengths sequentially. *J Drugs Dermatol.* 2008 Feb;7(2):108-11.
43. Marra DE, Yip D, Fincher EF, Moy RL. Systemic toxicity from topically applied lidocaine in conjunction with fractional photothermolysis. *Arch Dermatol.* 2006 Aug;142(8):1024-6.
44. Fife DJ, Zachary CB. Delayed pinpoint purpura after fractionated carbon dioxide treatment in a patient taking ibuprofen in the postoperative period. *Dermatol Surg.* 2009 Mar;35(3):553.
45. Tannous Z. Fractional resurfacing. *Clin Dermatol.* 2007 Sep-Oct;25(5):480-6.
46. Fife DJ, Fitzpatrick RE, Zachary CB. Complications of Fractional CO₂ Laser Resurfacing: Four Cases. *Lasers Surg Med.* 2009 Mar;41(3):179-84.
47. Hantash BM1, Bedi VP, Kapadia B, Rahman Z, Jiang K, Tanner H et al. In vivo histological evaluation of a novel ablative fractional resurfacing device. *Lasers Surg Med.* 2007;39(2):96-107.
48. Hantash BM, Bedi VP, Chan KF, Zachary CB. Ex vivo histological characterization of a novel ablative fractional resurfacing device. *Lasers Surg Med.* 2007;39(2):87-95.

49. Daily RA, Gray JF, Rubin MG, Hildebrand PL, Swanson NA, Wobig JL et al. Histopathologic changes of the eyelid skin following trichoroacetic acidchemical peel. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 1998;14(1):9–12.
50. Ragland HP, McBurney E. Complications of resurfacing. *Semin Cutan Med Surg*. 1996;15:200–207.
51. Nanni CA, Alster TS. Complications of carbon dioxide laser resurfacing. Anevalu- ation of 500 patients. *Dermatol Surg*. 1998;24(3):315–320.

Referências Bibliográficas Ultrassom Focado Para Lipólise

1. Alster TS, Tanzi EL. Noninvasive lifting of arm, thigh, and knee skin with transcuta- neous intense focused ultrasound. *Dermatol Surg*. 2012 May;38(5):754-9.
2. White WM, Makin JR, Barthe PG, Slayton MH, Gliklich RE. Selective creation of thermal injury zones in the superficial musculoaponeurotic system using intense ultrasound therapy. *Arch Facial Plast Surg*. 2007 Jan-Feb;9(1):22-9.
3. Gliklich RE, White WM, Slayton MH, Barthe PG, Makin IR. Clinical pilot study of intense ultrasound therapy to deep dermal facial skin and subcutaneous tissues. *Arch Facial Plast Surg*. 2007 Mar-Apr;9(2):88-95.
4. White WM, Makin IR, Slayton MH, Barthe PG, Gliklich R. Selective transcutaneous delivery of energy to porcine soft tissues using intense ultrasound (IUS). *Lasers Surg Med*. 2008 Feb;40(2):67-75.
5. Alam M, White LE, Martin N, Witherspoon J, Yoo S, West DP. Ultrasound tightening of facial and neck skin: a rater-blinded prospective cohort study. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Feb;62(2):262-9.
6. MacGregor JL, Tanzi EL. Microfocused ultrasound for skin tightening. *Semin Cutan Med Surg*. 2013 Mar;32(1):18-25.
7. Laubach HJ, Makin IR, Barthe PG, Slayton MH, Manstein D. Intense focused ultrasound: evaluation of a new treatment modality for precise microcoagulation within the skin. *Dermatol Surg*. 2008 May;34(5):727-34.
8. Goldberg DJ, Hornfeldt CS. Safety and efficacy of microfocused ultrasound to lift, tighten, and smooth the buttocks. *Dermatol Surg*. 2014 Oct;40(10):1113-7.

Referências Bibliográficas Ultrassom Microfocado Para Flacidez Cutânea

1. Alam M, White LE, Martin N, Witherspoon J, Yoo S, West DP. Ultrasound tightening of facial and neck skin: a rater-blinded prospective cohort study. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Feb;62(2):262-9.
2. Alster TS, Tanzi EL. Noninvasive lifting of arm, thigh, and knee skin with transcutaneous intense focused ultrasound. *Dermatol Surg*. 2012 May;38(5):754-9.
3. White WM, Makin IR, Barthe PG, Slayton MH, Gliklich RE. Selective creation of thermal injury zones in the superficial musculoaponeurotic system using intense ultrasound therapy. *Arch Facial Plast Surg*. 2007 Jan-Feb;9(1):22-9.
4. Gliklich RE, White WM, Slayton MH, Barthe PG, Makin IR. Clinical pilot study of intense ultrasound therapy to deep dermal facial skin and subcutaneous tissues. *Arch Facial Plast Surg*. 2007 Mar-Apr;9(2):88-95.
5. White WM, Makin IR, Slayton MH, Barthe PG, Gliklich R. Selective transcutaneous delivery of energy to porcine soft tissues using intense ultrasound (IUS). *Lasers Surg Med*. 2008 Feb;40(2):67-75.
6. Laubach HJ, Makin IR, Barthe PG, Slayton MH, Manstein D. Intense focused ultrasound: evaluation of a new treatment modality for precise microcoagulation within the skin. *Dermatol Surg*. 2008 May;34(5):727-34.
7. Oni G, Hoxworth R, Teotia S, Brown S, Kenkel JM. Evaluation of a microfocused ultrasound system for improving skin laxity and tightening in the lower face. *Aesthet Surg J*. 2014 Sep;34(7):1099-110.
8. MacGregor JL, Tanzi EL. Microfocused ultrasound for skin tightening. *Semin Cutan Med Surg*. 2013 Mar;32(1):18-25.
9. Brobst RW, Ferguson M, Perkins SW. Ulthera: initial and six month results. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2012 May;20(2):163-76, vi.
10. Goldberg DJ, Hornfeldt CS. Safety and efficacy of microfocused ultrasound to lift, tighten, and smooth the buttocks. *Dermatol Surg*. 2014 Oct;40(10):1113-7.
11. Fabi SG, Goldman MP. Retrospective evaluation of micro-focused ultrasound for lifting and tightening the face and neck. *Dermatol Surg*. 2014 May;40(5):569-75.
12. Fabi SG, Massaki A, Eimpunth S, Pogoda J, Goldman MP. Evaluation of microfocused ultrasound with visualization for lifting, tightening, and wrinkle reduction of the décolletage. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Dec;69(6):965-71.

Referências Bibliográficas Criolipólise

1. Jalian HR, Avram MM. Body contouring: the skinny on noninvasive fat removal. *Semin Cutan Med Surg.* 2012 Jun;31(2):121-5.
2. Dierickx CC, Mazer JM, Sand M, Koenig S, Arigon V. Safety, tolerance and patient satisfaction with noninvasive cryolipolysis. *Dermatol Surg.* 2013 Aug;39(8):1209-16.
3. Stevens WG1, Pietrzak LK, Spring MA. Broad overview of a clinical and commercial experience with CoolSculpting. *Aesthet Surg J.* 2013 Aug 1;33(6):835-46.

