ATA

51ª REUNIÃO DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE – CRTS

Realizou-se nos dias **02 e 03 de junho de 2026** *a* **Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)**, *em formato presencial com transmissão on-line, na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), Lote 19, Avenida das Nações, SEN – Asa Norte – Brasília/DF.*

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

1) *DEGERTS/SGTES/MS – 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 – Etel Matielo (titular), Coordenadora-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde, do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde;*
3) *CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS – Paulo Mayall Guillayn (suplente), Coordenador-Geral substituto de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde, do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que coordenou a reunião;*
4) *DEGES/ SGTES/ MS – Edson Allan dos Santos Barros (suplente) – Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;*
5) *SE/MS – Marli Souza Rocha (suplente) – Secretaria Executiva (on-line);*
6) *SAPS/MS – Juliana Azevedo Fernandes (suplente) – Secretaria de Atenção Primária à Saúde;*
7) *SCTIE/MS – Jaqueline Rocha B. dos Santos (titular) – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;*
8) *SEIDIGI/MS – Paulo Henrique Weiss de Carvalho (titular) – Secretaria de Informação e Saúde Digital (on-line);*
9) *SVSA/ MS – Isabella de Sousa Maio (titular) – Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente;*
10) *ANVISA - Alice Alves de Souza (suplente) – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;*
11) *MNNP-SUS – Irene Rodrigues da Silva (titular) – Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS;*
12) *CNS – Francisca Valda da Silva (titular) – Conselho Nacional de Saúde;*
13) *CFBio – Fernando César de S. Santos – Conselho Federal de Biologia;*
14) *CFM – Alceu José Peixoto Pimentel (titular) – Conselho Federal de Medicina;*
    CFM – Antônio Henriques de França Neto (suplente) – Conselho Federal de Medicina;
15) *CFBM – Renato Minozzo (titular) – Conselho Federal de Biomedicina;*
    CFBM – Marco Antônio Zonta (suplente) – Conselho Federal de Biomedicina
16) *CONFEF – Carlos Alberto Eilert (titular) – Conselho Federal de Educação Física;*
17) *COFEn– Ellen Márcia Peres (suplente) – Conselho Federal de Enfermagem;*
18) *CFESS – Elaine Junger Pelaez (titular) – Conselho Federal de Serviço Social;*
19) *CFF – Zilamar Costa Fernandes (titular) – Conselho Federal de Farmácia;*
20) *COFFITO – Gustavo Fernandes Vieira (titular) – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;*
    COFFITO – Gláucio Roberto Santana de Jesus (suplente) – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
21) *CONTER – João Carlos de Jesus Júnior (titular) – Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia;*
22) *CFFa - Daniel de Carvalho Vaz (suplente) – Conselho Federal de Fonoaudiologia;*
23) *CFO – Nádia do Lago Costa (titular) – Conselho Federal de Odontologia;*
24) *CFN – Ana Flávia Rezende – Conselho Federal de Nutrição;*

25) *CFP – Ana Carolina Freire Lopes – Conselho Federal de Psicologia (on-line).*

Participaram da reunião como convidados:

1) *André Dias Araújo – Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS);*
2) *Ariane Vitalino do Nascimento – Coordenação-Geral de Gestão e Valorização do Trabalho na Saúde (CGVATS/ DEGERTS/ SGTES/ MS);*
3) *Amanda Machado – Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER);*
4) *Caroline Fogaça Pereira – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (SGTES/MS);*
5) *Caroline Olímpio Romeiro – Conselho Federal de Nutrição (CFN);*
6) *Daniele Bernardi – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO);*
7) *Diego Lima de Oliveira (suplente) – Secretaria Executiva (SE/MS);*
8) *Edmilson Silva Diniz Filho – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);*
9) *Eliane Macedo Bernieri – Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV);*
10) *Farailde Santos – 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);*
11) *Félix Héctor Rigoli – Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (NETHIS/Fiocruz Brasília);*
12) *Fernando Aith, Centro de Direito Sanitário, Universidade de São Paulo (CEPEDISA/ USP);*
13) *João Henrique Campos de Souza – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);*
14) *João Raimundo dos Santos – Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER);*
15) *Marcus Pontes - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde (SGTES/MS);*
16) *Leila Medeiros Melo – Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS);*
17) *Lívia de Souza Soares – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE/MS);*
18) *Luísa Melo – Coordenação-Geral de Gestão e Valorização do Trabalho na Saúde (CGVATS/ DEGERTS/ SGTES/ MS);*
19) *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);*
20) *Pedro Carvalho Leitão - Diretoria de Supervisão da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior, Ministério da Educação (SERES/MEC);*
21) *Ulysses Tavares Teixeira - Diretoria de Avaliação da Educação Superior, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP);*
22) *Roselaine Muner - Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).*

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

1) *Ana Elisa De Carli Blackman – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;*
2) *Aurelina Aguiar de Lima – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;*
3) *Danilo Monteiro Soares – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;*
4) *Gabriela Fantin Almeida – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;*
5) *Ivete Maria Campos Madeira– CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;*
6) *Karen Aline de Souza Rodrigues– CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;*
7) *Luiz Henrique de Oliveira Carvalho – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;*
8) *Maria Carmem Dantas – CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS,*
9) *Osvaldo Martins de M. Filho– CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS;*
10) *Thaylline Kellen da Silva Araújo– CODETS/ CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS.*

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

Primeiro dia – 02/06/2026

Mesa de Abertura

A mesa de abertura da reunião foi composta pela 1) Coordenadora-Geral de Regulação e Relações de Trabalho em Saúde (CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS), Etel Matielo, que conduziu a reunião; pelo 2) Coordenador-Geral substituto de Regulação e Relações de Trabalho em Saúde (CGERTS/ DEGERTS/ SGTES/ MS), Paulo Mayall Guillayn; pelo 3) Representante do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), Edson Allan dos Santos Barros; pelo 4) Representante do Fórum dos Conselhos Federais da Saúde (FCFAS), Carlos Alberto Eilert; e pela 5) Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisca Valda da Silva.

A representante do Conselho Nacional de Saúde, Francisca Valda, cumprimentou os presentes, agradeceu o convite e destacou a relevância do espaço para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando o trabalho como um dos pilares para a ampliação do acesso e da atenção integral à saúde. Enfatizou a importância da atuação deste colegiado diante do atual contexto de ameaças aos direitos, de precarização das relações de trabalho e de dependência tecnológica e econômica na saúde. Destacou que a área da saúde é um dos principais setores geradores de emprego no país, mas que também vem sendo afetada pelo processo de precarização, com impactos significativos sobre a saúde dos trabalhadores. Ressaltou o papel fundamental da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) na resistência ao desmonte e na promoção de avanços em defesa do trabalho e do SUS. Destacou que a Constituição Federal assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, cabendo ao SUS exercer a regulação sanitária. Ressaltou a relação entre a regulação do trabalho e a regulação das profissões da saúde, apontando os impactos da precarização das relações de trabalho, da pejotização e das terceirizações. Defendeu a atuação do Ministério da Saúde na regulação sanitária, afirmando que a saúde não deve ser tratada como mercadoria e que o SUS representa um investimento para o país. Mencionou os desafios relacionados ao financiamento, ao desenvolvimento tecnológico, às carreiras e à proteção da saúde dos trabalhadores do SUS, destacando os impactos da divisão técnica do trabalho sobre as profissões da saúde. Manifestou o interesse de fortalecer a parceria entre o Conselho Nacional de Saúde e a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, com vistas ao fortalecimento da regulação sanitária e social.

Representando o DEGES/SGTES/MS, Edson Allan dos Santos Barros cumprimentou a mesa e os participantes em nome do Diretor Fabiano Ribeiro, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), destacando a relevância da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde como espaço interinstitucional para a construção de consensos sobre a regulação do trabalho no SUS. Ressaltou que, na perspectiva do DEGES, a regulação do trabalho está diretamente relacionada à formação e à qualificação dos trabalhadores da saúde, enfatizando a importância da educação baseada em evidências científicas. Apresentou ações desenvolvidas pelo departamento na formação técnica, pós-técnica, graduação e pós-graduação, destacando a qualificação de mais de 18 mil profissionais técnicos e pós-técnicos, além da oferta de cursos de especialização, como Enfermagem Neonatal e Enfermagem Obstétrica, que já contam com mais de mil profissionais em formação. Informou, ainda, o lançamento de uma nova turma do curso de Neonatologia, na Bahia. Agradeceu a oportunidade de participar da plenária, colocou o DEGES/SGTES/MS à disposição para contribuir com a formação e qualificação da força de trabalho do SUS e reafirmou o compromisso do departamento com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Desejou uma excelente plenária a todos os participantes.

Representando Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS), Carlos Eilert, cumprimentou os presentes, agradeceu a oportunidade de representar o FCFAS e destacou a defesa da formação presencial nos cursos da área da saúde, manifestando posicionamento contrário ao ensino

semipresencial. Ressaltou que o FCFAS ainda acompanha a situação de outros cursos da área e reafirmou seu apoio às discussões da CRTS, cuja retomada considerou de grande importância para o fortalecimento da regulação do trabalho em saúde. Por fim, destacou a necessidade de valorização dos trabalhadores da saúde, mencionando a importância de um piso salarial único e do fortalecimento da fiscalização. Informou que o Governo do Estado de Mato Grosso protocolou projeto de lei complementar na Assembleia Legislativa propondo a extinção da Ouvidoria do SUS vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, manifestando preocupação com a medida por entender que ela concentraria a ouvidoria sob controle exclusivo do Estado. Relatou que o tema já foi encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde e destacou a dificuldade em reverter a proposta. Ao final, mencionou a repercussão de denúncias relacionadas aos gastos na saúde no estado e agradeceu a oportunidade de participação.

Representando o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), a Coordenadora-Geral de Regulação e Relações de Trabalho em Saúde (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) Etel Matielo cumprimentou os participantes e transmitiu as saudações do Secretário e da Diretora, justificando sua ausência em razão de reunião de gestão previamente agendada no âmbito do Ministério da Saúde. Destacou a importância da integração entre o DEGERTS e o DEGES, ressaltando que trabalho e educação são indissociáveis. Enfatizou que esta Câmara constitui o principal espaço de atuação do DEGERTS e defendeu seu fortalecimento diante dos desafios atuais, reforçando a relação entre a regulação do trabalho, o fortalecimento do SUS e a defesa da democracia, especialmente à luz das experiências vivenciadas durante a pandemia. Destacou o papel fundamental dos trabalhadores da saúde, especialmente do SUS, no enfrentamento da pandemia, ressaltando a importância da regulação do exercício profissional. Defendeu o fortalecimento desta Câmara e a integração das discussões sobre harmonização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Enfatizou, ainda, a relação entre a regulação do trabalho e o planejamento da força de trabalho em saúde, destacando iniciativas como o Cadastro Nacional de Especialistas (CNE) e os estudos de demografia da saúde para subsidiar o planejamento e a distribuição de profissionais, incluindo a ampliação de vagas de residência conforme a necessidade identificada nos territórios. Igualmente, destacou a importância do debate sobre a regulação das novas tecnologias em saúde, enfatizando a necessidade de que esse processo ocorra com ética e cuidado, tanto em relação aos usuários quanto aos trabalhadores da saúde. Informou que o tema será abordado ao longo dos dois dias de reunião, desejando bom trabalho aos participantes.

Apresentação dos membros da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) e convidados.
Houve a apresentação dos membros e convidados e a verificação do quórum na plenária.

Leitura e aprovação da ata da 50ª reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS).
Houve a breve apresentação da Ata da 50ª Reunião da CRTS, realizada entre os dias 2 e 3 de março de 2026, previamente enviada por e-mail a todos os membros deste colegiado. A ata foi aprovada por unanimidade pelos membros presentes.

Apresentação sobre exames de proficiência como condição para o exercício profissional
O diretor de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), Sr. Ulysses Tavares Teixeira, realizou apresentação "Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica - Enamed". A apresentação encontra-se na Ata como **ANEXO III.**
Em seguida, o diretor de Supervisão da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior, no Ministério da Educação (SERES/MEC), Sr. Pedro Carvalho Leitão, teceu apresentação relativa à "Proficiência como Condição para o Exercício Profissional – O Enamed e as Consequências de Supervisão" realizada por Pedro Carvalho Leitão. A apresentação encontra-se na Ata como **ANEXO IV.**

Passou-se ao **debate** *do plenário:*

Fernando Santos (CFBio) Questionou se as alterações previstas na avaliação dos cursos seriam aplicadas exclusivamente aos cursos da área da saúde ou a todos os cursos de graduação. Destacou, ainda, que, embora os profissionais de Ciências Biológicas atuem na área da saúde, o curso não é

classificado pelo MEC como pertencente a essa área, defendendo que a graduação em Ciências Biológicas passe a ser reconhecida como curso da área da saúde.

Gustavo Vieira (COFFITO) compartilhou sua experiência com o ENAMED e manifestou preocupação com possíveis estratégias que possam mascarar os resultados das avaliações dos cursos por parte das instituições. Defendeu a adoção de avaliações de progressão ao longo da graduação e sua ampliação para todas as profissões da saúde, considerando o caráter multiprofissional da assistência. Também ressaltou a necessidade de maior rigor na avaliação dos cursos semipresenciais e a distância, em razão das preocupações quanto à qualidade da formação profissional.

Pedro Leitão (SERES/MEC) informou que há perspectiva de ampliação do modelo de avaliação adotado para o curso de Medicina a outras áreas de formação, destacando que o ENADE das licenciaturas já adota critérios mais abrangentes de avaliação institucional. Ressaltou, contudo, que não é possível assegurar como esse processo evoluirá futuramente. Em relação ao curso de Ciências Biológicas, reconheceu a legitimidade da demanda por seu enquadramento na área da saúde, esclarecendo que a matéria extrapola a competência da Secretaria e do INEP e está relacionada às instâncias responsáveis pela definição das áreas de conhecimento. Ainda destacou a necessidade de aperfeiçoar os processos de avaliação dos cursos, observando que as instituições passaram a se preparar para as avaliações in loco, o que reduziu sua efetividade como instrumento de regulação e supervisão. Defendeu a valorização das avaliações de desempenho dos estudantes, como o ENADE e o ENAMED, por refletirem os resultados da formação ofertada, sem desconsiderar a importância da avaliação da infraestrutura, do corpo docente e do projeto pedagógico. Informou, ainda, que o INEP está revisando os instrumentos de avaliação para torná-los mais efetivos e alinhados aos objetivos do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).