Referências Bibliográficas Microagulhamento Com Dispositivo Cilíndrico Rolante (“Rollers”)

1. Kadunc B, Palermo E, Addor F, Metsavant L, Rabello L, Mattos R et al. *Tratado de Cirurgia dermatológica, cosmética e laser da Sociedade Brasileira de Dermatologia.* Rio de Janeiro: Elsevier;2013.
2. Sadick NS, Makino Y. Selective electro-thermolysis in aesthetic medicine: a review. *Lasers Surg Med.* 2004 34(2):91-7.
3. Kulick MI. New approach to non ablative wrinkle treatment-combination of conductive RF and laser: case report. Yokneam: Syneron Medical Ltd.;2004.
4. Fritz M, Counters JT, Zelickson BD. Radiofrequency treatment for middle and lower face laxity. *Arch Facial Plast Surg.* 2004 Nov-Dec;6(6):370-3.
5. Zelickson BD, Kist D, Bernstein E, Brown DB, Ksenzenko S, Burns J et al. Histological and ultra structural evaluation of the effects of a radiofrequency-based non ablative dermal remodeling device: a pilot study. *Arch Dermatol.* 2004 Feb;140(2):204-9.

Referências Bibliográficas Toxina Botulínica

1. Kerner J. Vergiftung durch verdorbene Würste. *Tübing Blätter für Naturw. und Arzneik.* 1817;3;1-45.
2. van Ermengen E. Über einen neuen anaëroben Bacillus und seine Beziehungen zum Botulismus. *J Hyg Infektionskrankh.* 1897; 26:1-56.
3. Schantz EJ, Johnson EA. Botulinum toxin: the story of its development of human disease. *Perspect Biol Med.* 1997;40(3):317-27.
4. Scott AB, Rosenbaum A, Collins CC. Pharmacologic weakening of extraocular muscles. *Invest Ophthalmol.* 1973 Dec;12(12):924-7.
5. Carruthers JDA, Carruthers JA. Botulinum toxin use for glabellar wrinkles. *Annu Meet Am Soc Dermatol Surg.* 1991 Mar;46;13-19.
6. Benedetto AV. The cosmetic uses of Botulinum toxin type A. *Int J Dermatol.* 1999;38(9):641-655.
7. Pickett AM, Hambleton P. Dose standardisation of botulinum toxin. *Lancet.* 1994 Aug 13;344(8920):474-475.

8. Caversan L. Botox movimentada R\$ 100 milhões por ano no país. [Internet]. Folha de São Paulo On-line. 2001 Dec [acesso 15 set 2016]. Disponível em: <http://bit.ly/2cLHFng>
9. Carruthers A, Carruthers J. Cosmetic use of botulinum A exotoxin. *Advermatol.* 1997;12:325-47.
10. Huang W, Foster JA, Rogachefsky AS. Pharmacology of botulinum toxin. *J Am Acad Dermatol.* 2000 Aug;43(2 Pt 1):249-59.
11. Fortuna R, Vaz MA, Youssef AR, Longino D, Herzog W. Changes in contractile properties of muscles receiving repeat injections of botulinum toxin. *J Biomech.* 2011 Jan 4;44(1):39-44.
12. Allergan. Bulário do produto Botox. [Internet]. [s.d.] [acesso 15 set 2016]. Disponível em: <http://bit.ly/2cpFyDS>
13. Anvisa. Bulário do produto Dysport. [s.d.] [acesso 15 set 2016]. Disponível em: <http://bit.ly/2cgOcXH>
14. Cristália. Bulário do produto Prosigne. [s. d.] [acesso 15 set 2016]. Disponível em: <http://bit.ly/2d2z95i>
15. Gassia V. Prevention and management of locoregional complications of botulinum A toxin injections in cosmetic treatment. *Ann Dermatol Venereol.* 2009 May;136 Suppl 4:S146-51.

Referências Bibliográficas Preenchimentos Cutâneos

1. Lemperle G, Morhenn V, Charrier U. Human histology and persistence of various injectable filler substances for soft tissue augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* 2003 Sep-Oct;27(5):354-66.
2. Laeschke K. Biocompatibility of microparticles into soft tissue fillers. *Semin Cutan Med Surg.* 2004 Dec;23(4):214-7.
3. Requena L, Requena C, Christensen L, Zimmermann US, Kutzner H, Cerroni L. Adverse reactions to injectable soft tissue fillers. *J Am Acad Dermatol.* 2011 Jan;64(1):1-34.
4. Carruthers, J. Review of long-lasting dermal fillers. Supplement to the Aesthetic Buyers Guide. 2006 [acesso 15 set 2016]. Disponível em: <http://bit.ly/2ccEoQ5>
5. Zimmermann US, Clerici TJ. The histological aspects of filler complications. *Semin Cutan Med Surg.* 2004 Dec;23(4):241-50.
6. Lemperle G, Rullan PP, Gauthier-Hazan N. Avoiding and treating dermal filler complications. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Sep;118(3 Suppl):92S-107S.
7. Nicolau PJ. Long-lasting and permanent fillers: biomaterial influence over host tissue response. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Jun;119(7):2271-86.
8. Hexsel DM, Hexsel CL, Iyengar V. Liquid injectable silicone: History, mechanism of action, indications, technique, and complications. *Semin Cutan Med Surg.* 2003 Jun;22(2):107-14.

9. Wiest LG. History and use of fillers for treating wrinkles. *Hautarzt*. 2007 Mar;58(3):224-31.
10. Eppley BL, Dadvand B. Injectable soft-tissue fillers: clinical overview. *Plast Reconstr Surg*. 2006 Sep 15;118(4):98e-106e.
11. Goldberg DJ. Dermatologic surgical research and the Institutional Review Board. *Dermatol Surg*. 2005 Oct;31(10):1317-22.
12. Bergeret-Galley C. Choosing injectable implants according to treatment area: the European experience. *Facial Plast Surg*. 2009 May;25(2):135-42.
13. Coleman SR. Avoidance of arterial occlusion from injection of soft tissue fillers. *Aesthet Surg J*. 2002 Nov;22(6):555-7.
14. McCleve DE, Goldstein JC. Blindness secondary to injections in the nose, mouth, and face: cause and prevention. *Ear Nose Throat J*. 1995 Mar;74(3):182-8.
15. Danesh-Meyer HV, Savino PJ, Sergott RC. Case reports and small case series: Ocular and cerebral ischemia following facial injection of autologous fat. *Arch Ophthalmol*. 2001 May;119(5):777-8.
16. Zide BM. Radiance: Short-term experience. *Aesthet Surg J*. 2003 Nov-Dec;23(6):495.
17. Weinberg MJ, Solish N. Complications of hyaluronic acid fillers. *Facial Plast Surg*. 2009 Dec;25(5):324-8.
18. Kim DW, Yoon ES, Ji YH, Park SH, Lee BI, Dhong ES. Vascular complications of hyaluronic acid fillers and the role of hyaluronidase in management. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011 Dec;64(12):1590-5.
19. Hirsch RJ, Lupo M, Cohen JL, Duffy D. Delayed presentation of impending necrosis following soft tissue augmentation with hyaluronic acid and successful management with hyaluronidase. *J Drugs Dermatol*. 2007 Mar;6(3):325-8.
20. Cox SE. Clinical experience with filler complications. *Dermatol Surg*. 2009 Oct;35 Suppl 2:1661-6.
21. Lemperle G, Knapp TR, Sadick NS, Lemperle SM. ArteFill: mechanism of action, injection technique, clinical applications. *Aesthetic Plast Surg*. 2010 Jun;34(3):273-86.
22. Rullan PP. Soft tissue augmentation using Artecoll: a personal experience. *Facial Plast Surg*. 2004 May;20(2):111-6.
23. Bachmann F, Erdmann R, Hartmann V, Wiest L, Rzany B. The spectrum of adverse reactions after treatment with injectable fillers in the glabellar region: results from the Injectable Filler Safety Study. *Dermatol Surg*. 2009 Oct;35 Suppl 2:1629-34.
24. Mamelak AJ, Katz TM, Goldberg LH, Graves JJ, Kaye VN, Friedman PM. Foreign body reaction to hyaluronic acid filler injection: in search of an etiology. *Dermatol Surg*. 2009 Oct;35 Suppl 2:1701-3.
25. Masveyraud FO. Facial rejuvenation using L-poly-lactic acid: about 298 successive cases. *Ann Chir Plast Esthet*. 2011 Apr;56(2):120-7.
26. Voy ED, Mohasseb J. Lipoatrophie als seltene Komplikation nach Auffüllung der Nasolabialfalten mit injizierbaren Implantaten. *Magazin Aesth Chir*. 2002;3:36.

28. Andre P, Wechsler J, Revuz J. Facial lipoatrophy: report of five cases after injection of synthetic filler into nasolabial folds. *J Cosmet Dermatol.* 2002 Oct;1(3):120-3.
29. Shumaker PR, Rao J, Goldmann MP. Treatment of local, persistent cutaneous atrophy following corticosteroid injection with normal saline infiltration. *Dermatol. Surg.* 31:1341, 2005.
30. Dayan SH, Arkins JP, Brindise R. Soft tissue fillers and biofilms. *Facial Plast Surg.* 2011 Feb;27(1):23-8.

Referências Bibliográficas Peelings Químicos

1. Wambier CG, da Costa Filha ARC, Koga AY, Beltrame FL, Döll-Boscardin PM. Emulsifiers maximize the safety and effectiveness of deep chemical peels. *J Am Acad Dermatol.* 2025 Jan;92(1):e23-e24.
2. Justo ADS, Lemes BM, Nunes B, Antunes KA, Carletto B, Koga AY, Lipinski LC, Montemor Netto MR, Campagnoli EB, Beltrame FL, Wambier CG. Depth of injury of Hetter's phenol-croton oil chemical peel formula using 2 different emulsifying agents. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Jun;82(6):1544-1546.
3. Landau M, Tosti A, Kroumpouzou G, Eims E, Goldust M. Frontal fibrosing alopecia-A new absolute contraindication for deep chemical peels. *Clin Dermatol.* 2024;42:696- 700.
4. Report of Phenol Peel for Asians. Yoon ES, Ahn DS. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 1999;103(1):207-14; discussion 215-7. doi:10.1097/00006534-199901000-00034.
5. Carolina Reato Marçon. Phenol in dermatology: updated evidence on efficacy and safety; Service of Dermatology, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil; *Anais Brasileiro de Dermatologia.* 9 December 2024.

ANEXO V

CERTIDÃO DE HABILITAÇÃO EM BIOLOGIA ESTÉTICA

Certificamos, para os devidos fins, que o(a) Biólogo(a) _____, portador (a) do registro CRBio nº _____, encontra-se devidamente habilitado (a) em Biologia Estética para os seguintes procedimentos descritos a seguir:

Assinatura do(a) Presidente

DOCUMENTO DO CFBio



A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM ESTÉTICA: UMA SUBÁREA DA ESPECIALIDADE EM FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL

1. Introdução

A Fisioterapia, enquanto profissão da saúde, foi formalmente reconhecida no Brasil pelo Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, que regulamentou o exercício profissional e estabeleceu que o fisioterapeuta, de forma privativa, está habilitado a aplicar métodos e técnicas fisioterapêuticas voltadas à restauração, manutenção e promoção da capacidade física e funcional do ser humano.

Com a Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, foram criados o Conselho Federal (COFFITO) e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOS), com a missão de normatizar, orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício das profissões, garantindo a observância ética e técnica em todo o território nacional.

Historicamente, a Fisioterapia brasileira consolidou-se com foco reabilitador, em resposta a morbididades decorrentes de epidemias, doenças infectocontagiosas e sequelas físicas. O avanço científico e a transição epidemiológica, com maior prevalência de doenças crônicas, condições metabólicas e disfunções estéticas e funcionais, exigiram expansão de competências e novas áreas de atuação.

Nesse contexto, o fisioterapeuta assume papel ativo na prevenção, promoção e educação em saúde, ampliando sua inserção em ambientes clínicos, hospitalares, ambulatoriais, domiciliares e estéticos, alinhado à concepção ampliada de saúde da OMS e do SUS.

A Fisioterapia Dermatofuncional surge como resposta científica, ética e regulada à demanda por profissionais capacitados a atuar sobre o sistema tegumentar e suas interfaces com os sistemas linfático, endócrino, metabólico e neuromuscular, promovendo saúde, funcionalidade, estética e qualidade de vida.

1.1 História da Fisioterapia Dermatofuncional no Brasil

A trajetória da Fisioterapia Dermatofuncional no Brasil evidencia a consolidação de uma área científica que, nas últimas décadas, evoluiu de práticas empíricas de estética para um campo de intervenção fisioterapêutica reconhecido, regulamentado e baseado em evidências.

1.1.1 Primeiras iniciativas e organização profissional

- Em 1996–1997, a Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF) instituiu uma Comissão de Estudos em Fisioterapia Estética para definir diretrizes técnicas, conceituais e éticas de atuação. O trabalho resultou em documento técnico-científico protocolado no COFFITO.

- Em 1998, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Fisioterapia Estética (Campinas/SP), marco para a consolidação da identidade profissional, métodos de intervenção e padronização terminológica (*fonte: ibrate.edu.br*).

1.1.2 Transição de nomenclatura e reconhecimento formal

- No final dos anos 1990, críticas ao termo “Fisioterapia Estética” — por não abranger as disfunções do tegumento e repercussões metabólicas, endócrinas e linfáticas — levaram à adoção do termo “Fisioterapia Dermatofuncional” (*fonte: ibrate.edu.br*).
- Em 2005, foi fundada em Recife/PE a ABRAFIDEF, com o objetivo de representar, organizar e fortalecer a especialidade, promovendo provas de título, emissão de pareceres e diretrizes clínicas (*fonte: ibrate.edu.br*).
- O reconhecimento formal da especialidade ocorreu com a Resolução COFFITO nº 362/2009, atribuindo competência legal ao fisioterapeuta dermatofuncional para atuar em disfunções do sistema tegumentar e alterações dos sistemas circulatório, linfático, endócrino e metabólico.

1.1.3 Regulamentação de procedimentos e recursos terapêuticos

- Resolução COFFITO nº 394/2011: define o escopo de atuação da Dermatofuncional, contemplando prevenção, promoção e recuperação do sistema tegumentar com finalidades estéticas, reparadoras e funcionais.
- Acórdão COFFITO nº 293/2012: normatiza técnicas e recursos próprios (Laser, Luz Intensa Pulsada, Radiofrequência, Carboxiterapia e Peelings).
- Pareceres/Acórdãos de 2015: reconhecem Terapia por Ondas de Choque e estabelecem parâmetros de segurança para toxina botulínica e peelings. Essas normas consolidam a Dermatofuncional como especialidade cientificamente respaldada e normativamente segura, em conformidade com boas práticas clínicas e sanitárias.