Ulysses Teixeira (INEP) destacou que o Brasil possui um dos sistemas mais abrangentes de avaliação da educação superior, embora ainda existam lacunas que demandem aperfeiçoamento. Informou que o INEP vem revisando os instrumentos de avaliação para tornar mais efetiva a diferenciação da qualidade dos cursos, com critérios específicos para as diferentes áreas do conhecimento e para as modalidades presencial, semipresencial e a distância, incluindo a avaliação dos polos de apoio e da experiência dos estudantes. Ressaltou que a definição de instrumentos específicos busca preservar a comparabilidade nacional sem desconsiderar as particularidades de cada área de formação. Em relação à classificação dos cursos, esclareceu que o país adota a Cine Brasil (Classificação Internacional Normalizada da Educação Adaptada para Cursos de Graduação e Sequenciais), baseada na classificação internacional da UNESCO, e que eventuais alterações no enquadramento de cursos, como Ciências Biológicas, dependem de debate e consenso entre as respectivas áreas de conhecimento, em razão dos impactos regulatórios e avaliativos decorrentes dessa classificação. Informou que as dez áreas gerais da CINE Brasil passarão a contar com componentes e critérios específicos nos novos instrumentos de avaliação in loco. Em relação ao ENAMED, lamentou que, diante de um baixo desempenho institucional, a principal medida adotada tenha sido a contratação de cursos preparatórios, ressaltando que o exame foi concebido para avaliar o desenvolvimento das competências e habilidades previstas nas DCNs e subsidiar o aprimoramento dos processos formativos, por meio da análise dos resultados e da revisão de aspectos como cenários de prática, planos de ensino e estratégias pedagógicas. Destacou que a aplicação do ENAMED no quarto ano reforça essa perspectiva formativa e informou que o INEP também está revisando as matrizes de referência e ampliando os instrumentos de avaliação do ENADE para os demais cursos da saúde, visando produzir evidências mais consistentes sobre o desempenho dos estudantes e fortalecer os processos de regulação, especialmente nas áreas da saúde e da educação.

Zilamar Fernandes (CFF) parabenizou os palestrantes pela apresentação e destacou que o novo modelo de avaliação representa um importante avanço para o fortalecimento da supervisão da educação superior. Ressaltou que a iniciativa busca enfrentar o processo de precarização da qualidade do ensino, especialmente na área da saúde. Destacou que o novo modelo de avaliação pode representar uma alternativa mais efetiva para o fortalecimento da qualidade da formação em saúde, defendendo sua ampliação para todos os cursos da área. Ressaltou como avanços o direcionamento da responsabilização às instituições de ensino, em vez dos estudantes, a adoção de currículos baseados em competências e

a avaliação contínua da trajetória formativa, por entender que esses elementos permitem melhor acompanhamento da qualidade dos cursos. Manifestou preocupação quanto à aplicação desse modelo aos cursos semipresenciais, argumentando que os objetos de avaliação apresentados, como: atividades práticas com usuários, laboratórios de habilidades, simulação realística, supervisão prática, integração com a rede de saúde e inserção em cenários de prática, pressupõem elevada carga de atividades presenciais, o que, em sua avaliação, reforça a incompatibilidade da modalidade semipresencial com a formação dos cursos da área da saúde e corrobora as preocupações dos conselhos profissionais em relação ao marco regulatório da educação a distância.

João Santos (CONTER) parabenizou os palestrantes e destacou a relevância do SINAES como instrumento de promoção da qualidade da educação superior, ressaltando a competência constitucional do Estado brasileiro para avaliar os cursos por meio do INEP, com participação do Conselho Nacional de Educação nas instâncias recursais. Em seguida, questionou a relação entre o modelo de avaliação apresentado e os projetos de lei que propõem a instituição de exames de proficiência como requisito para o exercício profissional após a graduação, ressaltando que esse modelo difere da avaliação de desempenho e da qualidade da formação realizada pelo INEP. Defendeu, assim, que essa distinção conceitual seja considerada no debate, a fim de evitar a confusão entre os diferentes objetivos e finalidades de cada proposta. Mencionou que os projetos de lei sobre exames de proficiência avaliam apenas o egresso, diferentemente do modelo apresentado pelo INEP, que busca avaliar a qualidade da formação ao longo do curso. Defendeu a ampliação desse modelo para os demais cursos da saúde e ressaltou que ele evita a responsabilização exclusiva do estudante, priorizando a avaliação contínua das instituições de ensino. Destacou a produção de informações pelo INEP sobre a educação superior e manifestou o desejo de que o novo modelo de avaliação seja implementado, com a maior brevidade possível, para todos os cursos da área da saúde.

Ulysses Teixeira (INEP) ponderou a importância de um processo de avaliação conduzido pelo Estado e esclareceu que o conceito de proficiência adotado pelo INEP difere daquele utilizado nas propostas de exames de proficiência para o exercício profissional. Explicou que, no âmbito do INEP, a proficiência corresponde à mensuração do domínio das competências e habilidades previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais, por meio de escalas construídas com base em critérios técnicos da avaliação educacional. Destacou que o objetivo dessas avaliações é verificar o nível de aprendizagem alcançado pelos estudantes em relação às expectativas de formação, produzindo evidências confiáveis para subsidiar a avaliação dos cursos, o ingresso na residência médica e a revalidação de diplomas estrangeiros. Destacou outro ponto com a questão do SINAES, sistema de avaliação contínua, voltado à produção periódica de evidências que permitam acompanhar a evolução das instituições de educação superior. Ressaltou a necessidade de equilibrar a frequência das avaliações para evitar excesso de processos avaliativos e garantir tempo para análise dos resultados, implementação de melhorias e mensuração de seus efeitos. Informou, por fim, que a proposta em desenvolvimento prevê a definição de ciclos avaliativos para todos os cursos e áreas de formação do país. Informou que o INEP propõe a integração dos diferentes instrumentos de avaliação em ciclos avaliativos previamente definidos e transparentes, articulando ENADE, autoavaliação institucional e avaliação in loco. Explicou que esse modelo permitirá acompanhar a evolução dos cursos ao longo do tempo, substituindo avaliações pontuais por uma análise contínua do processo formativo e das ações implementadas pelas instituições para o aprimoramento da qualidade do ensino, incluindo aspectos relacionados à inserção dos estudantes nos cenários de prática e à execução do projeto pedagógico. Considerou a integração das diferentes etapas do processo avaliativo, ressaltando que a aplicação de provas, isoladamente, não é suficiente para aferir a qualidade da formação. Por fim, mencionou que a articulação entre os resultados dos exames e a avaliação institucional permitirá analisar de forma mais aprofundada as ações adotadas pelos cursos para enfrentar fragilidades identificadas e aprimorar seus processos formativo.

Pedro Leitão (SERES/MEC) abordou o debate sobre os exames de proficiência, ressaltando que a discussão deve partir da institucionalidade e da experiência do Estado na avaliação da educação superior. Destacou a trajetória do INEP na condução desses processos e afirmou que o modelo desenvolvido pelo

Instituto reflete uma atuação estatal voltada ao interesse coletivo e ao aprimoramento contínuo da qualidade da formação.

Antônio Neto (CFM) Parabenizou o INEP pela qualidade do trabalho desenvolvido na avaliação da educação superior e reconheceu os avanços representados pelo ENAMED. Defendeu, contudo, a adoção de medidas regulatórias mais efetivas para cursos com baixo desempenho. Em relação aos exames de proficiência, sustentou que a avaliação dos cursos e a avaliação dos profissionais possuem finalidades distintas, cabendo aos conselhos de classe aferirem a aptidão para o exercício profissional. Ressaltou a importância da avaliação prática e manifestou preocupação com a inserção de profissionais sem a formação adequada no mercado de trabalho, em razão dos riscos à segurança dos pacientes.

Alceu Pimentel (CFM) parabenizou o INEP pela qualidade e credibilidade do trabalho desenvolvido na avaliação da educação superior. Manifestou expectativa de que a apresentação trouxesse propostas concretas para ampliar o modelo de avaliação adotado no ENAMED aos demais cursos da área da saúde, tema de interesse dos conselhos profissionais. Destacou que a exposição contribuiu para ampliar o conhecimento sobre os processos de fiscalização e avaliação conduzidos pelo MEC, mas enfatizou que o principal desafio está na adoção de medidas efetivas a partir dos resultados produzidos pelas avaliações. Destacou que avaliações anteriores dos cursos de Medicina, como o ENADE, identificaram instituições com baixo desempenho, mas não resultaram em medidas efetivas. Afirmou que o ENAMED surgiu em um contexto de debate sobre a qualidade da formação médica e sobre o Projeto de Lei nº 2.294/2024, considerando positiva a possibilidade de adoção de sanções às instituições com desempenho insatisfatório. Defendeu que cursos com resultados insuficientes tenham a oferta de vagas suspensa, e não apenas reduzida, por entender que a prioridade deve ser a proteção da sociedade. Ressaltou, ainda, que os resultados do ENAMED evidenciaram diferenças na qualidade da formação entre as instituições e reafirmou que o papel do seu conselho é proteger a população por meio da qualificação dos profissionais. Informou que, em debate realizado no Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde, dez profissões manifestaram apoio à adoção de exames de proficiência, uma ainda discutia o tema e duas se posicionaram contrariamente, embora sem consenso para posicionamento oficial do Fórum. Reiterou que o principal desafio está na adoção de medidas efetivas a partir dos resultados das avaliações do INEP, questionando a ausência de providências em relação a cursos com baixo desempenho, especialmente na Medicina. Defendeu maior rigor na supervisão desses cursos, criticou a expansão da oferta sem garantia de qualidade e sustentou que a avaliação das escolas médicas deve contar com auditoria externa, afirmando que o CFM possui competência para contribuir nesse processo. Reafirmou que seu conselho tem promovido amplo debate com a sociedade, o Congresso Nacional, médicos e estudantes sobre a implementação do exame de proficiência para o exercício da Medicina, destacando o elevado apoio da categoria e dos estudantes à proposta. Argumentou que a iniciativa visa proteger a sociedade diante da formação de profissionais oriundos de cursos com baixo desempenho e defendeu que os resultados das avaliações sejam acompanhados de medidas efetivas. Destacou, ainda, a importância de estender os avanços do modelo de avaliação do INEP aos demais cursos da área da saúde e reconheceu o trabalho desenvolvido pelos conselhos profissionais no debate sobre a qualidade da formação e os impactos da educação a distância.

Pedro Leitão (SERES/MEC) abordou o histórico das ações de supervisão dos cursos de Medicina, reconhecendo que a avaliação conduzida pelo INEP nem sempre foi acompanhada de medidas regulatórias proporcionais. Destacou que, desde a criação da SERES, foram instaurados processos de supervisão específicos para cursos de Medicina, mencionando a supervisão iniciada em 2008, que resultou em sanções a alguns cursos, e o descredenciamento do curso de Medicina como um dos casos de encerramento decorrente de ação supervisora. Precisou que as medidas cautelares aplicadas aos cursos com desempenho insatisfatório no ENAMED foram graduadas conforme a gravidade dos resultados, abrangendo suspensão total de ingresso, redução de 50% ou 25% das vagas e vedação ao aumento de vagas. Em seguida, abordou a expansão dos cursos de Medicina, destacando que, após a moratória instituída durante o governo Temer para a abertura de novos cursos, a maior parte da expansão ocorreu por decisões judiciais. Explicou que a política do Programa Mais Médicos previa a autorização de cursos com base em critérios de necessidade social e disponibilidade de cenários de prática no SUS,

mas ressaltou que decisões judiciais recentes vêm afastando esses parâmetros, permitindo a autorização de novos cursos sem a observância desses critérios técnicos. Pontuou que expansão recente dos cursos de Medicina tem ocorrido, predominantemente, por força de decisões judiciais, e não por autorizações concedidas pelo órgão regulador, ressaltando que a SERES/MEC e o CFM compartilham a defesa da observância dos critérios técnicos previstos na política de formação médica, como necessidade social, disponibilidade de cenários de prática e requisitos de qualidade. Em relação aos exames de proficiência, reconheceu a divergência de entendimento com o CFM e afirmou que a perspectiva do MEC é fortalecer a qualidade da formação durante todo o percurso acadêmico, por meio de processos contínuos de avaliação e supervisão, considerando que uma formação adequada tende a resultar em profissionais aptos ao exercício da profissão, em vez de concentrar a avaliação apenas no egresso.

Ulysses Teixeira (INEP) relatou que, desde seu ingresso no INEP, participou de estudos voltados ao aprimoramento das avaliações da educação superior e que, ao assumir a Diretoria de Avaliação da Educação Superior, em 2023, passou a impulsionar a implementação dessas mudanças. Afirmou que o INEP busca produzir evidências mais qualificadas e oferecer melhores devolutivas às instituições de ensino. Destacou que o ENAMED e a matriz comum de avaliação da formação médica, publicada em 2025, resultam de estudos desenvolvidos ao longo de vários anos, em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), universidades públicas e especialistas envolvidos no ENADE e no Revalida. Informou, ainda, que o Instituto vem estudando formas de aperfeiçoar as avaliações práticas, inspiradas na experiência do Revalida, inclusive com possibilidades de aplicação virtual, mas ressaltou que a realização desse tipo de avaliação em larga escala enfrenta desafios relacionados ao custo, à logística e à padronização necessária para garantir a confiabilidade dos resultados. Informou que o ENAMED integra um planejamento de longo prazo para o aprimoramento da avaliação da formação médica e destacou que o Ministério da Educação acompanha discussões sobre possíveis aperfeiçoamentos do modelo, inclusive propostas legislativas relacionadas ao tema. Esclareceu, ainda, que, dos 107 cursos de Medicina com conceito insatisfatório no ENAMED, 10 pertencem a instituições públicas, sendo quatro de universidades federais, e ressaltou que todos os resultados das avaliações conduzidas pelo INEP são públicos e disponibilizados para consulta e análise no portal do Instituto e no Diário Oficial da União.

Jaqueline Santos (SCTIE/MS) considerou a importância de que os debates sobre avaliação da educação superior contemplem todas as profissões da saúde de forma equânime, evitando reforçar a centralidade da Medicina. Ressaltou que o ENADE abrange todas as áreas da saúde e defendeu que as discussões estejam alinhadas à perspectiva da atuação interprofissional, reconhecendo as competências específicas, comuns e colaborativas de cada profissão. Por fim, manifestou a expectativa de que futuras apresentações aprofundem também os aspectos relacionados aos demais cursos da área da saúde. Ponderou que a avaliação da formação não deve se limitar ao desempenho em provas de proficiência, destacando que a atuação profissional também envolve aspectos éticos, os quais são acompanhados pelos conselhos profissionais ao longo da carreira. Defendeu a importância da educação permanente e do monitoramento contínuo do exercício profissional, observando que o desempenho em uma avaliação pode ser influenciado por circunstâncias momentâneas. Manifestou, ainda, preocupação de que as instituições passem a direcionar a formação para a preparação dos estudantes para a prova, em detrimento da formação integral prevista nos projetos pedagógicos.

Irene Rodrigues (MNNP-SUS) destacou a importância desta Câmara como espaço democrático de diálogo entre Estado, conselhos profissionais e controle social. Parabenizou o conteúdo da apresentação e manifestou apoio às iniciativas de fortalecimento da qualidade da formação, destacando a relevância da avaliação no quarto ano do curso como oportunidade para aprimoramento da formação e autoavaliação dos estudantes. Demonstrou preocupação com a adoção de exames de proficiência que possam estimular a criação de um mercado de cursos preparatórios, desviando o foco da formação. Informou, ainda, que o tema será levado à MNNP-SUS e defendeu a ampliação das avaliações para todas as profissões da saúde, bem como a comparação entre cursos presenciais e semipresenciais, reiterando o entendimento de que a formação em saúde exige atividades presenciais e práticas voltadas ao cuidado direto com os pacientes.