1.1.4 Expansão científica e avanços nas pesquisas

A partir de 2010, observa-se crescimento de estudos sobre:

- Cicatrizes (hipertróficas/atróficas/pós-queimaduras);
- Flacidez, fibroedema gelóide (celulite) e adiposidade localizada;
- Estrias, discromias e envelhecimento cutâneo;
- Protocolos combinados (fototerapia, eletroterapia, liberação miofascial e recursos injetáveis);
- Reabilitação estética pós-cirúrgica (plástica, bariátrica e reparadora). Estudos descritivos (ex.: Teresina-PI) mostram perfil de usuários predominantemente feminino, jovem, motivado por prevenção e bem-estar. Revisões e ensaios clínicos indicam que associações de recursos

(laser, ultrassom, drenagem, terapia manual) melhoram dor, mobilidade e qualidade tecidual.

1.1.5 Papel na saúde e mudança de paradigma

A Dermatofuncional integra a transição da Fisioterapia de um modelo exclusivamente reabilitador para a atenção integral, incorporando prevenção, promoção, estética funcional e qualidade de vida. Atua tanto em condições patológicas (cicatrizes, queimaduras, edemas) quanto em condições estéticas e preventivas, dentro dos limites de habilitação. O conjunto de resoluções, acordos, pós-graduações e produção científica revela a maturidade institucional da especialidade.

3. Fisioterapia Dermatofuncional: Conceito, Objeto e Fundamentação

Especialidade reconhecida pela Resolução COFFITO nº 362/2009 e disciplinada pela Resolução nº 394/2011, tem por objeto o estudo, prevenção e tratamento das disfunções tegumentares e suas repercussões sistêmicas, com finalidade funcional, estética e reparadora.

3.1 Objetivos e Abrangência

Atua sobre alterações dos sistemas:

- Tegumentar (pele e anexos);
- Circulatório e linfático;
- Endócrino e metabólico;
- Osteomioarticular e neuromuscular.

Com foco em prevenção, promoção e recuperação funcional, utiliza recursos físicos e manuais, eletrotermofototerápicos, prescrição de medicamentos (sob qualquer via seja tópica, oral ou injetável), visando função, estética, autoestima e bem-estar.

1. Fundamentos Legais da Especialidade

A seguir, o conjunto normativo que embasa e regulamenta o exercício profissional:

- **Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969** – Regulamenta o exercício da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional no Brasil, reconhecendo ambas como profissões de nível superior.
- **Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975** – Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO e CREFITOs), responsáveis pela normatização, orientação e fiscalização profissional.

- **Resolução COFFITO nº 8, de 20 de fevereiro de 1978** – Estabelece normas de habilitação profissional para o exercício da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional.
- **Resolução COFFITO nº 80, de 9 de maio de 1987** – Dispõe sobre o exercício profissional do fisioterapeuta e o registro de empresas nos Conselhos Regionais.
- **Resolução COFFITO nº 362, de 20 de maio de 2009** – Reconhece a Fisioterapia Dermatofuncional como especialidade do profissional fisioterapeuta e define suas competências gerais.
- **Resolução COFFITO nº 394, de 24 de novembro de 2011** – Define as áreas de atuação da especialidade em Fisioterapia Dermatofuncional, incluindo a Estética e Cosmetologia. Em 2013 é realizado o primeiro certame da Prova de Especialistas para a Fisioterapia Dermatofuncional, que aos aprovados no certame, composta por prova de conhecimentos e avaliação de títulos/experiências profissionais, recebendo então seu RPE (Registro Profissional de Especialista), atualmente substituído pelo RQE (Registro de Qualificação de Especialista) através da resolução **COFFITO 627/2025**.
- **Acórdão COFFITO nº 293, de 3 de julho de 2012** – Normatiza técnicas e recursos próprios da especialidade, autorizando o uso de tecnologias como Laser, Luz Intensa Pulsada, Carboxiterapia e Peelings.
- **Acórdão COFFITO nº 611, de 1º de abril de 2017** – Autoriza o uso e a indicação de substâncias de livre prescrição pelo fisioterapeuta, como fitoterápicos, fotossensibilizadores e florais.
- **Acórdão COFFITO nº 919, de 13 de novembro de 2018** – Reconhece a competência do fisioterapeuta para o uso de fototerapia, laser e outros equipamentos em qualquer potência, desde que respeitados os protocolos de segurança e finalidade fisioterapêutica.
- **Acórdão COFFITO nº 561, de 28 de dezembro de 2022** – Reconhece a ozonioterapia como prática fisioterapêutica, desde que fundamentada cientificamente e aplicada com fins terapêuticos.
- **Acórdãos COFFITO nº 609, 635, 636, 639 e 735, de 2023 e 2024** – Regulam e reconhecem a habilitação do fisioterapeuta para a realização de procedimentos com toxina botulínica, intradermoterapia, hidrolipoclasia ultrassônica, bioestimuladores de colágeno e outras técnicas injetáveis, garantindo autonomia farmacológica e técnica para prescrição e escolha da via de administração.
- **Resolução COFFITO nº 607, de 29 de janeiro de 2025** – Dispõe sobre a habilitação dos fisioterapeutas para a prescrição e aplicação de agregados leucoplaquetários autólogos — Plasma Rico em Plaquetas (PRP) e Fibrina Rica em Plaquetas (PRF) — para fins fisioterapêuticos não transfusionais.

5. Campos de Atuação

Conforme a Resolução COFFITO nº 394/2011, o fisioterapeuta dermatofuncional pode atuar nas seguintes áreas:

- Dermatologia e queimaduras;
- Pré e pós-operatório de cirurgias plásticas e bariátricas;
- Endocrinologia, angiologia e linfologia;
- Estética e cosmetologia;
- Fisioterapia regenerativa e antienvhecimento;
- Terapias combinadas/integrativas (ozonioterapia, fotobiomodulação, carboxiterapia).

Ambientes de atuação: hospitalar, ambulatorial, domiciliar, público e privado, em todos os níveis de atenção (prevenção, promoção, intervenção e reabilitação).

6. Competências, Prerrogativas e Habilidades

6.1 Prerrogativas Profissionais

- Coordenação, supervisão e responsabilidade técnica;
- Direção e gestão de serviços;
- Consultoria, auditoria e perícia;
- Pesquisa científica e docência;
- Elaboração de protocolos clínicos e tecnológicos.

6.2 Competências Técnicas

- Avaliação morfofuncional do sistema tegumentar;
- Indicação, aplicação e controle de recursos físicos e injetáveis;
- Interpretação de exames e monitoramento da resposta tecidual;
- Prevenção de disfunções estéticas e funcionais;
- Implementação de biossegurança e gestão de riscos.

6.3 Habilidades Específicas

- Eletrotermofototerapia aplicada;
- Cosmetologia e farmacologia fisioterapêutica;
- Cinesioterapia e terapia manual;
- Biomodulação e fotobiomodulação;
- Procedimentos injetáveis (toxina botulínica, intradermoterapia, bioestimuladores, PRP/PRF, fios de PDO, hidrolipoclasia, etc.).