Francisca Valda (CNS) destacou a importância da retomada desta Câmara e agradeceu a oportunidade de diálogo entre diferentes atores envolvidos com educação, saúde, trabalho e exercício profissional. Ressaltou a trajetória histórica da construção de uma política nacional de avaliação da educação superior, iniciada com a necessidade de superar um modelo sem avaliação e avançar para uma perspectiva formativa e diagnóstica. Apontou a importância de aprimorar os processos avaliativos, considerando as especificidades da área da saúde, inclusive na avaliação in loco. Destacou que a regulação envolve diferentes dimensões, como a regulação social, a autorregulação pelos conselhos profissionais, a regulação sanitária e a atuação do Estado, que deve exercer seu papel ouvindo os diversos atores e priorizando o interesse público. Ressaltou que o debate sobre avaliação deve estar voltado ao aprimoramento das políticas públicas e à qualidade da formação profissional, com impacto para a sociedade, e não para interesses específicos. Também considerou que a regulação estatal deve promover crescimento com desenvolvimento econômico e social, priorizando a qualidade da educação e evitando que a expansão do ensino seja orientada apenas por interesses econômicos. Por fim, registrou que o CNS, apesar de sua experiência, não foi incluído no Grupo de Trabalho criado para subsidiar a regulamentação do ensino semipresencial, assim como conselhos profissionais e entidades de ensino. Solicitou que essa demanda seja considerada pelos representantes do MEC, ressaltando a necessidade de participação de diferentes atores para a construção da proposta.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) manifestou preocupação quanto à atuação das entidades privadas que participam dos debates sobre a qualidade do ensino no país, nos espaços do Congresso Nacional, MEC, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Educação, destacando que, em sua avaliação, essas entidades nem sempre priorizam a qualidade da formação em relação à redução de custos e à ampliação da base de estudantes. Ressaltou ainda que os conselhos profissionais integram a estrutura do Estado, não sendo entidades privadas ou da sociedade civil, e possuem legitimidade institucional para participar dos debates e contribuir em igualdade de condições com os órgãos públicos.

Pedro Leitão (SERES/MEC) destacou que as manifestações apresentadas refletem preocupações quanto à nova política de Ensino a Distância (EaD), especialmente sobre a semipresencialidade ser considerada uma nova modalidade de EaD e sobre a defesa da presencialidade nos cursos da área da saúde. Ressaltou que a política ainda está em implementação e que as contribuições são importantes para seu aprimoramento. Informou que a construção da nova política ocorreu a partir de processos de escuta com diferentes setores e instituições, não sendo uma decisão isolada. Destacou como avanços a exigência de maior presencialidade nos cursos da saúde, a avaliação dos polos e a tentativa de enfrentar a perda de qualidade decorrente do processo de desregulação da oferta de EaD a partir de 2017. Reforçou que a preocupação com a qualidade da formação é legítima e que a política seguirá sendo aprimorada conforme os debates e avaliações realizadas.

Ulysses Teixeira (INEP) agradeceu o espaço de diálogo e destacou as contribuições apresentadas para o aprimoramento dos processos e instrumentos de avaliação da educação superior conduzidos pelo INEP. Ressaltou que as provas são importantes, mas não podem ser o único mecanismo avaliativo, diante de possíveis efeitos como a preparação específica de estudantes para exames, sendo necessário fortalecer o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Informou que está prevista a realização de visitas a todos os cursos de medicina do país, independentemente dos resultados do Enamed. Destacou ainda que a avaliação deve estar centrada na qualidade da formação, considerando diferentes aspectos institucionais, e não apenas a categoria administrativa ou modalidade de ensino. Reforçou que o modelo avaliativo proposto para os cursos da saúde contempla a necessidade de formação prática, com forte inserção nos cenários de aprendizagem, e que a análise conjunta das evidências produzidas ao longo do ciclo avaliativo permitirá uma avaliação mais abrangente da qualidade dos cursos e instituições. Afirmou que o debate contribui para a construção de políticas públicas relevantes, com impactos para estudantes, instituições de educação superior e para a sociedade. Ressaltou que a existência de diferentes opiniões fortalece o debate democrático e reafirmou a abertura do INEP e do MEC para o diálogo, com foco na construção de uma política estatal voltada à qualidade da formação, às condições das instituições e ao futuro da educação no país.

Tarde

Apresentação: Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem

O consultor técnico da Coordenação-Geral de Integração Ensino-Serviço-Comunidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (CGESC/DEGES/SGTES/MS), **André Dias Araújo**, *realizou apresentação sobre as "Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem e a formação para o fortalecimento do SUS". A apresentação integra esta ata como* **ANEXO V.**

Na sequência, a Diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional), Célia Alves Rozendo, realizou apresentação sobre o tema "Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem: destaques e implicações para a formação em enfermagem no país". A apresentação integra esta ata como **ANEXO VI.**

Concluídas as apresentações, iniciou-se o **debate** *na plenária:*

Zilamar Fernandes (CFF) parabenizou as apresentações e solicitou esclarecimentos sobre a distinção entre as atividades de campo no mundo do trabalho, previstas no art. 18 (20% da carga horária do curso), e os estágios curriculares obrigatórios, previstos no art. 19 (30% da carga horária, concentrados nos dois ou três últimos semestres), questionando como essas atividades estão caracterizadas no parecer. Destacou que a previsão conjunta de 2.000 horas de atividades práticas, correspondentes a 50% da carga horária total do curso, representa um avanço para a formação em Enfermagem, por reforçar a necessidade de atividades presenciais, supervisão docente e acompanhamento permanente dos estudantes, diferenciando o curso de enfermagem em relação às demais graduações da área da saúde.

Jaqueline Santos (SCTIE/MS) solicitou esclarecimentos sobre a composição da carga horária prática prevista nas Diretrizes, considerando também os 10% destinados às atividades extensionistas. Questionou se a proposta está estruturada com base no desenvolvimento de competências e habilidades, em razão da referência à consolidação de competências no art. 19, e pediu esclarecimentos sobre esse conceito na diretriz. Também indagou se a formação interprofissional e a educação interprofissional em saúde foram contempladas na proposta, em articulação com a integração ensino-serviço-comunidade.

João Santos (CONTER) informou que as manifestações anteriores já haviam contemplado os questionamentos que pretendia realizar.

Célia Rozendo (ABEn Nacional) esclareceu que as DCNs de Enfermagem preveem que 50% da carga horária do curso seja desenvolvida em cenários reais de prática, incluindo serviços de saúde, escolas e outros espaços definidos pelo território como relevantes para a formação. Explicou que essa previsão foi construída antes da publicação do Decreto nº 12.456, de 19 de maio de 2025 sobre a oferta de cursos, com o objetivo de assegurar que, mesmo diante da possibilidade de ensino a distância, a formação em Enfermagem mantivesse forte inserção prática, proporcionando aos estudantes contato efetivo com o mundo do trabalho, além dos 10% de carga horária destinados à extensão curricularizada. Retomou a distinção entre atividades teórico-práticas e estágio, destacando que as primeiras articulam teoria e prática ao longo de todo o curso, com acompanhamento direto do docente em cenários reais de aprendizagem, enquanto o estágio curricular ocorre apenas nos últimos semestres, após a conclusão dessas atividades, aproximando o estudante do exercício profissional sob supervisão docente e acompanhamento cotidiano do preceptor do serviço. Informou que a proposta das DCNs prevê parâmetros de acompanhamento, com até dois estudantes por preceptor no estágio, seis estudantes por docente nas práticas de campo e dez estudantes por docente nas atividades de laboratório, ressaltando que esses aspectos deverão ser retomados nas recomendações finais por serem fundamentais para a qualidade da formação. Acrescentou que algumas instituições, como a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), já adotam carga horária de estágio próxima à prevista nas novas DCNs. Afirmou que algumas instituições já vinham adequando seus cursos à Resolução CNS nº 573, de 31 de janeiro de 2018, que aprovou o Parecer Técnico nº 28/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com recomendações para

a proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Bacharelado em Enfermagem, embora a implementação das novas diretrizes represente maior desafio, sobretudo em razão da ampliação da carga horária de atividades práticas e das exigências relacionadas ao corpo docente. Ressaltou que a proporção de estudantes por campo de prática tende a ser regulada pelos próprios serviços de saúde, que estabelecem limites de acordo com a capacidade dos cenários assistenciais, de forma a garantir a qualidade da formação e o adequado desenvolvimento das atividades práticas. Ponderou que a interprofissionalidade está contemplada nas DCNs como princípio orientador e destacou a extensão curricularizada como espaço privilegiado para seu desenvolvimento, mencionando que algumas instituições já adotam essa abordagem. Em relação ao termo "competência", informou que houve amplo debate durante a elaboração das DCNs e que, diante da ausência de consenso na enfermagem sobre currículos orientados por competências, optou-se por não adotar esse referencial. Colocou que o termo foi utilizado no sentido de aptidão, e não como fundamento para a organização curricular baseada em conhecimentos, habilidades e atitude.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) agradeceu as apresentações realizadas, considerou o debate encerrado e deu prosseguimento à pauta.

Apresentação: novas tecnologias e escopos de prática de profissionais da saúde.

O professor doutor Félix Rigoli, do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (NETHIS/Fiocruz Brasília) e do Observatório de Desigualdades e Inteligência Artificial em Saúde (Observatório ODISSEIA), realizou apresentação sobre o ensaio "Trabalho em Saúde e Transformação Digital". A apresentação integra esta Ata como **ANEXO VII.**

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) observou que o tema da transformação digital e seus impactos no trabalho em saúde é amplo e envolve diferentes dimensões que demandam análises específicas. Ressaltou, ainda, que se trata de um campo ainda pouco pesquisado, especialmente quanto aos efeitos das tecnologias sobre o mundo do trabalho, e informou que, após os comentários da plenária, apresentaria propostas de encaminhamento sobre o tema.

Concluídas a explanação, iniciou-se o **debate** *na plenária:*

Zilamar Fernandes (CFF) parabenizou a apresentação e destacou a relevância da abordagem sobre os riscos e impactos da saúde digital, observando que a literatura frequentemente enfatiza apenas seus aspectos positivos. Ressaltou que os profissionais de saúde precisam desenvolver habilidades para utilizar as tecnologias digitais como ferramentas de apoio ao trabalho, o que demanda capacitação permanente dos profissionais. Salientou, ainda, que as Diretrizes Curriculares Nacionais tratam da saúde digital de forma ampla, defendendo que o tema seja abordado de maneira mais detalhada, com alinhamento aos princípios da bioética e ao desenvolvimento do pensamento crítico. Como exemplo, relatou ter analisado um documento elaborado com uso de inteligência artificial (IA) que apresentava inconsistências, ausência de fundamentação e desacordo com a legislação vigente. Também manifestou preocupação com a dependência excessiva da IA alertando para possíveis impactos na capacidade de escrita, análise crítica e elaboração de pareceres e laudos técnicos, especialmente na área da saúde. Manifestou preocupação com a possibilidade de a dependência da IA comprometer a construção do conhecimento e o desenvolvimento do raciocínio clínico, considerado essencial para os profissionais da saúde. Diante desse cenário, solicitou ao palestrante sugestões sobre como a formação acadêmica pode incorporar as inovações tecnológicas digitais sem gerar alienação ou perda da capacidade crítica, bem como quais mecanismos de controle as instituições de ensino poderiam adotar para enfrentar esse desafio.

Jaqueline Santos (SCTIE/MS) agradeceu a apresentação e ressaltou a necessidade de ampliar a inserção da saúde digital nas formações em saúde, com ênfase na discussão dos limites éticos do uso da inteligência artificial. Manifestou preocupação com a utilização integral da IA na elaboração de trabalhos científicos, destacando que essa prática pode comprometer a criticidade, a capacidade de

escrita e a formação acadêmica. Relatou, como exemplo, sua experiência em processo seletivo de programa de pós-graduação, no qual identificou projetos com indícios de elaboração predominante por IA e verificou, posteriormente, incompatibilidade entre a qualidade do projeto e o desempenho do candidato na prova escrita, evidenciando os riscos do uso inadequado dessas ferramentas na formação em saúde. Observou que a transformação digital pode contribuir significativamente para a gestão em saúde, ao possibilitar o acesso a informações em tempo real e apoiar a tomada de decisões no SUS. Como exemplo, mencionou a atualização contínua da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), permitindo maior agilidade na disponibilização de informações. Entretanto, manifestou preocupação com a dependência de soluções desenvolvidas em parceria com o setor privado, ressaltando a importância da soberania e do fortalecimento de ferramentas nacionais para a gestão pública. Por fim, alertou que a ausência de formação em saúde digital pode acarretar consequências éticas para os futuros profissionais da saúde.

Gláucio de Jesus (COFFITO) destacou que o processo de plataformização do trabalho, iniciado em outros setores com a chamada uberização, seguiu um movimento de aproximação dos trabalhadores, consolidação como serviço essencial e, posteriormente, de intensificação da exploração das relações de trabalho. Relacionou esse fenômeno ao setor da saúde, apontando a precarização da força de trabalho em decorrência da redução de concursos públicos, expansão das organizações sociais (OSs), terceirizações e diferentes modalidades contratuais. Ressaltou, ainda, o avanço da plataformização sobre a assistência, o ensino, o diagnóstico e o tratamento em saúde, mencionando aplicativos para oferta de plantões que promovem a disputa entre profissionais por vagas, em um modelo semelhante a um leilão. Manifestou preocupação com a possibilidade de a plataformização avançar sobre as contratações no SUS, ampliando a precarização e a exploração da força de trabalho, a exemplo do que ocorreu em outros setores. Afirmou que esse processo já ocorre no setor privado e questionou quais estratégias poderiam ser adotadas para impedir ou retardar sua incorporação ao SUS e minimizar seus impactos sobre as relações de trabalho em saúde.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) destacou que a plataformização está diretamente relacionada à precarização das relações de trabalho e informou que esse tema vem sendo debatido na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), no âmbito do Grupo de Trabalho sobre Desprecarização do Trabalho.

Félix Rigoli (NETHIS/Fiocruz Brasília) afirmou que ainda há escassez de pesquisas sobre os impactos da transformação digital no trabalho em saúde, defendendo que o tema seja incorporado às agendas acadêmicas e governamentais, uma vez que muitas das mudanças já estão em curso. Em resposta aos questionamentos sobre a formação acadêmica, destacou que diversas universidades já elaboraram diretrizes para o uso da inteligência artificial, sugerindo o levantamento e a sistematização dessas experiências como referência. Ressaltou, contudo, que a existência de normas éticas, por si só, não é suficiente, sendo necessário estabelecer mecanismos efetivos de acompanhamento e controle, especialmente porque os próprios docentes também fazem uso dessas tecnologias que querem controlar. Abordou que as instituições precisarão estabelecer normas objetivas para o uso da inteligência artificial, acompanhadas de mecanismos efetivos de controle e fiscalização. Observou que já existem iniciativas e normas sobre o tema no MS, mas com baixa capacidade de monitoramento e cumprimento. Citou, como exemplo, a discussão de projeto de lei voltado ao controle de aplicativos privados e à sua compatibilidade com o sistema nacional. Alertou para a necessidade de evitar a elaboração de normas sem mecanismos de implementação e fiscalização efetivos. Disse que já existem compêndios e diretrizes sobre o uso da inteligência artificial que podem subsidiar as instituições, mas ressaltou que o tema é dinâmico, uma vez que os próprios sistemas evoluem continuamente para contornar mecanismos de detecção e controle. Destacou, ainda, a necessidade de aprofundar o debate sobre o uso da inteligência artificial na produção de pesquisas científicas. Relatou o caso da Conferência Internacional de Machine Learning de 2026, que

adotou mecanismos para identificar o uso de inteligência artificial na elaboração e revisão de artigos. Informou que centenas de trabalhos foram rejeitados por terem sido produzidos com IA e que revisores também foram identificados utilizando essa tecnologia na avaliação dos artigos, destacando que o episódio evidencia os desafios relacionados ao uso da inteligência artificial no meio acadêmico. Destacou estudos que apontam o crescimento do uso de inteligência artificial e de "fábricas de artigos" na produção científica, inclusive em periódicos de alto impacto e em pesquisas sobre câncer. Ressaltou que essa situação pode comprometer a qualidade das evidências científicas e, consequentemente, a formação dos profissionais e a assistência à saúde. Acrescentou que, atualmente, a inteligência artificial também vem sendo utilizada na revisão de artigos científicos, inclusive em situações em que seu uso é vedado, o que amplia os desafios relacionados à confiabilidade do processo científico. Identificou que parte significativa dos softwares utilizados pelo SUS é desenvolvida por empresas privadas, chamando atenção para a necessidade de refletir sobre essa dependência tecnológica. Abordou iniciativas públicas de desenvolvimento de softwares de qualidade, como as da EBSERH e de algumas secretarias estaduais e municipais de saúde. Contudo, observou que grande parte dos sistemas utilizados pelo SUS, especialmente em municípios, é desenvolvida por empresas privadas, com diferentes critérios, capacidades e interesses, incluindo situações de conflitos de interesse e irregularidades na contratação. Por fim, ressaltou que o SUS possui potencial para fortalecer sua capacidade de regular esse cenário no futuro. No setor privado, a escolha de tecnologias fica a cargo dos compradores, enquanto no SUS é possível estabelecer normas e critérios para orientar a adoção de softwares. Defendeu a construção de um ecossistema de desenvolvimento para o SUS, com participação de desenvolvedores públicos e privados, desde que observados padrões regulatórios. Ressaltou que a principal preocupação não está na origem nacional ou estrangeira dos sistemas, mas na existência de um marco regulatório capaz de garantir a proteção dos dados, a continuidade dos serviços e a segurança das informações. Em resposta à manifestação sobre a plataformização do trabalho, observou que esse processo segue um padrão em diversas plataformas digitais, que inicialmente atraem usuários e trabalhadores e, posteriormente, passam a priorizar seus próprios interesses. Citou como exemplo a mudança na forma de organização dos resultados de busca na internet e ressaltou que fenômeno semelhante pode estar ocorrendo na área da saúde, defendendo a necessidade de ampliar pesquisas sobre os impactos da plataformização no trabalho em saúde. Concordou que a plataformização tende a seguir um processo de conquista de usuários e, posteriormente, de priorização dos interesses das próprias plataformas, citando exemplos de empresas e serviços digitais. Avaliou que esse fenômeno também pode alcançar a área da saúde e o SUS, ressaltando, contudo, que o sistema público brasileiro representa uma importante vantagem para enfrentar esses desafios e fortalecer estratégias de regulação.

Eliane Macedo Bernieri (CFMV) agradeceu a apresentação e destacou a urgência do debate sobre transformação digital e seus impactos no trabalho, ressaltando o avanço da substituição de atividades humanas por ferramentas tecnológicas. Relatou que, na medicina veterinária, embora não existam aplicativos de intermediação de profissionais, há mecanismos semelhantes por meio de grupos de WhatsApp para organização de serviços, além de mencionar a precarização relacionada à pejotização. Questionou sobre materiais ou orientações para elaboração de normas de bioética relacionadas ao uso de inteligência artificial e plataformas digitais nas instituições, destacando a importância de preservar o raciocínio clínico e crítico dos profissionais. Ressaltou a necessidade de uma abordagem ética para orientar a implementação dessas tecnologias e contribuir para o debate regulatório.

João Santos (CONTER) destacou a complexidade do tema da transformação tecnológica, ressaltando que ela depende do modelo de desenvolvimento tecnológico adotado pelo país. Apontou que a discussão envolve uma dimensão filosófica sobre a neutralidade da tecnologia, seus objetivos e seus usos, além de aspectos relacionados à formação dos indivíduos para compreender essas ferramentas e aos impactos nas relações de trabalho e desigualdades sociais. Questionou os modelos tecnológicos baseados em

grandes empresas e defendeu a possibilidade de desenvolvimento de tecnologias alternativas, como softwares de código aberto, que permitam maior participação, controle e definição de requisitos pelos grupos sociais envolvidos. ressaltou que o debate sobre transformação tecnológica exige uma reflexão filosófica anterior à discussão regulatória, questionando qual modelo de tecnologia o país deseja construir, para quem ela será desenvolvida e quais objetivos pretende atender. Destacou que a tecnologia não é neutra, pois seus impactos dependem de quem a produz, controla e define seus usos. Apontou que a discussão envolve também a formação dos indivíduos para compreenderem essas tecnologias, bem como seus impactos na organização do trabalho e nas relações sociais. Nesse sentido, questionou a dependência do país em relação às grandes empresas de tecnologia e aos modelos de desenvolvimento baseados em plataformas privadas, ressaltando a necessidade de discutir soberania digital. Defendeu que a regulação dessas tecnologias é necessária, mas afirmou que o debate não deve se limitar ao controle das grandes empresas existentes, sendo importante pensar na construção de alternativas tecnológicas próprias. Como exemplo, mencionou o desenvolvimento de softwares livres e de código aberto, que permitem maior participação dos usuários, controle sobre os processos e definição dos requisitos tecnológicos. Destacou que o Brasil possui experiências exitosas no desenvolvimento de tecnologias próprias, especialmente em universidades e instituições de pesquisa, com possibilidades de construção de outro modelo tecnológico. Questionou a concentração dos dados em grandes empresas e a utilização de estruturas privadas de armazenamento e processamento de informações, ressaltando a necessidade de maior autonomia nacional sobre esses recursos. Ao abordar a relação entre tecnologia e trabalho, afirmou que modelos tecnológicos podem aprofundar desigualdades caso permaneçam submetidos exclusivamente à lógica de mercado. Reforçou, contudo, que a regulação deve ocorrer paralelamente ao desenvolvimento de novas formas de tecnologia, capazes de promover maior soberania e participação social. Finalizou destacando a importância de refletir sobre o tipo de desenvolvimento tecnológico que o Brasil deseja construir, mencionando a perspectiva de Paulo Freire sobre a necessidade de os sujeitos participarem da definição dos caminhos que orientam a sociedade, e defendendo que experiências baseadas em software livre e soberania digital podem contribuir para esse processo.

Lívia Angeli (CGPRP/DEGERTS/SGTES/MS) destacou a necessidade de refletir sobre o descompasso entre o avanço das tecnologias digitais e a formação dos profissionais, ressaltando que essas ferramentas podem otimizar o trabalho, mas não devem substituir capacidades fundamentais, como o raciocínio clínico e intelectual. Afirmou que o uso da inteligência artificial exige conhecimentos prévios e capacidade crítica dos profissionais. Ressaltou também que o debate sobre novas tecnologias não deve se restringir às tecnologias digitais, pois o processo de trabalho em saúde envolve outros tipos de tecnologias e conhecimentos que também precisam ser aprimorados para garantir um cuidado qualificado. Alertou para o risco de utilização de recursos tecnológicos avançados sem o desenvolvimento das competências básicas necessárias à prática profissional. Manifestou preocupação com a queda na formação dos estudantes e com a falsa percepção de melhoria decorrente do uso de ferramentas digitais. Ressaltou que as tecnologias devem ser utilizadas como instrumentos de apoio ao ensino e à aprendizagem, e não como substituição de conhecimentos e habilidades fundamentais. Destacou que a lógica de substituição é preocupante, especialmente quando envolve competências como escrita e raciocínio clínico, que devem ser preservadas na formação profissional. Ponderou a importância de refletir sobre as finalidades do uso das tecnologias, considerando as lacunas ainda existentes na qualidade do cuidado em saúde, relacionadas a processos de trabalho inadequados e ao subdimensionamento da força de trabalho. Considerou que as tecnologias não devem ser utilizadas com o objetivo de reduzir trabalhadores ou atender exclusivamente à lógica de acumulação, mas como ferramentas para otimizar processos e ampliar o tempo dedicado ao cuidado. Defendeu que a incorporação tecnológica deve contribuir para qualificar a assistência, permitindo maior aproximação com os usuários e aprimoramento da prática profissional. Mencionou que a incorporação tecnológica tem se somado a problemas já

existentes nos processos de trabalho em saúde, gerando novos desafios sem que questões anteriores tenham sido plenamente resolvidas. Ressaltou a necessidade de analisar os impactos dessas tecnologias nos escopos de prática profissional, considerando que novos dispositivos podem modificar atribuições e formas de atuação dos trabalhadores. Apontou como desafio para a área de regulação mapear essas mudanças, identificar as transformações nas práticas profissionais decorrentes das incorporações tecnológicas e avaliar possíveis lacunas regulatórias. Sublinhou que a ausência de definições pode gerar insegurança tanto para os trabalhadores quanto para os usuários dos serviços de saúde.

Elaine Pelaez (CFESS) destacou a necessidade de uma abordagem crítica sobre a saúde digital, considerando os riscos de captura pelo setor privado, mercado tecnológico e grandes corporações, especialmente diante da característica universal do SUS. Ressaltou que a incorporação de tecnologias, como prontuários eletrônicos, prescrições digitais, plataformas de atendimento e inteligência artificial, demanda processos de regulação. Apontou que a discussão sobre saúde digital deve partir da realidade do SUS e de uma concepção ampliada de saúde, que envolve interação humana, reflexão crítica e práticas de educação em saúde. Alertou que o principal risco não é apenas a substituição de práticas, mas a subtração de elementos fundamentais, como a capacidade analítica e reflexiva dos profissionais. Destacou ainda os desafios relacionados à interoperabilidade dos sistemas de informação e ao compartilhamento de dados entre o setor público e privado, considerando as particularidades do sistema de saúde brasileiro. Ressaltou o papel desta Câmara na formulação de debates e na provocação dos conselhos profissionais para a construção de processos regulatórios tanto no âmbito do sistema de saúde quanto das profissões. Exemplificou que alguns conselhos profissionais já possuem regulamentações para atendimentos em ambientes remotos e virtuais, incluindo orientações sobre condutas éticas, mas ressaltou a necessidade de ampliar e atualizar essas normativas diante da aceleração e diversidade das práticas tecnológicas. Apontou que a regulação é uma tarefa dos conselhos profissionais e mencionou a iniciativa do CNPq sobre política de integridade em atividades científicas relacionadas ao uso de inteligência artificial generativa como uma referência de que é possível construir mecanismos regulatórios. Ressaltou a importância de avançar nessa discussão para evitar processos de exclusão decorrentes do uso inadequado das tecnologias.

Marcos Zonta (CFBM) falou da importância de compreender a inteligência artificial e a inovação em saúde sob uma perspectiva crítica, ressaltando que a tecnologia deve ser vista como uma ferramenta de apoio e não como substituta dos profissionais. Questionou se o país, as universidades e os profissionais de saúde estão preparados para incorporar essas inovações, considerando a necessidade de formação, capacitação e educação continuada para o uso adequado dessas ferramentas, tanto no setor público quanto no privado. Ressaltou ainda que esta Câmara constitui um espaço adequado para discutir os impactos dessas tecnologias e defendeu a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação ética e profissional, garantindo que a inteligência artificial seja aplicada de forma responsável e em benefício da saúde. Destacou que a inovação não deve ser rejeitada, mas compreendida e utilizada de maneira adequada.

Lívia Angeli (CGPRP/DEGERTS/SGTES/MS) destacou que a discussão sobre hospitais inteligentes já está presente na agenda do MS e ressaltou a necessidade de aprofundar o debate, considerando que essas iniciativas já estão em andamento. Mencionou a previsão de implantação inicial de UTIs inteligentes, com possibilidade de expansão para outros serviços de saúde. Também chamou atenção para a importância de refletir sobre a utilização dessa terminologia, uma vez que a expressão "serviços inteligentes" pode gerar interpretações inadequadas.

Félix Rigoli (NETHIS/Fiocruz Brasília) concordou com a necessidade de aprofundar o debate sobre a regulação e a preparação para a inovação em saúde digital, destacando que é difícil dissociar a aplicação de tecnologias e da inteligência artificial do contexto em que são desenvolvidas, incluindo aspectos relacionados à propriedade, aos incentivos econômicos e aos interesses envolvidos. Ressaltou que a