7. Habilitação para Procedimentos Estéticos

De acordo com as normas do COFFITO, a realização de procedimentos injetáveis, sendo que o Sistema COFFITO/CREFITOs utiliza a terminologia de **PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA AVANÇADA (PFA)** e/ou **FISIOTERAPIA DE ESCOPO ESTENDIDO (FEE)**, não reconhecendo a terminologia de procedimentos invasivos ou minimamente invasivos. Estes procedimentos ou

técnicas requer formação complementar e comprovação de capacitação técnica, com cursos chancelados pelo COFFITO e apostilados junto ao CREFITO.

- **Acórdão COFFITO nº 609, de 11 de maio de 2023** Reconhece a **habilitação do fisioterapeuta para realizar procedimentos com toxina botulínica**, desde que comprove formação específica em curso chancelado pelo COFFITO, com carga horária mínima de 50 horas e 60% de prática supervisionada.
- **Acórdão COFFITO nº 636, de 7 de julho de 2023** Reconhece a **habilitação do fisioterapeuta para a realização de procedimentos de intradermoterapia**, com exigência de capacitação teórico-prática mínima de 30 horas e 60% de prática clínica supervisionada.
- **Acórdão COFFITO nº 639, de 29 de agosto de 2023** Estabelece que o fisioterapeuta **possui autonomia para a indicação e escolha da via de administração de substâncias**, conforme sua capacitação técnica e protocolos fisioterapêuticos reconhecidos, incluindo aplicações injetáveis na área dermatofuncional.
- **Acórdão COFFITO nº 735, de 10 de setembro de 2024** Reconhece a **competência do fisioterapeuta para prescrever, administrar e adquirir medicamentos e insumos**, consolidando sua **autonomia farmacológica** dentro do exercício da Fisioterapia Dermatofuncional e estética avançada.
- **Resolução COFFITO nº 607, de 29 de janeiro de 2025** Dispõe sobre a **habilitação dos fisioterapeutas para a prescrição e aplicação de agregados leucoplaquetários autólogos — Plasma Rico em Plaquetas (PRP) e Fibrina Rica em Plaquetas (PRF)**, suas variantes e frações — para **fins fisioterapêuticos não transfusionais**, regulamentando a aplicação dessas terapias regenerativas no âmbito da Dermatofuncional.

8. Prescrição, Administração e Aquisição de Substâncias

Com o Acórdão nº 735/2024, o fisioterapeuta possui competência legal para prescrever, administrar e adquirir medicamentos e insumos, conforme protocolos técnicos e de segurança, independentemente da via de administração (injetável, pressurizada, tópica ou oral).

O Acórdão nº 611/2017 já reconhecia o uso de substâncias de livre prescrição pelo fisioterapeuta, tais como:

- Fitoterápicos e homeopáticos;
- Fotossensibilizadores para fototerapia/fotodinâmica;
- Substâncias para iontoforese e fonoforese;
- Florais e compostos ortomoleculares.

9. Contribuição Científica e Social

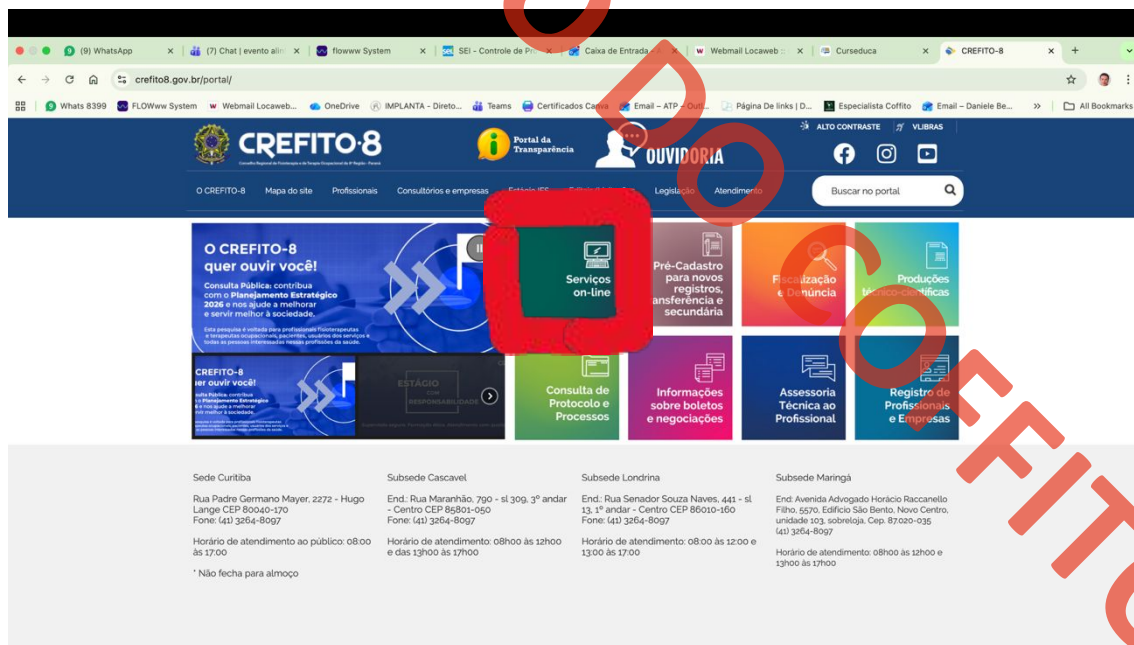
A Dermatofuncional representa o amadurecimento científico da Fisioterapia, com crescente produção de artigos, ensaios clínicos e revisões sistemáticas sobre:

- Cicatrizes, queimaduras e fibroses;
- Protocolos de radiofrequência, laser e ultrassom;
- Uso de PRP/PRF e bioestimuladores no rejuvenescimento;
- Abordagens integradas em gestantes, pós-operatórios e obesidade.

No plano social, impacta autoestima, funcionalidade e inserção social, integrando ciência, estética e saúde pública.

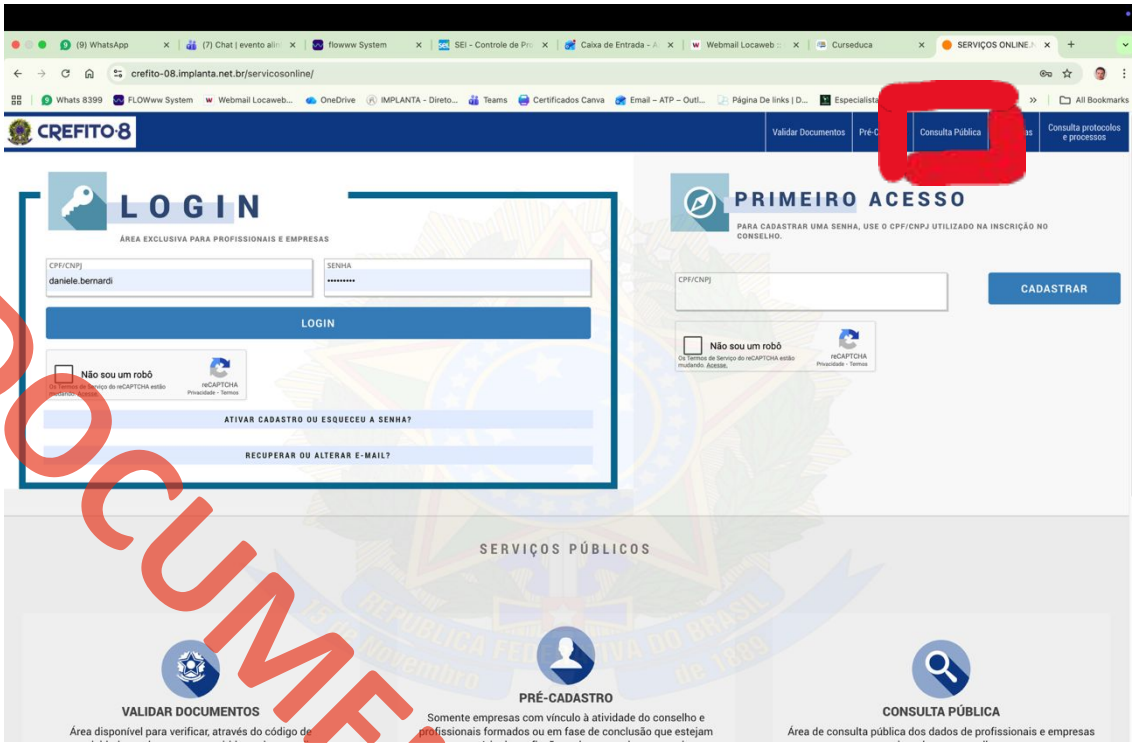
10. Validação da Habilitação ao Uso dos Injetáveis