análise ética deve considerar quem se beneficia e quem pode ser prejudicado pelas soluções tecnológicas, bem como os possíveis conflitos de interesse existentes entre desenvolvedores e os produtos ofertados, incluindo riscos relacionados ao uso e à comercialização de dados oriundos do sistema de saúde. Informou, ainda, que o grupo de pesquisa do qual é vinculado desenvolveu um guia ético para implementação de soluções em saúde digital, intitulado "Guia de Análise e Acompanhamento Ético de Inovações Digitais em Saúde", contemplando esses aspectos, e colocou o material à disposição dos participantes. Acrescentou que a ética não pode ser compreendida de forma abstrata, pois está relacionada às estruturas sociais, produtivas e institucionais. Observou, ainda, que os códigos de ética das profissões também podem desempenhar o papel de consolidar monopólios profissionais, aspecto discutido na sociologia das profissões. Defendeu que a elaboração de normas éticas deve considerar sua base material e os mecanismos necessários para sua efetiva implementação. Mencionou que a construção de uma ética voltada ao bem comum deve considerar os sistemas de incentivos que orientam o desenvolvimento e a utilização das tecnologias. Ressaltou que não há uma distinção moral entre setores público e privado, mas sim diferentes incentivos, que podem gerar efeitos positivos ou perversos em ambos os contextos. Como exemplo, mencionou que desenvolvedores de software tendem a direcionar seus produtos para atender às necessidades do SUS quando há incentivos para isso. Acrescentou que a ética não pode ser compreendida de forma abstrata, pois está relacionada às estruturas sociais, produtivas e institucionais. Ainda, colocou que os códigos de ética das profissões também podem desempenhar o papel de consolidar monopólios profissionais, aspecto discutido na sociologia das profissões. Também defendeu que a elaboração de normas éticas deve considerar sua base material e os mecanismos necessários para sua efetiva implementação. Ressaltou que a construção de uma ética voltada ao bem comum deve estar associada a sistemas de incentivos que favoreçam práticas alinhadas aos interesses coletivos. Destacou que não há uma distinção intrínseca entre atores públicos e privados, uma vez que ambos podem estar sujeitos a incentivos positivos ou perversos. Como exemplo, mencionou que desenvolvedores de software podem ser estimulados a produzir soluções compatíveis com os princípios e necessidades do SUS quando há perspectivas de adoção em larga escala pelos municípios, gerando benefícios tanto para os desenvolvedores quanto para o sistema público de saúde. Com base em entrevistas realizadas com desenvolvedores, verificou que muitos demonstram interesse em contribuir para o fortalecimento do SUS, embora frequentemente enfrentem dificuldades para concretizar esse objetivo. Defendeu que os mecanismos regulatórios e os sistemas de incentivos devem favorecer aqueles que desenvolvem soluções comprometidas com os princípios do SUS. Sublinhou que a regulação das tecnologias digitais constitui uma das principais disputas atuais, marcada pelo confronto entre atores favoráveis e contrários ao estabelecimento de normas regulatórias. Observou que os defensores da regulação ainda atuam de forma tímida, enquanto há forte mobilização de grandes empresas de tecnologia para impedir avanços regulatórios, por meio de estratégias econômicas e geopolíticas. Ressaltou, ainda, que esse cenário é influenciado pelos interesses de grandes empresas e de teóricos ligados ao setor tecnológico, que defendem a redução da atuação dos governos na regulação dessas tecnologias. Realçou que a regulação das tecnologias digitais é uma das principais disputas da atualidade, destacando a forte atuação das grandes empresas de tecnologia para impedir avanços regulatórios por meio de interesses econômicos e geopolíticos. Sustentou que os governos devem fortalecer a capacidade de regular essas tecnologias em benefício do interesse público. Argumentou que estudos desenvolvidos na Universidade Federal do ABC sobre soberania tecnológica, destacando pesquisa sobre a atuação das grandes plataformas no Brasil. Defendeu que o fortalecimento da soberania tecnológica exige uma política nacional de investimentos, envolvendo não apenas software, mas também infraestrutura e desenvolvimento tecnológico. Acrescentou que, na saúde, mais importante do que o software ser aberto ou fechado é garantir que os sistemas sejam interoperáveis e atendam ao interesse público. Afirmou que os softwares utilizados na saúde devem estar sujeitos a processos de avaliação e certificação, de forma

semelhante ao que ocorre com medicamentos e outras tecnologias em saúde. Ressaltou que é necessário garantir transparência, segurança e comprovação da qualidade dessas soluções antes de sua utilização nos serviços de saúde. Concordou com Lívia Angeli (CGPRP/DEGERTS/SGTES/MS) que nem todas as inovações se restringem às tecnologias digitais e destacou que, mesmo nesse campo, há diferentes abordagens. Explicou que parte dos avanços tecnológicos está voltada à criação de ambientes digitais simulados, enquanto outra prioriza o uso de sensores para captar dados do mundo real, como movimentos de pacientes e equipamentos, ressaltando que ambas representam fronteiras distintas do desenvolvimento tecnológico. É importante distinguir entre reconstruções digitais produzidas por algoritmos e dados obtidos diretamente da realidade clínica, assim mencionou que, no campo das tecnologias digitais, coexistem abordagens voltadas à criação de representações digitais e outras baseadas na coleta de dados do mundo real por meio de sensores e dispositivos conectados, destacando que essas diferentes tecnologias possuem aplicações distintas na assistência à saúde. Ponderou que grande parte das tecnologias e algoritmos é desenvolvida com o objetivo de reduzir a necessidade de força de trabalho, substituindo atividades humanas e diminuindo custos operacionais. Contudo, disse que algumas aplicações podem trazer ganhos relevantes de eficiência, como no controle automatizado de estoques e na transcrição de consultas clínicas, desde que apoiem, e não substituam, o trabalho dos profissionais. Destacou que os algoritmos reproduzem as prioridades definidas por seus desenvolvedores, sendo essencial explicitar seus objetivos e assegurar que sejam orientados pelo interesse público. Citou, ainda, recomendações das Nações Unidas para que os Estados não utilizem inteligência artificial para restringir direitos ou reduzir políticas de proteção social, defendendo que o desenvolvimento dessas tecnologias incorpore princípios éticos, políticos e técnicos. Sobre os impactos das tecnologias digitais sobre os escopos de prática ainda demandam maior investigação, avaliou que, em alguns casos, essas tecnologias podem reduzir determinadas atribuições profissionais e levar à perda de habilidades anteriormente desenvolvidas, especialmente em atividades que passam a ser executadas por sistemas automatizados, como a emissão de laudos. Ressaltou que esse processo pode atingir tanto profissionais quanto usuários dos serviços e que seus efeitos ainda precisam ser mais bem compreendidos por meio de pesquisas. Encerrou destacando, que a prática da escrita contribui para o desenvolvimento do pensamento e não deve ser abandonada diante do avanço das tecnologias digitais.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) informou que esta Câmara dará continuidade às discussões sobre os impactos das novas tecnologias no trabalho em saúde, com foco na preparação do SUS para a incorporação de hospitais, laboratórios e outros serviços inteligentes. Propôs que as próximas reuniões abordem, entre outros temas, tais como: (i) os impactos da automação e dos equipamentos inteligentes sobre os escopos de prática das profissões de saúde; (ii) o uso da inteligência artificial para diagnósticos e emissão de laudos, incluindo seus aspectos éticos e os possíveis efeitos sobre as habilidades clínicas e o raciocínio dos profissionais; e (iii) questões relacionadas à ética, ao prontuário eletrônico e à circulação de dados de pacientes e trabalhadores da saúde no ambiente digital. Informou, ainda, que a Secretaria Executiva continuará levantando estudos científicos sobre o tema e que os Conselhos Profissionais serão convidados a sugerir novos tópicos e perspectivas para subsidiar os debates deste colegiado. Por fim, agradeceu a participação de todos e deu por encerrada as atividades do dia.

Encerramento

Segundo dia – 03/06/2026

Apresentação sobre Avanço da pejotização no Brasil

O fisioterapeuta Gláucio de Jesus, representante do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), realizou apresentação sobre o tema "Avanço da pejotização no Brasil",

abordando a crescente precarização dos vínculos de trabalho entre os trabalhadores da saúde e seus impactos sobre as relações de trabalho no setor. A apresentação integra esta Ata como **ANEXO VIII.**
Etel Matielo (CGERTS/ DEGERTSSGTES/MS) parabenizou a apresentação e sugeriu que o conteúdo seja compartilhado em outros espaços de discussão, bem como que a moção apresentada seja apreciada posteriormente pela Câmara. Destacou que a exposição evidenciou, com dados relevantes, o processo de precarização do trabalho em saúde e ressaltou o papel da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde como espaços de diálogo e controle social sobre as relações de trabalho. Por fim, enfatizou a importância de acompanhar o cenário político e legislativo, especialmente as iniciativas relacionadas aos direitos trabalhistas e à negociação coletiva, em razão de seus impactos sobre os trabalhadores da saúde. Considerou que a precarização dos vínculos de trabalho compromete o planejamento da força de trabalho em saúde e agrava situações de assédio, discriminação e outros impactos à saúde dos trabalhadores, dificultando sua identificação e notificação. Defendeu maior integração entre a CRTS e a MNNP-SUS, além de uma atuação mais articulada junto ao Poder Legislativo, ressaltando que projetos de lei com fragilidades, especialmente relacionados a pisos salariais, podem gerar efeitos prejudiciais aos trabalhadores e repercutir diretamente nas discussões da Câmara. Propôs, além da aprovação da moção, o mapeamento de espaços estratégicos para sua divulgação, sugerindo seu encaminhamento ao Supremo Tribunal Federal (STF), Ministério Público do Trabalho, Conselho Nacional de Saúde, Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (MGI), bem como a solicitação de audiência com o STF para discutir o tema da pejotização.

Apresentação: proposta de manifestação sobre tema da pejotização
O Coordenador-Geral substituto de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), Paulo Mayall, apresentou e realizou a leitura a minuta da moção redigida por Gláucio de Jesus (COFFITO) acerca da expansão da pejotização nas relações de trabalho dos profissionais da saúde. Informou que a moção seria destinada ao Ministério do Trabalho e Emprego, ao Ministério Público do Trabalho e ao Tribunal Superior do Trabalho. O texto de minuta de moção encontra-se nesta Ata como **ANEXO IX.**
Passou-se para **sugestões** *de mudança da plenária:*

Fernando Santos (CFBio) manifestou dúvida quanto ao item 4 da recomendação da moção, que propõe a extinção dos contratos de pessoa jurídica (PJ), questionando a possibilidade de tal recomendação, considerando que essa modalidade de contratação é permitida por lei.
Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) perguntou se havia alguma proposta de texto ao Fernando Santos (CFBio).
Fernando Santos (CFBio) reiterou sua preocupação em relação ao item 4 da moção, argumentando que a recomendação de extinguir os contratos de pessoa jurídica (PJ) poderia conflitar com a legislação vigente, uma vez que essa modalidade de contratação é permitida por lei. Observou que, caso o objetivo seja extingui-la, seria necessária uma alteração legislativa. Além disso, questionou a aplicação da legislação sobre terceirização, destacando que ela prevê a contratação de profissionais hipersuficientes, e indagou se contratos de PJ firmados com profissionais de menor remuneração, como aqueles com remuneração em torno de R$ 4 mil, estariam em conformidade com a legislação.
Gláucio Jesus (COFFITO) salientou que sua proposta se fundamenta no art. 444 da CLT, ressaltando que a reforma trabalhista e a possibilidade de terceirização e pejotização não afastaram a previsão de livre negociação restrita aos profissionais hipersuficientes. Argumentou que, na prática, essa limitação não vem sendo observada, uma vez que profissionais com remunerações em torno de R$ 3 mil e R$ 4 mil também estão sendo contratados como pessoa jurídica. Assim, defendeu que a pejotização, quando admitida, seja restrita aos profissionais hipersuficientes, com remuneração compatível com esse regime de contratação, e não aplicada a trabalhadores em situação de maior vulnerabilidade econômica.

Elaine Pelaez (CFESS) parabenizou a apresentação e a proposta de moção e apresentou sugestões de aprimoramento do texto. Propôs substituir a expressão "profissionais de saúde" por "trabalhadores da saúde", para ampliar seu alcance; incluir, entre as recomendações, a implantação da Carreira Única Interfederativa do SUS, nos moldes do Protocolo nº 006/2006 da MNNP-SUS e da Resolução do CNS; e acrescentar referências às pesquisas mencionadas sobre a relação entre precarização e adoecimento dos trabalhadores, com indicação de autor e data, a fim de conferir maior fundamentação ao documento. Observou que, embora a legislação permita a pejotização, há debate entre a Justiça do Trabalho e o STF quanto à sua utilização para ocultar relações de emprego regidas pela CLT. Destacou que a contratação por pessoa jurídica é admitida quando corresponde efetivamente à prestação de serviços por uma empresa, mas não quando reproduz características típicas do vínculo empregatício, como jornada fixa, subordinação e cumprimento de metas. Sugeriu que essas distinções fossem explicitadas no texto da moção.

Ellen Peres (Cofen) parabenizou o trabalho apresentado e avaliou que o documento está bem fundamentado e consistente. Sugeriu que fosse concedido um prazo para incorporar os ajustes propostos pela plenária e ponderou que, pelo nível de detalhamento e fundamentação, o texto se aproxima mais de uma nota técnica do que de uma moção. Assim, propôs avaliar a elaboração de uma moção acompanhada da respectiva nota técnica.

Alceu Pimentel (CFM) parabenizou Gláucio pela apresentação e destacou a importância do resgate histórico realizado. Solicitou acesso ao material para aprofundamento e pontuou que, antes de 2017, os médicos não tinham cultura de pejotização e que os sindicatos da categoria se posicionavam contra essa prática, que posteriormente se expandiu para outras áreas. Sustentou que a pejotização teve início entre profissionais com maiores remunerações, gerando economia para empresas com redução de direitos trabalhistas. Manifestou concordância com o texto da moção, inclusive com a recomendação de extinção das contratações por PJ, argumentando que a medida seria especialmente necessária nos casos envolvendo trabalhadores hipossuficientes e situações em que a legislação não é respeitada. Ao final, questionou sobre o fluxo de tramitação da moção no Ministério da Saúde e seu encaminhamento ao Ministério do Trabalho, considerando os procedimentos hierárquicos institucionais.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) explicou que, conforme a experiência desta Câmara com moções, os documentos são encaminhados diretamente aos destinatários, sem passar previamente pelo Ministério da Saúde. Ressaltou, contudo, que eventuais encaminhamentos ao Judiciário ou ao Ministério Público devem observar a tramitação institucional, com análise da Advocacia-Geral da União (AGU) e da Consultoria Jurídica (CONJUR).

Irene Rodrigues (MNNP-SUS) parabenizou o texto apresentado e destacou que a exposição trouxe elementos relevantes sobre a precarização das relações de trabalho. Na condição de representante sindical, ressaltou que houve um processo de enfraquecimento do movimento sindical, contribuindo para a ampliação de trabalhadores desprotegidos, considerando os sindicatos como instrumentos de proteção e defesa dos direitos trabalhistas. Em relação ao item 4 da moção, manifestou discordância quanto à possibilidade de alteração da recomendação de extinção das contratações na modalidade PJ no SUS. Explicou que a proposta não significa oposição à legislação vigente, mas uma defesa de que o SUS faça uma escolha política e institucional por vínculos protegidos de trabalho, por integrar a Seguridade Social. Salientou que a pejotização não é uma obrigação legal, mas uma opção de modelo de contratação e gestão, e defendeu que o SUS não deve adotar esse modelo, priorizando relações de trabalho com maior proteção aos trabalhadores. Assim, considerou adequada a manutenção da recomendação de extinção das contratações por PJ no âmbito do SUS. sugeriu que, independentemente do trâmite institucional, a CRTS encaminhe a moção e que o documento também seja compartilhado com entidades sindicais para que possam elaborar manifestações semelhantes. Destacou a importância de levar o tema à bancada dos trabalhadores e à MNNP-SUS, considerando a relevância e a urgência da pauta. Ressaltou que aguardar a próxima reunião da Câmara, prevista para dois meses depois, poderia comprometer a oportunidade de atuação, defendendo a intensificação das articulações até agosto, diante da possibilidade de decisão final do STF sobre o tema.

Francisca Valda (CNS) manifestou satisfação em participar da discussão e destacou a importância de transformar o diagnóstico sobre a precarização do trabalho e a retirada de direitos em ações concretas de incidência e mobilização. Ressaltou que a nota deve ser ampliada para além da CRTS, envolvendo entidades e espaços de participação social, a fim de alcançar tomadores de decisão e formadores de opinião. Sugeriu o encaminhamento do documento ao CNS, à MNNP-SUS, ao MPT ao STF e ao Congresso Nacional, considerando o contexto de debates em andamento sobre pejotização e direitos trabalhistas. Propôs também apresentar o tema em espaços como as conferências de saúde e a CIRTES/CNS, fortalecendo a mobilização e articulação institucional sobre a pauta.

Alceu Pimentel (CFM) salientou que, diante das diferentes contribuições apresentadas, é possível manter a aprovação da moção pela CRTS e, simultaneamente, ampliar sua articulação para outros espaços, como a MNNP-SUS e o CNS. Sustentou que as propostas de ampliação não impedem o posicionamento da Câmara e defendeu que o processo siga sua tramitação institucional, evitando atrasos que possam comprometer o momento oportuno de incidência sobre a pauta.

Carlos Eilert (CONFEF) sugeriu que o documento seja elaborado como nota técnica, em vez de moção, e encaminhado ao STF, considerando a possibilidade de inclusão do tema em pauta a qualquer momento. Ressaltou a necessidade de agilidade para evitar perda de oportunidade de manifestação e concordou com a proposta de dar prosseguimento ao encaminhamento do documento.

Fernando Santos (CFBio) manifestou que foi convencido pela fala da colega Irene Rodrigues (MNNP-SUS).

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), em nome da Secretaria-Executiva da CRTS, reconheceu que o tema foi pautado em março de 2026 e que o texto da moção chegou em prazo reduzido, dificultando a construção de consenso sobre uma matéria sensível. Propôs a realização de uma reunião extraordinária virtual específica para apreciação e aprovação do texto.

Etel Matielo (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) reiterou que a reunião extraordinária fosse realizada ainda em junho, preferencialmente por volta do dia 18, para garantir tempo de leitura, contribuições e aprovação do texto, possibilitando sua circulação antes de eventual votação. Destacou também a importância da mobilização dos diferentes atores sociais e políticos envolvidos no tema.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) propôs como encaminhamento a realização de reunião extraordinária no dia 18 de junho de 2026, com o envio prévio do texto apresentado para que os representantes possam encaminhar contribuições por e-mail. Informou que, na reunião, será consolidada a versão final para aprovação, destacando que a aprovação, seja como nota técnica ou moção, dependerá de quórum de dois terços dos representantes desta Câmara.

Não houve discordância por parte dos membros da plenária.

Apresentação sobre Demografia de Profissionais de Saúde

A Diretora substituta do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e Coordenadora-Geral Políticas Remuneratórias e Planejamento da Força de Trabalho na Saúde (CGPRP/DEGERTS/SGTES/MS), Lívia Angeli Silva, realizou apresentação acerca das demografias dos profissionais de saúde. Iniciou sua fala com a relação entre a discussão sobre pejotização e os impactos nas condições de trabalho, ressaltando que a precarização afeta não apenas direitos trabalhistas, mas também a qualidade de vida, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores. Reforçou a necessidade de que o conceito ampliado de saúde seja aplicado de forma concreta, começando pelos próprios trabalhadores da saúde. Ressaltou que a gestão do trabalho em saúde envolve pautas complexas e desafios permanentes, sendo uma área frequentemente invisibilizada na gestão dos serviços de saúde, que costuma priorizar as atividades finalísticas. Sustentou que a pejotização e outras formas de precarização das relações de trabalho podem comprometer os sistemas de informação, afetando a produção de dados essenciais para estudos demográficos, planejamento e análise da força de trabalho em saúde. Destacou que a fragilidade das informações impacta estratégias de monitoramento e a elaboração do plano da força de trabalho para os próximos dez anos. Apresentou como exemplo as diferenças identificadas entre os registros dos conselhos e os dados do Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES) no diagnóstico para o Plano da Força de Trabalho. Destacou que, em algumas profissões, a divergência pode ser explicada pela atuação em outros setores, mas ressaltou o caso da odontologia, em que uma parcela significativa dos profissionais não aparece no CNES, indicando a existência de vínculos precários que não são registrados. Observou que o CNES deveria contemplar os trabalhadores vinculados aos serviços de saúde, inclusive aqueles em diferentes modalidades de vínculo. A informalidade nas relações de trabalho é tão expressiva que parte dos profissionais sequer aparece registrada nos sistemas oficiais de informação, apesar de estarem em atividade. Citou a odontologia, em que a ausência de dados compromete o planejamento da força de trabalho, incluindo ações de provimento, fixação e organização das relações de trabalho. Ponderou limitações da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), por contemplar apenas trabalhadores formais, o que dificulta a produção de evidências para formulação de políticas remuneratórias e para análises de impacto, como as relacionadas aos pisos salariais. Os estudos de impacto relacionados à força de trabalho e remuneração ainda apresentam fragilidades, em razão das limitações das bases de dados disponíveis, como a RAIS, que considera apenas trabalhadores formais e possui restrições para análises mais precisas. Mencionou a importância de aperfeiçoar metodologias de análise de impacto orçamentário e de incorporar, aos estudos demográficos, análises da dinâmica do mercado de trabalho, ampliando a compreensão sobre a força de trabalho em saúde. Apontou a necessidade de construir narrativas que evidenciem que os impactos da precarização do trabalho e da formação inadequada recaem sobre o SUS, com efeitos na resolutividade, nos custos, na necessidade de educação permanente, na rotatividade e na fixação de profissionais. Defendeu que essa discussão seja incorporada ao diálogo com diferentes órgãos governamentais e instituições. Considerou a importância dos estudos demográficos para identificar iniquidades entre categorias profissionais, considerando diferenças de vulnerabilidade, capacidade de incidência política, reconhecimento e valorização salarial. Destacou que a gestão do trabalho em saúde deve atuar na redução dessas desigualdades e no fortalecimento do SUS, considerando a atuação multiprofissional e a necessidade de dados qualificados para orientar políticas públicas. Informou que as análises para o Plano da Força de Trabalho são realizadas internamente pelo DEGERTS/SGTES, enquanto as demografias contratadas com parceiros externos permitem maior aprofundamento metodológico e análises específicas sobre as profissões. Apresentou o andamento das demografias já realizadas, incluindo medicina, enfermagem e odontologia, e destacou que novos estudos são desenvolvidos de forma escalonada, considerando capacidade operacional e disponibilidade de dados. Atualmente, estão em andamento tratativas para as demografias de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Nutrição, escolhidas em razão de necessidades específicas, como escassez de profissionais em algumas regiões e demandas de políticas públicas. Informou também o início das discussões para a demografia da Farmácia e a revisão da proposta da demografia da Medicina, com necessidade de aprimoramento no cruzamento de dados. Informou que a nova demografia da Medicina deverá incorporar análises sobre raça, gênero, remuneração, inserção no mercado de trabalho e maior cruzamento com o CNES. Salientou que os estudos de Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Nutrição serão desafios por serem os primeiros realizados para essas categorias. Informou a importância da parceria com os conselhos, pois são fontes essenciais de informação para a realização dos estudos demográficos, e destacou a criação de comitês científicos de acompanhamento dos projetos das demografias, com participação de conselhos, entidades técnico-científicas, associações e entidades sindicais nacionais. Sustentou a necessidade de aprimorar a qualidade, segurança e harmonização das bases de dados, considerando as diferenças existentes entre os sistemas dos conselhos. Também colocou que os estudos das demografias seguem critérios de segurança da informação, com uso de ambientes protegidos para tratamento dos dados, e reforçou a importância de avançar na integração e padronização das variáveis entre as bases de dados das diferentes instituições. Salientou a importância da qualificação e harmonização das bases de dados dos conselhos no aprimoramento dos estudos da força de trabalho em saúde. Destacou que a ausência de dados organizados e integrados gera subestimação da força de trabalho brasileira em bases internacionais, como Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e Organização Mundial da Saúde (OMS), devido à dependência de informações do CNES. Apontou que os sistemas dos conselhos, embora tenham como

finalidade principal a fiscalização e regulamentação profissional, podem gerar informações estratégicas para planejamento da força de trabalho, desde que sejam estruturados com variáveis categorizadas e sem compartilhamento de dados sensíveis, para tal, a necessidade de diálogo com os conselhos e suas áreas de tecnologia da informação para aprimorar os sistemas. Exemplificou a área da enfermagem, em que diferenças entre dados do CNES e do Cofen indicaram a necessidade de revisão do diagnóstico da força de trabalho, evitando conclusões equivocadas sobre formação e disponibilidade de profissionais. Por fim, a importância da continuidade dos diálogos para fortalecer os estudos demográficos e aprimorar o planejamento da força de trabalho em saúde e se colocou à disposição para o diálogo.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) informou à plenária que está trabalhando em conjunto com a CONJUR do MS para atender às exigências jurídicas relacionadas aos termos de compartilhamento de dados com os Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Odontologia. Destacou que o processo tem sido mais complexo do que o previsto e que serão mantidos os diálogos com os conselhos para construção dos textos, conforme as orientações da CONJUR, com continuidade da formalização dos termos à medida que forem aprovados.

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

Gláucio de Jesus (COFFITO) relatou dificuldades relacionadas à ausência de integração entre os Conselhos Regionais e informou que está em implantação o sistema Implanta, que permitirá maior integração e obtenção de dados mais fidedignos sobre profissionais. Destacou a importância de dialogar sobre as variáveis utilizadas nos censos profissionais, considerando aspectos que possam contribuir para estudos demográficos e produção científica, sugerindo que outros Conselhos também realizem esse debate.

Zilamar Fernandes (CFF) ponderou as dificuldades relacionadas à falta de padronização dos sistemas entre os Conselhos Regionais de Farmácia, o que gera dispersão e inconsistência dos dados solicitados. Ressaltou a importância da definição de variáveis e indicadores prioritários para orientar a coleta e qualificar as informações dos profissionais de farmácia.

Elaine Pelaez (CFESS) sugeriu a elaboração de um documento com informações e indicadores principais para subsidiar o diálogo com os conselhos, destacando as dificuldades históricas dos sistemas de informação, inclusive no Serviço Social. Questionou sobre a perspectiva de realização de demografias para outras profissões e sobre a participação de institutos de pesquisa, grupos acadêmicos e categorias profissionais na construção dos estudos.

Francisca Valda (CNS) questionou se a metodologia das demografias contempla a análise da distribuição dos profissionais na rede SUS, considerando os diferentes níveis de atenção, atenção primária, atenção especializada e serviços de maior densidade tecnológica, além das especificidades da saúde indígena, que possui uma rede própria. Destacou a importância de considerar a diversidade de vínculos de trabalho existentes no SUS, incluindo servidores públicos, empregados celetistas, trabalhadores contratados por meio de PJ, cooperativas, bolsistas e residentes, ressaltando a crescente flexibilização e precarização dessas formas de contratação. Também apontou a necessidade de analisar se os déficits de profissionais estão relacionados às formas de contratação e defendeu a importância de vínculos mais protegidos, como aqueles decorrentes de processos seletivos públicos e concursos. Por fim, questionou se a metodologia das demografias contempla aspectos relacionados à migração de profissionais, considerando os investimentos realizados pelo país na formação de trabalhadores da saúde.

Daniel Vaz (CFFa) informou que o CFFa já recebeu contato do ObservaRH, parceiro na realização da demografia, e destacou a dificuldade relacionada à ausência de um sistema único de acesso às informações, com previsão de implantação apenas para julho de 2027. relatou que o parecer jurídico do conselho federal foi favorável e que os conselhos regionais serão envolvidos no processo. Sugeriu a realização de reunião conjunta com o sistema de conselhos para definição das variáveis relevantes e avaliação da viabilidade de extração dos dados.

Lívia Angeli (CGPRP/DEGERTS/SGTES/MS) agradeceu as contribuições e destacou que os questionamentos apresentados contribuem para o aprimoramento dos estudos demográficos. Ressaltou

a importância do diálogo com os conselhos profissionais e sugeriu a realização de uma reunião na CRTS com responsáveis pelos sistemas de informação, para discussão de variáveis comuns e posterior aprofundamento das tratativas específicas com cada conselho. Destacou as dificuldades relacionadas à fragmentação dos dados e fez um apelo para que os conselhos avancem na atualização e unificação de seus sistemas de informação, considerando a importância de bases integradas para o planejamento da força de trabalho em saúde. Abordou a importância da atualização das bases de dados em tempo real e da integração entre os sistemas dos conselhos regionais, ressaltando que a fragmentação atual dificulta as análises. Informou que o Ministério da Saúde está à disposição para dialogar e contribuir nesse processo, mencionando avanços nas discussões com alguns conselhos, especialmente o Cofen. Mencionou que os estudos demográficos analisam o conjunto das categorias profissionais, considerando sua distribuição nos diferentes níveis de atenção e subsistemas público e privado, conforme disponibilidade de dados. Sobre a saúde indígena, informou que a variável ainda não havia sido considerada separadamente. Destacou que a capacidade de realizar análises mais detalhadas depende da qualidade e disponibilidade das bases de dados, reforçando que as demografias têm como objetivo subsidiar mudanças e aprimorar o planejamento da força de trabalho. Explicou que a demografia é uma das ferramentas utilizadas para o diagnóstico da força de trabalho e que a análise dos vínculos é realizada principalmente a partir do CNES, base que contempla o conjunto dos trabalhadores da saúde. Destacou que, para profissões com atuação fora do setor saúde, como a farmácia, haverá desafios metodológicos para definição das bases de análise. Informou que está em andamento estudo para qualificação do CNES, realizado pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e pela Fiocruz Brasília, com coleta censitária em estabelecimentos de saúde no Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, visando comparar os registros do sistema com a realidade encontrada. Ressaltou também limitações relacionadas aos dados de migração e a necessidade de aprimoramento das informações produzidas pelo MS pelos conselhos profissionais. Reforçou que o CNES deve contemplar todos os estabelecimentos de saúde, incluindo a rede contratada, embora existam desafios relacionados à atualização dos registros, que demandam ações conjuntas. Informou que o MS está realizando projeto de Censo no Distrito Federal e Mato Grosso do Sul para avaliar as inconsistências do CNES e identificar os principais problemas a serem enfrentados. Destacou a necessidade de estratégias para atualização dos dados, mas ressaltou que o CNES continua sendo o principal sistema para análise da força de trabalho em saúde, assim como os sistemas dos conselhos profissionais são fundamentais para identificar os profissionais habilitados e aspectos como desemprego. Sobre as próximas demografias, informou que os estudos estão sendo escalonados e que, até o final da gestão, serão contratadas as demografias previstas, incluindo a de Farmácia, deixando como recomendação a continuidade dos demais estudos em 2027. Explicou que as pesquisas são realizadas por grupos especializados em estudos demográficos, com equipes compostas por pesquisadores e representantes das respectivas categorias profissionais, além do acompanhamento das entidades por meio de comitês científicos. Precisou que a formalização da pesquisa ocorre entre o MS e a instituição responsável pelo estudo, por meio de TED ou carta-acordo mediada pela OPAS. Informou que a relação com os conselhos é construída posteriormente, não havendo uma regra definida, sendo necessário alinhar os procedimentos para aprimorar o compartilhamento de dados. Destacou que, considerando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), o MS já vem realizando tratativas com os conselhos para compartilhamento de dados voltados, entre outros objetivos, aos estudos demográficos. Para as novas pesquisas, será necessário avaliar alternativas, pois os trâmites dos termos de compartilhamento podem não coincidir com os prazos dos projetos, sendo possível utilizar encaminhamentos intermediários, como ocorreu em estudos anteriores. Ressaltou a abertura do MS para dialogar com os conselhos sobre o formato mais adequado.