Tanto a sociedade, bem como órgãos fiscalizadores como VISAs e outros, podem verificar a habilitação do fisioterapeuta quanto ao uso das técnicas injetáveis no portal dos conselhos regionais, CREFITOs, como se mostra a seguir.

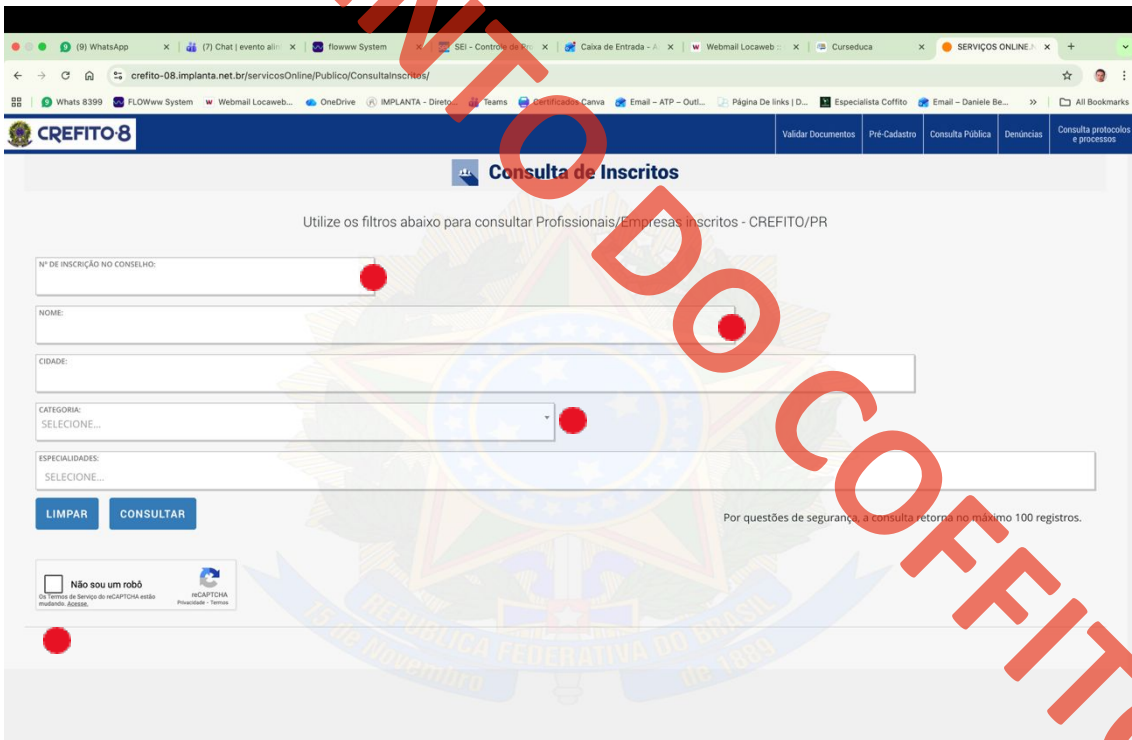


The image shows a screenshot of the CREFITO-8 website portal. The browser address bar shows 'crefito8.gov.br/portal/'. The page features a navigation menu with 'Portal da Transparência' and 'OUVIDORIA'. A search bar is present with the text 'Buscar no portal'. The main content area includes several service tiles: 'O CREFITO-8 quer ouvir você!', 'Serviços on-line', 'Pré-Cadastro para novos registros, transferência e secundária', 'Fiscalização e Denúncia', 'Produções Metodológicas', 'CREFITO-8 quer ouvir você!', 'ESTÁGIO', 'Consulta de Protocolo e Processos', 'Informações sobre boletins e negociações', 'Assessoria Técnica ao Profissional', and 'Registro de Profissionais e Empresas'. At the bottom, there is a table with contact information for four sub-sedes: Curitiba, Cascavel, Londrina, and Maringá.

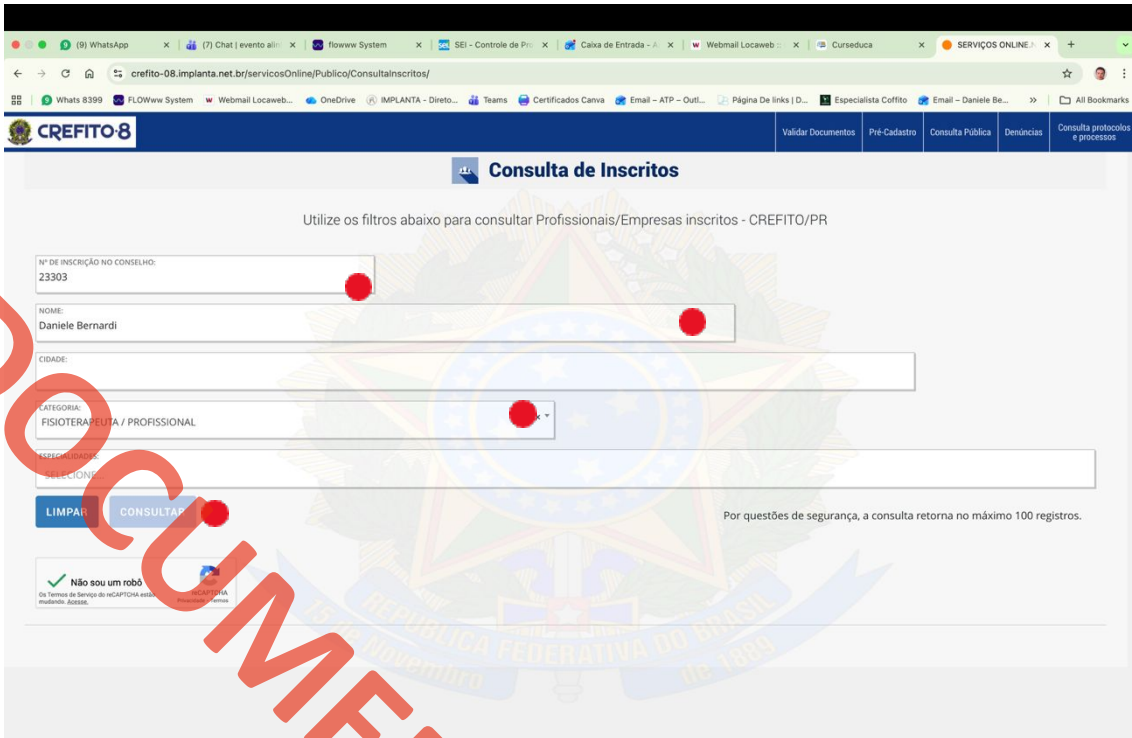
Subsede Curitiba	Subsede Cascavel	Subsede Londrina	Subsede Maringá
Rua Padre Germano Mayer, 2272 - Hugo Lange CEP 80040-170 Fone: (41) 3264-8097	End.: Rua Maranhão, 790 - sl 309, 3º andar - Centro CEP 85801-050 Fone: (41) 3264-8097	End.: Rua Senador Souza Naves, 441 - sl 13, 1º andar - Centro CEP 86010-160 Fone: (41) 3264-8097	End.: Avenida Advogado Horácio Raccanello Filho, 5570, Edifício São Bento, Novo Centro, unidade 103, sobreloja, Cep. 87020-035 41) 3264-8097
Horário de atendimento ao público: 08:00 às 17:00	Horário de atendimento: 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00	Horário de atendimento: 08:00 às 12:00 e 13:00 às 17:00	Horário de atendimento: 08:00 às 12:00 e 13:00 às 17:00
* Não fecha para almoço			