Ellen Peres (Cofen) informou que, no caso da demografia da enfermagem, a tramitação do acordo entre o MS e a universidade ocorreu por meio da OPAS. No âmbito do COFEN, a parceria foi estabelecida entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e o Conselho, com assinatura de termo de cooperação para transferência de dados pela reitoria da universidade e a presidência do Conselho. Relatou que, após a realização da demografia, foi realizado um processo de higienização do cadastro, contribuindo para o aprimoramento da base de dados. Informou que atualmente o sistema possui cerca

de 3 milhões de profissionais registrados e que os dados vêm se aproximando da realidade da força de trabalho, considerando que nem todos os profissionais estão cadastrados no CNES. Destacou que o banco de dados está em constante aperfeiçoamento.

Informes GT DCNs e GT de Estética

O Coordenador-Geral substituto de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS), Paulo Mayall, apresentou informes sobre o Grupo de Trabalho (GT) das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em saúde. A apresentação correspondente integra a presente ata como **ANEXO X**. *Na sequência, apresentou informe geral sobre o andamento dos trabalhos do Grupo de Trabalho de Estética. Informou que, a pedido dos membros do Grupo de Trabalho de Estética, foram elaboradas duas atas referentes às reuniões realizadas entre março e o presente período. As referidas Atas do GT de Estética integram a presente ata como* **ANEXO XI** *e* **ANEXO XII**. *Esclareceu que as atas seriam encaminhadas aos membros por e-mail e, posteriormente, anexadas à ata da 51ª Reunião da CRTS, cuja aprovação ocorrerá em setembro. Em seguida, apresentou informe preliminar sobre o andamento das atividades do GT, ressaltando que os documentos ainda estão em fase de elaboração e não foram consolidados. Informou que, além dos informes encaminhados pelos conselhos, o Grupo está elaborando uma compilação dos procedimentos estéticos previstos nas resoluções de cada conselho profissional, com o objetivo de encaminhá-la à ANVISA para subsidiar suas ações de fiscalização, que antes será enviada aos membros desta Câmara para análise. Informou, ainda, que o Projeto de Lei nº 2.717 permanece em tramitação na Câmara dos Deputados. Mencionou que os trabalhos do GT evidenciaram diferenças de terminologia entre os conselhos profissionais e a necessidade de maior detalhamento em algumas resoluções no assunto. Informou, ainda, que o GT está discutindo a responsabilidade técnica por estabelecimentos de estética, tema considerado complexo, e que ainda deverá aprofundar os debates sobre gerenciamento de riscos e de intercorrências. Destacou a importância dessas discussões diante de recentes casos divulgados pela imprensa envolvendo procedimentos estéticos e ressaltou a necessidade de compreender a atuação dos conselhos profissionais nessas situações. Ao final, registrou que a ANVISA elaborou uma nota técnica sobre procedimentos estéticos e convidou seu representante para apresentar informações sobre o documento, ainda em fase de publicação.*

Na sequência, o Sr. João Henrique Campos de Souza, representante da Anvisa, realizou apresentação da Nota Técnica sobre responsabilidade técnica em serviços de saúde e de interesse para a saúde, elaborada pela Agência em resposta às discussões desenvolvidas no âmbito do Grupo de Trabalho de Estética. A apresentação correspondente integra a presente ata como **ANEXO XIII**.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/SGTES/MS) agradeceu a apresentação realizada pela Anvisa e informou que todos os documentos relacionados aos informes, inclusive aqueles ainda pendentes, seriam encaminhados aos membros no mesmo dia, incluindo a Nota Técnica apresentada. Em seguida, abriu espaço para perguntas e manifestações dos participantes.

Não havendo manifestações, agradeceu a presença de todos e declarou encerrada a 51ª reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.

Encerramento

Local: Auditório Carlyle Guerra de Macedo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS).
Endereço: Setor de Embaixadas Norte (SEN), Lote 19, Brasília- DF.
Data: 02 e 03 de junho de 2026.

51ª REUNIÃO DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

02 DE JUNHO DE 2026

1º DIA

9h Mesa de Abertura

- *Etel Matielo*
  Representante do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/ SGTES/ MS);
- *Edson Alan dos Santos Barros*
  Representante do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/ SGTES/MS);
- *Vinícius Mendonça Assunção.*
  Representante do Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS);
- *Francisca Valda*
  Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

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

09h45 Leitura e aprovação da ata da 50ª reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS).

10h Apresentação sobre exames de proficiência como condição para o exercício profissional.

- *Pedro Carvalho Leitão.*
  Diretor de Supervisão da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES/MEC).
- *Ulysses Tavares Teixeira.*
  Diretor de Avaliação da Educação Superior (DAES/INEP).

12h Almoço.

14h Apresentação: Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem.

- *Célia Alves Rozendo.*
  Representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional).
- André Dias Araújo
  Representante da Coordenação-Geral de Integração Ensino-Serviço-Comunidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (CGESC/DEGES/SGTES/MS)

15h Apresentação sobre novas tecnologias e escopos de prática de profissionais da saúde.

- *Félix Héctor Rígoli.*
  Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (NETHIS/Fiocruz Brasília) e Observatório de Desigualdades e Inteligência Artificial em Saúde (Observatório ODISSEIA)

17h Encerramento

03 DE JUNHO DE 2026

2º DIA

9h Apresentação de manifestação sobre tema da pejotização

- *Gláucio Roberto de Jesus*
  Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)

10h Demografia das Profissões da Saúde: Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Nutrição

- *Lívia Angeli Silva*
  Coordenadora-Geral de Políticas Remuneratórias e Planejamento da Força de Trabalho em Saúde (CGPRP/ DEGERTS/ SGTES/MS)

11h Informes:

- GT de DCNs;
- GT de Estética;
- Informes sobre novas profissões de saúde - Sanitaristas (Lei nº 14.725/2023), Musicoterapeutas (Lei 14.842/2024), Acupunturistas (Lei nº 15.345/2026), Condutores de Ambulância (Lei nº 15.250/2025) e Doulas (Lei 15.381/2026).

12h Almoço.

13h Encerramento.

CRTS Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

51ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

Data: 02 e 03/06/2026 Horário: 09h às 17h

Local: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Endereço: Setor de Embaixadas Norte, Lote 19, Asa Norte, Brasília - DF.

Lista de presença

Instituição	Representante	E-mail	02/06/2026	03/06/2026
SGTES/MS	Felipe Proenço de Oliveira	felipe.proenco@saude.gov.br		
DEGERTS/SGTES/MS	Evellin Bezerra da Silva	evellin.silva@saude.gov.br		
	Livia Angeli Silva	livia.angeli@saude.gov.br		
	Marcelo Marques de Lima	marcelo.mlima@saude.gov.br		
CGERTS/DEGERTS/ SGTES/MS	Etel Matielo	etel.matielo@saude.gov.br		
	Paulo Mayall Guilayn	paulo.guilayn@saude.gov.br		
DEGES/SGTES/MS	Laerge Thadeu Cerqueira da Silva	laerge.silva@saude.gov.br		
	Edson Alan dos Santos Barros	edson.barros@saude.gov.br		
	André Dias Araújo	andre.dias@saude.gov.br		
SAPS/MS	Ana Cláudia C. Chaves	ana.chaves@saude.gov.br		
	Juliana Azevedo Fernandes	juliana.afernandes@saude.gov.br		
SAES/MS				

Instituição	Representante	E-mail	02/06/2026	03/06/2026
SAES/MS				
SECTICS/MS	Jaqueline Rocha B. dos Santos	jaqueline.borges@saude.gov.br		
	Lívia de Souza Soares	livia.angeli@saude.gov.br		
SVSA/MS	Isabella de Sousa Maio	isabella.maio@saude.gov.br		
	Denise Maria Moraes	denise.maria@saude.gov.br		
SESAI/MS	Gustavo Hoff	gustavo.hoff@saude.gov.br		
	Lucas Ferreira dos Santos	lucas.dossantos@saude.gov.br		
SEIDGI/MS	Paulo Henrique O. de Carvalho	paulo.weiss@saude.gov.br		
	Juliana Ramos Bruno	juliana.bruno@saude.gov.br		
SE/MS	Sérgio Henrique Moreira Cunha	sergio.henrique@saude.gov.br		
	Marli Souza Rocha	marli.srocha@saude.gov.br		
	Diego Lima de Oliveira	diego.loliveira@saude.gov.br		
CONASS	Haroldo J. de Carvalho Pontes	haroldo.pontes@conass.org.br		
CONASEMS	Márcia Cristina M. Pinheiro	marcia@conasems.org.br		

Instituição	Representante	E-mail	02/06/2026	03/06/2026
ANVISA	Alice Alves de Souza	alice.souza@anvisa.gov.br		
	Edmilson Silva Diniz Filho	edmilson.filho@anvisa.gov.br		
	João Henrique Campos de Souza	henrique.souza@anvisa.gov.br		
CFM	Alceu José Peixoto Pimentel	alceupimentel@portalmedico.org.br		
	Antônio Henriques de F. Neto	antonio.neto@portalmedico.org.br		
CFBM	Renato Minozzo	renato.minozzo@cfbm.gov.br		
	Marco Antonio Zonta	marco.zonta@cfbm.gov.br		
Cofen	Ludimila Magalhães da Cunha	ludimilarcunha@gmail.com; ludimila.cunha@cofen.gov.br		
	Ellen Márcia Peres	ellenperes@coren-rj.org.br; ellen.peres@cofen.gov.br		
	Roselaine Muner	roselainemuner@uol.com.br		
CFO	Nádia do Lago Costa	nadialago@hotmail.com		
	Rafael Avellar de C. Nunes	dr.rafael.nunes@hotmail.com		
CFF	Zilamar Costa Fernandes	zilamar.fernandes@gmail.com		
	Júlio Cesar Mendes e Silva	julio.farmacia@uol.com.br		
CFP	Ana Carolina Freire Lopes	carolina.freire@cfp.org.br		

Instituição	Representante	E-mail	02/06/2026	03/06/2026
CFP	Marco Aurélio da Silva Lima	psi.marco@yahoo.com.br		
COFFITO	Gustavo Fernandes Vieira	gvieirafisio@gmail.com		
	Gláucio Roberto S. de Jesus	grfisio@gmail.com		
	Daniele Bernardi	daniele.bernardi@coffito.gov.br		
CFFa	Neyla Arroyo Lara Mourão	neyla.mourao@fonoaudiologia.org.br		
	Daniel de Carvalho Vaz	daniel.vaz@fonoaudiologia.org.br		
CFN	Caio Victor C. de Oliveira	caio.oliveira@cfn.org.br		
	Amélia Borba Costa Reis	amelia.reis@cfn.org.br		
	Ana Flávia	ana.gomes@cfn.org.br		
	Caroline Olímpio Romeiro	caroline@cfn.org.br		
CFMV	Leonardo Nápoli	leonardo.napoli@cfmv.gov.br	Ausência justificada	Ausência justificada
	Paulo Augusto Aragão Zunino	paulo.zunino@cfmv.gov.br	Ausência justificada	Ausência justificada
	Eliane Macedo Bernieri	eliane.bernieri@cfmv.gov.br		
CFBio	Fernando César de S. Santos	biologofernando@live.com		
	Thâmara Gonçalves dos Reis	ass.tecnica@cfbio.gov.br		

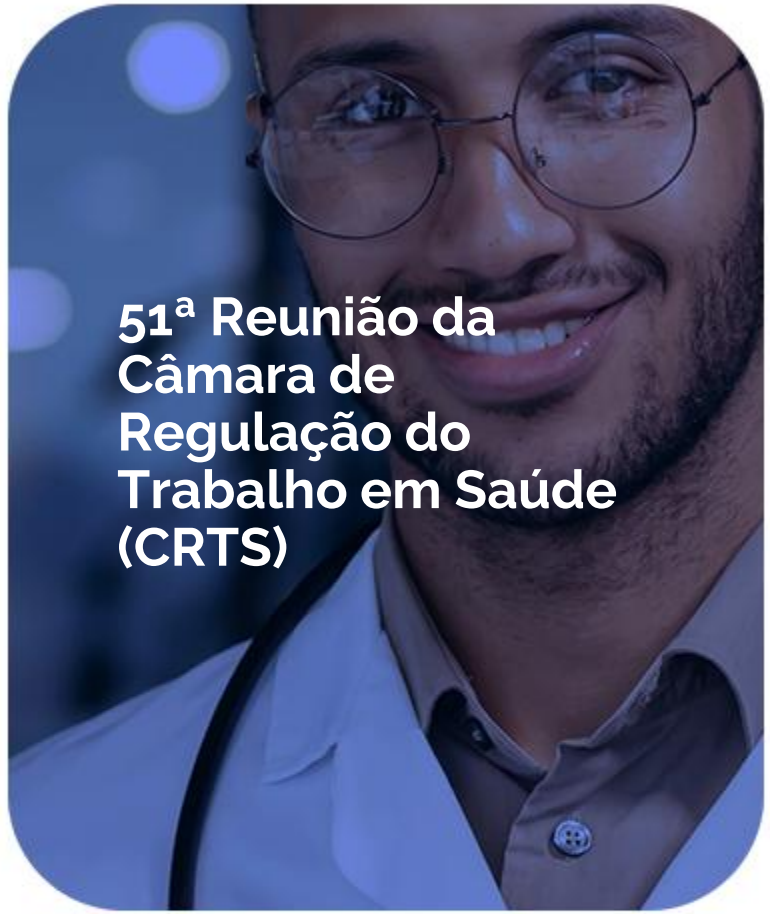
Instituição	Representante	E-mail	02/06/2026	03/06/2026
CONFEF	Carlos Alberto Eilert	eilert.carlosalberto@gmail.com		
	Willian Pimentel	confef@confef.org.br		
CFESS	Elaine Pelaez	elainejpelaez@yahoo.com.br		
	Vanda Micheli Burginski	vandamicheliseso@gmail.com		
CONTER	Cassiana Crispim de Araújo	cassiana.radio@gmail.com		
	José Carlos de Jesus Júnior	carlosjunior.conter@gmail.com		
	João Raimundo dos Santos	jralvesa@gmail.com		
MNNP-SUS	Irene Rodrigues da Silva	irenerodrigues1313@gmail.com		
	Solange Aparecida Caetano	enfermeirasolangecaetano01@gmail.com		
CNS	Francisca Valda da Silva	francisca.valda@uol.com.br		
	João Pedro Santos da Silva	joaopsi.pedro@gmail.com		
Instituição	**Nome do participante**	**E-mail**	**02/06/2026**	**03/06/2026**
FCFAS	Vinícius Mendonça Assunção	oficial.fcfas@gmail.com		
SERES /MEC	Pedro Carvalho Leitão	gabineteSERES@mec.gov.br		
INEP	Ulysses Tavares Teixeira	agenda.daes@inep.gov.br		