The screenshot shows the COFFITO website's login interface. At the top, there is a navigation bar with the COFFITO logo and several menu items: 'Validar Documentos', 'Pré-Cadastro', 'Consulta Pública', and 'Consulta protocolos e processos'. The 'Consulta Pública' button is highlighted with a red box. Below the navigation bar, the page is divided into two main sections: 'LOGIN' and 'PRIMEIRO ACESSO'. The 'LOGIN' section is titled 'ÁREA EXCLUSIVA PARA PROFISSIONAIS E EMPRESAS' and contains a form with fields for 'CPF/CNPJ' (filled with 'daniele.bernardi') and 'SENHA'. Below the form is a 'LOGIN' button. There are also links for 'ATIVAR CADASTRO OU ESQUECEU A SENHA?' and 'RECUPERAR OU ALTERAR E-MAIL?'. The 'PRIMEIRO ACESSO' section is titled 'PARA CADASTRAR UMA SENHA, USE O CPF/CNPJ UTILIZADO NA INSCRIÇÃO NO CONSELHO.' and contains a 'CPF/CNPJ' field and a 'CADASTRAR' button. Below this, there is a 'Não sou um robô' checkbox and a reCAPTCHA widget. At the bottom of the page, there is a 'SERVIÇOS PÚBLICOS' section with three icons: 'VALIDAR DOCUMENTOS', 'PRÉ-CADASTRO', and 'CONSULTA PÚBLICA'. The 'CONSULTA PÚBLICA' icon is highlighted with a red box.



The screenshot shows the COFFITO website's public consultation interface. At the top, there is a navigation bar with the COFFITO logo and several menu items: 'Validar Documentos', 'Pré-Cadastro', 'Consulta Pública', 'Denúncias', and 'Consulta protocolos e processos'. The 'Consulta Pública' button is highlighted with a red box. Below the navigation bar, the page is titled 'Consulta de Inscritos'. Underneath, there is a text prompt: 'Utilize os filtros abaixo para consultar Profissionais/Empresas Inscritos - CREFITO/PR'. Below this, there are several search filters: 'Nº DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO:', 'NOME:', 'CIDADE:', 'CATEGORIA: SELECIONE...', and 'ESPECIALIDADES: SELECIONE...'. There are 'LIMPAR' and 'CONSULTAR' buttons. Below the filters, there is a 'Não sou um robô' checkbox and a reCAPTCHA widget. At the bottom right, there is a note: 'Por questões de segurança, a consulta retorna no máximo 100 registros.'



Consulta de Inscritos

Utilize os filtros abaixo para consultar Profissionais/Empresas inscritos - CREFITO/PR

Nº DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO:
23303

NOME:
Daniele Bernardi

CIDADE:

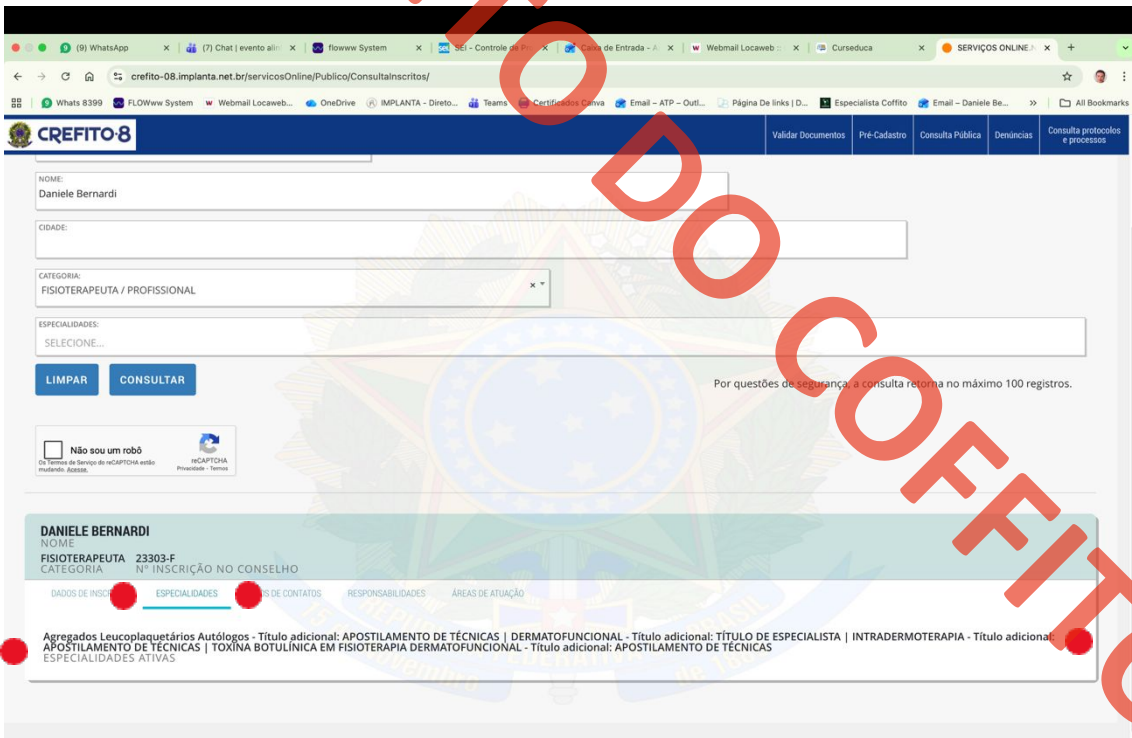
CATEGORIA:
FISIOTERAPEUTA / PROFISSIONAL

ESPECIALIDADES:
SELECIONE...

LIMPAR **CONSULTAR**

Por questões de segurança, a consulta retorna no máximo 100 registros.

Não sou um robô



DANIELE BERNARDI

NOME:
Daniele Bernardi

CIDADE:

CATEGORIA:
FISIOTERAPEUTA / PROFISSIONAL

ESPECIALIDADES:
SELECIONE...