Instituição	Representante	E-mail	02/06/2026	03/06/2026
ABEn	Célia Alves Rozendo	celia.rozendo@gmail.com		
NETHIS/Fiocruz	Félix Héctor Rígoli	felix.rigoli@gmail.com		
SGTES/MS	Marcus Pontes	marcus.pontes@saude.gov.br		
CCOM / SGTES	Caroline Fogaça Pereira	caroline.fogaca@saude.gov.br		
DEGERTS/SGTES/MS	Laianny Martins Silva Efel	laianny.efel@saude.gov.br		
CGERTS/SGTES/MS	Ana Elisa de Carli Blackman	ana.blackman@saude.gov.br		
	Osvaldo Martins de M. Filho	osvaldo.morais@saude.gov.br		
	Luiz Henrique O. de Carvalho	luizh.carvalho@saude.gov.br		
	Maria Carmen Martins Dantas	maria.carmen@saude.gov.br		
	Danilo Monteiro Soares	danilo.soares@saude.gov.br		
	Karen Aline Sousa Rodrigues	karen.rodrigues@saude.gov.br		
	Ivete Maria Barbosa Madeira Campos	ivete.campos@saude.gov.br		
	Thaylline Kellen da Silva Araujo	thaylline.araujo@saude.gov.br		
	Gabriela Fantin Almeida	gabriela.fantin@saude.gov.br		
	Aurelina Aguiar de Lima	aurelina@saude.gov.br		

Instituição	Representante	E-mail	02/06/2026	03/06/2026
CGVATS / DEGERTS /SGTES / MS	Patrícia Ferrás Araújo da Silva	patricia.ferras@saude.gov.br		
	Ariane Vitalino do Nascimento	ariane.nascimento@saude.gov.br		
CGPFTS / DEGERTS / SGTES / MS	Joseane Aparecida Duarte	joseane.duarte@saude.gov.br		
Ministério do Trabalho e Emprego / CBO	Paula Montagner	paula.montagner@trabalho.gov.br		
	Aline Soares Martins	aline.martins@trabalho.gov.br		
	Raigner R. do Nascimento	raigner.nascimento@trabalho.gov.br		
CONTER	Amanda Machado	[illegible]		
SAPS	LEILA MEDEIROS MELO	leila.melo@saude.gov.br		
CGVATS/DEGERTS SGTES/M	Luisa Cruz de Melo	luisa.melo@saude.gov.br		
USP	FERNANDO AITH	FERNANDO.AITH@USP.BR		

Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica - Enamed

Ulysses Tavares Teixeira
Diretor de Avaliação da Educação Superior



51ª Reunião da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)

Brasília (DF) | 2 de junho de 2026

INEP
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

Enamed: Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica

enamed
Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica

A avaliação que fortalece a qualidade da formação e o futuro da Medicina no Brasil

O **Enamed** é a modalidade do **Enade** voltada aos cursos de **Medicina**. Baseado em estudos do Inep sobre a matriz de referência, a prova, os itens e os resultados do desempenho dos estudantes no Enade 2023.

Principais Características

AVALIAÇÃO ANUAL

dos cursos de Medicina no Enade a partir de 2025.

UNIFICAÇÃO

das matrizes de referência e dos modelos de avaliação dos exames da área médica aplicados pelo MEC (Inep e Ebserh).

EXAMES INTEGRADOS

- Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes | **Enade**
- Prova teórica do Exame Nacional de Residência | **Enare** – modalidade acesso direto.
- Prova teórica do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas | **Revalida**

BASE CURRICULAR NACIONAL

Prova elaborada considerando as **Diretrizes Curriculares Nacionais** dos cursos de Medicina, com definição de **padrões de desempenho esperado.**

QUALIDADE E EVIDÊNCIAS

A matriz de referência e os instrumentos de avaliação teórica são **desenvolvidos pelo Inep**, garantindo rigor técnico e comparabilidade.

O Enamed tem como propósito:

- Avaliar o desempenho dos estudantes de Medicina com foco nas **competências essenciais** para o exercício profissional.
- Aperfeiçoar a formação médica e promover **melhorias contínuas** nos cursos e instituições.
- Fortalecer a **qualidade** da Educação Superior em Medicina no Brasil.
- Contribuir para uma assistência em saúde cada vez mais **segura**, **efetiva** e **centrada** na população.

Enamed: uma avaliação integrada para formar médicos preparados para os desafios do presente e do futuro.

INEP
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

Participação da comunidade acadêmica no fluxo avaliativo do Enamed

enamed
Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica

O Inep conta com o apoio de docentes de Medicina, com experiência em avaliação da formação médica, organizados em diferentes grupos que garantem qualidade, rigor técnico e transparência em todo o processo.

1. ELABORAÇÃO E REVISÃO DE ITENS

Professores de cursos de Medicina brasileiros (edital de chamamento público, capacitação, oficinas de elaboração de itens).

353 membros

2. COMISSÃO ASSESSORA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA (CAAFM) E COMISSÃO DE ANÁLISE DE ITENS (CAI)

Professores de cursos de Medicina brasileiros de uma das Universidades parceiras do Revalida e de outras IES dentre aquelas com os melhores resultados de avaliação no Sinaes. Responsáveis pela montagem das provas e pela definição da nota de corte, respectivamente.

42 membros na CAAFM e **42 membros** na CAI

3. COMISSÃO DE ASSESSORAMENTO TÉCNICO (CAT)

Especialistas em revisão linguística e adaptação de provas.

102 membros na CAT

4. BANCAS DE AVALIAÇÃO DE PROVAS E RECURSOS

Uma para cada das sete áreas médicas avaliadas na prova: professores brasileiros de cursos de medicina com atuação no ensino médico por, no mínimo, cinco anos, garantida a diversidade regional dos docentes, e presididas por docentes com experiência de ao menos dez anos no ensino médico.

Número varia a cada edição, conforme número de participantes do exame

5. TODOS OS PROFESSORES COLABORADORES

Todos os professores colaboradores são devidamente capacitados e têm sua formação em uma das áreas médicas avaliadas. A **elaboração, a revisão, a montagem e a correção** das provas são realizadas por dezenas de **professores de cursos de Medicina brasileiros**, com experiência na docência em cursos bem avaliados.

Ninguém detém a palavra final sem que cada decisão seja revisada por outro docente em quaisquer das etapas.

O Enamed é construído **coletivamente** por quem forma, ensina e acredita em uma Medicina cada vez melhor para o Brasil.

POR QUE ESSA PARTICIPAÇÃO É ESSENCIAL?

- Garante **qualidade técnica** e alinhamento com as diretrizes da formação médica.
- Promove **diversidade regional e institucional** na construção e avaliação das provas.
- Assegura avaliação **justa, criteriosa e transparente** para todos os participantes.
- Fortalece a **formação médica** no Brasil, com base na experiência de quem ensina e avalia.
- Contribui para uma educação superior de **excelência** e comprometida com a sociedade brasileira.

INEP
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

O nível de desempenho do Enamed

Como definimos os padrões que indicam o desempenho esperado

enamed
Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica

A definição do nível de desempenho esperado do participante, com base no previsto no art. 5º §8º da Lei nº 10.861/2004, foi um dos **elementos essenciais do Enamed.**

A descrição do nível de **desempenho** dá significado ao que um indivíduo que atingir a nota de corte no exame poderá ser capaz de fazer em sua **atuação profissional.**

Esse processo envolveu a atuação da CAI para:

- A determinação da **nota de corte do exame**, por meio da aplicação do **método Angoff modificado**;
- Combinação da estimativa do Angoff com a construção de uma escala de resultados da prova pela **Teoria de Resposta ao Item (TRI)**, com o objetivo de garantir a comparabilidade entre diferentes edições do Exame;
- Elaboração da descrição do **nível proficiente**, com base na **Matriz de Referência Comum** para avaliação da formação médica, alinhada às **DCN de Medicina.**

O nível proficiente representa o desempenho esperado de um médico em formação ao final da graduação.

Atingir esse nível significa demonstrar as competências essenciais para uma prática segura, ética e eficaz.

NÍVEL PROFICIENTE

Desempenho esperado no Enamed

Em termos gerais, um profissional que alcança o **nível proficiente** domina um conjunto de habilidades previstas na matriz.

Habilidades que caracterizam o nível proficiente

- **Age com ética**, respeito à diversidade e dignidade humana;
- **Integra clínica**, evidências científicas e políticas de saúde na tomada de decisões;
- **Atua na atenção primária à saúde** com cuidado centrado na pessoa e foco em prevenção, promoção e reabilitação;
- **Coleta e interpreta dados**, formula diagnósticos e define planos terapêuticos individualizados;
- **Reconhece** e maneja **urgências comuns** e realiza procedimentos com técnica e segurança;
- **Planeja** ações coletivas e de educação em saúde;
- **Comunica**-se com clareza e atua colaborativamente em equipe interprofissional;
- **Aplica** princípios do **SUS** na organização do cuidado e nos encaminhamentos;
- **Registra** informações de forma adequada e utiliza tecnologia com segurança;
- **Mantém** atualização contínua e integra novas evidências à prática.

A participação da comunidade acadêmica é fundamental para garantir um Enamed justo, criterioso e alinhado às melhores práticas da educação médica no Brasil.

INEP
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

EXEMPLO DE BOLETIM DE DESEMPENHO INDIVIDUAL DO ENAMED

Entregue a todos os participantes

enamed
Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica

SINAES
Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

ENAMED 2025
EXAME NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA

enamed
Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica

Ministério da Educação - MEC
Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP

BOLETIM DE RESULTADO

Dados do Participante

Nome: SARAH [redacted]
CPF: [redacted]
Data Nascimento: [redacted]
Inscrição: 2[redacted]5
Presença no Exame: Presente

Resultado para fins do Sinaes (conforme Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004)

Nota Enamed: 90,800

Nível de desempenho: **Proficiente**

A nota do Enamed é calculada pela Teoria de Resposta ao Item (TRI) conforme Nota Técnica publicada pelo Inep, nos termos do Edital Inep nº 81, de 25/07/2025.

Resultado para fins do Enare (conforme Resolução CNRM nº 17, de 21 de dezembro de 2022)

Percentual de Acertos: 89%

Resultado: Habilitado

Resultado válido para o Enare de acordo com o item 9.3.1 e 9.3.2 do Edital Ebserh nº 02/2025 – Residência Médica Acesso Direto, retificado em 15/07/2025.

Estes resultados são válidos por três anos, conforme art. 15 da Portaria Inep nº 413, de 18 de junho de 2025.

O que este boletim apresenta?

O boletim de desempenho individual do Enamed traz os resultados do participante em dois âmbitos: para **fins do Sinaes** e para **fins do Enare**.

Principais informações

- **Dados do participante:** identificação e presença no exame.
- **Resultado para fins do Sinaes:** nota padronizada (TRI) e nível de desempenho.
- **Resultado para fins do Enare:** percentual de acertos e resultado da habilitação.
- **Validade dos resultados:** 3 (três) anos.
- **Segurança e autenticidade:** documento oficial com QR Code para verificação.

INEP
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

enamed

Público

Estudantes de medicina inscritos no Enade, que indicaram seu interesse em utilizar a nota da prova no processo seletivo do Enare; e profissionais graduados em medicina interessados em participar do processo seletivo de programas de residência médica de acesso direto do Enare, inscritos no Enamed.



96.644 Inscritos

Distribuídos em 225 municipios



Concluintes de medicina do ENADE 2025

39.840 Inscritos



Público Geral
(Demais participantes)

56.804 Inscritos

INEP MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO GOVERNO DO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO

Principais resultados

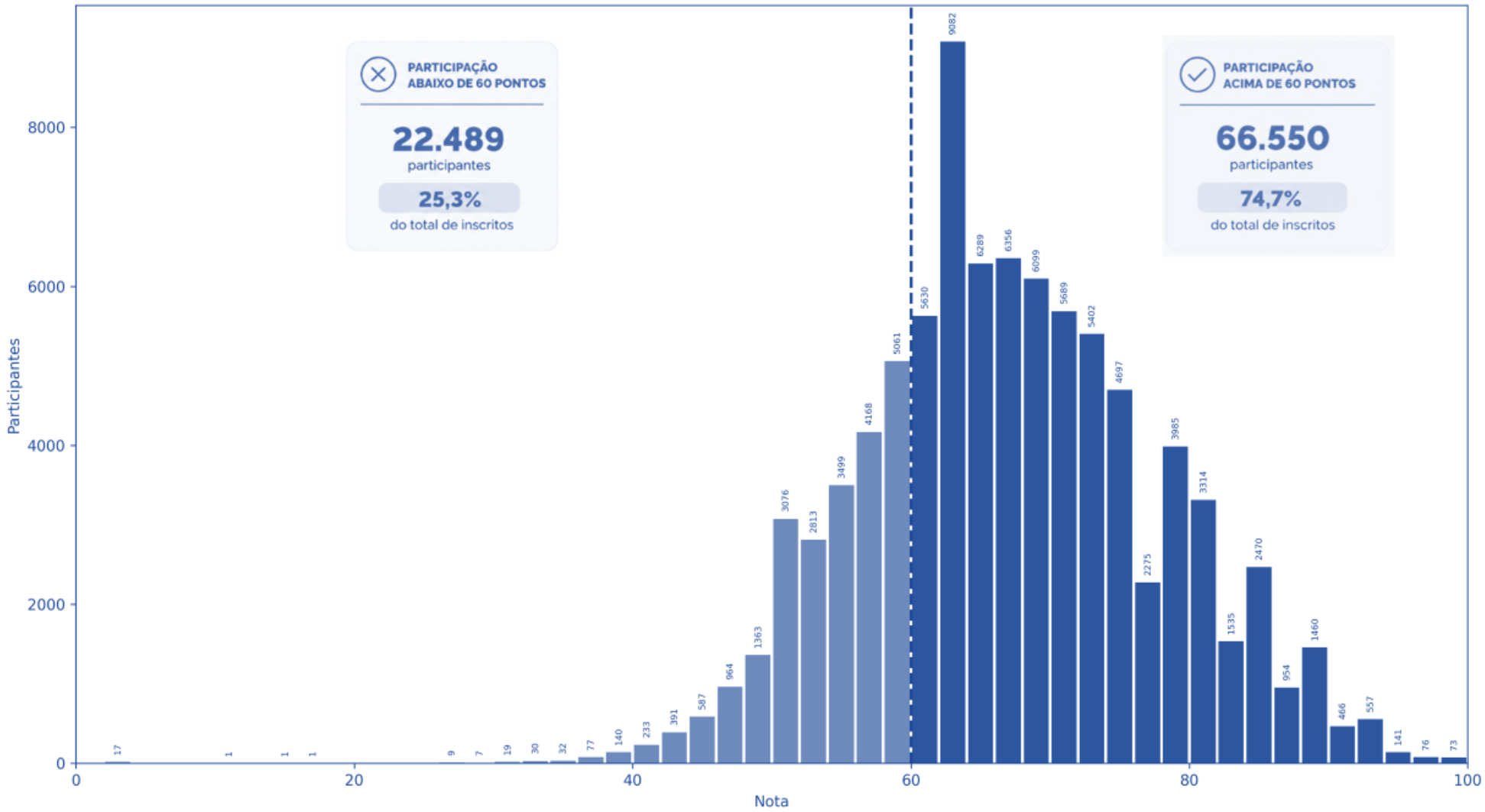
Grupo	