LIMPAR **CONSULTAR**

Por questões de segurança, a consulta retorna no máximo 100 registros.

Não sou um robô

DANIELE BERNARDI
NOME:
FISIOTERAPEUTA 23303-F
CATEGORIA: Nº INSCRIÇÃO NO CONSELHO

DADOS DE INSCRIÇÃO | ESPECIALIDADES | ENDEREÇOS DE CONTATOS | RESPONSABILIDADES | ÁREAS DE ATUAÇÃO

Agregados Leucoplaquetários Autólogos - Título adicional: APOSTILAMENTO DE TÉCNICAS | DERMATOFUNCIONAL - Título adicional: TÍTULO DE ESPECIALISTA | INTRADERMOTERAPIA - Título adicional: APOSTILAMENTO DE TÉCNICAS | TOXINA BOTULÍNICA EM FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL - Título adicional: APOSTILAMENTO DE TÉCNICAS
ESPECIALIDADES ATIVAS

11. Conclusão

A Fisioterapia Dermatofuncional, reconhecida e consolidada, reflete a evolução da profissão rumo à ciência regenerativa, estética funcional e promoção global da saúde. Amparada por base legal, científica e ética, sua atuação configura

prática legítima, segura e tecnicamente respaldada, alinhada às diretrizes do COFFITO, da OMS e das políticas nacionais de saúde.

O fisioterapeuta habilitado é protagonista na integração entre função, forma e estética, aplicando técnicas baseadas em evidências e promovendo a saúde integral do indivíduo

Referências

- COFFITO – Dermatofuncional - *site:coffito.gov.br*

COFFITO - Dermatofuncional



Documento elaborado por

Dra. Daniele Bernardi
CREFITO-8/23.303-F RQE 1090140109
Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional
Conselheira COFFITO
Membro Efetiva da CRTS – Comissão Temática de Estética.

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

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

Senhor Presidente do CNE,

A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), instituída pela Portaria GM-MS nº 4.872, de 18 de julho de 2024, encaminha ao Conselho Nacional de Educação esta Moção de apoio à revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Fonoaudiologia, considerando o seguinte

1. O Parecer CNE/CES nº 444/2024, aprovado em 3 de julho de 2024, que trata da revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Fonoaudiologia (bacharelado), registra em seu *Voto da Comissão* que esta “vota favoravelmente à aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fonoaudiologia, bacharelado, na forma deste Parecer e do Projeto de Resolução, anexo, do qual é parte integrante”, reconhecendo formalmente a necessidade de atualização das DCN frente às transformações ocorridas no campo da saúde e da educação, e reforçando a pertinência da revisão normativa.
2. A profissão de Fonoaudiólogo está regulamentada no Brasil pela Lei nº 6.965/1981, que reconhece o exercício profissional em todo o território nacional e determina que o exercício depende de diploma de curso superior específico em Fonoaudiologia. Isso reforça a importância de que as novas DCN assegurem formação compatível com o escopo legal e técnico da profissão.
3. A atual normativa de DCN para Fonoaudiologia foi instituída pela Resolução CNE/CES nº 5/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Entretanto, considerando as transformações nas políticas públicas de saúde, a expansão do papel da Fonoaudiologia no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), e a demanda por profissionais aptos a atuar com integralidade de cuidado, esta estrutura normativa revela-se defasada e carece de revisão urgente.
4. A revisão aprovada pelo Parecer 444/2024 permite a atualização curricular, de modo a contemplar competências essenciais para o contexto contemporâneo da saúde pública no país, incluindo formação com forte inserção no SUS, experiência prática supervisionada, gestão do cuidado, atenção multiprofissional, promoção da saúde e reabilitação — finalidades que se coadunam com o perfil requerido para atuação profissional legalmente regulamentada e socialmente necessária.

Diante disso, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, com base no Parecer CNE/CES nº 444/2024, solicita que o Conselho Nacional de Educação proceda à revisão

imediate da Resolução CNE/CES nº 5/2002 que estabelece as DCN para o curso de Fonoaudiologia, alinhando o projeto pedagógico às exigências da Lei nº 6.965/1981 e às demandas do SUS e da sociedade brasileira, garantindo a formação de fonoaudiólogos aptos a responder de forma adequada, técnica, ética e socialmente comprometida às necessidades da população.

Estas são as motivações gerais que solicitamos ao CNE que leve em consideração na revisão das DCN da Fonoaudiologia, visando à melhor inserção do profissional fonoaudiólogo no SUS.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Minuta não validada

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

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

Senhor Presidente do CNE,

A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), instituída pela Portaria GM-MS nº 4.872, de 18 de julho de 2024, vem, por meio desta, manifestar apoio integral à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Terapia Ocupacional, apreciada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 650/2020, art. 21, inciso I.

Destacamos que o documento em questão foi construído a partir de ampla participação social, envolvendo instituições de ensino superior, coletivos acadêmicos, entidades científicas e representações da Terapia Ocupacional em diversos territórios brasileiros, garantindo pluralidade regional, pertinência técnico-científica e aderência às necessidades reais do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas públicas de atenção às pessoas com deficiência, saúde mental, assistência social e reabilitação.

A Terapia Ocupacional é uma profissão de saúde cuja prática envolve avaliação clínica, intervenção terapêutica, manejo técnico, análise da atividade humana e acompanhamento presencial do desempenho ocupacional de pessoas em situação de vulnerabilidade funcional. Tais dimensões não são passíveis de adequada formação teórico-prática mediada por recursos remotos, uma vez que demandam construção de competências clínicas, habilidades psicomotoras, raciocínio terapêutico aplicado, tomada de decisão em tempo real, abordagem ética e comunicação terapêutica presencial e situada no território de vida dos usuários.

A própria Resolução CNS nº 650 reconhece a necessidade de vinculação da formação às políticas públicas, com estágios supervisionados em cenários reais do SUS, SUAS e demais redes de atenção, o que pressupõe presencialidade como eixo pedagógico estruturante e condição indispensável para o desenvolvimento de competências clínicas seguras.

Além disso, reforçamos que a formação em saúde tem como finalidade última a proteção da vida, integridade e segurança dos pacientes, os quais dependem da atuação de profissionais aptos, tecnicamente competentes e preparados para a complexidade dos contextos clínicos, sociais e territoriais. Nesse sentido, a flexibilização da presencialidade coloca em risco a qualidade da assistência, podendo gerar prejuízos irreparáveis à população usuária, especialmente pessoas em condição de vulnerabilidade e com necessidades complexas de cuidado.

A Câmara defende, portanto, que o modelo formativo proposto, com presencialidade obrigatória, está em consonância com princípios do SUS, da educação interprofissional e do cuidado integral, além de atender aos requisitos pedagógicos já consolidados na formação em saúde no Brasil. Assim, solicitamos ao Conselho Nacional de Educação que reconheça plenamente a proposta contida no inciso I, art. 21, da Resolução nº 650/2020, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, assegurando que a graduação em Terapia Ocupacional mantenha caráter presencial, garantindo formação ética, técnica e socialmente responsável.

Por fim, reafirmamos nosso compromisso com o trabalho em saúde que assegure o exercício profissional seguro, crítico e comprometido com a vida humana e com os direitos sociais das pessoas que necessitam da Terapia Ocupacional em todo o território nacional, respaldados legalmente pelo Decreto-Lei nº 938/1969.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE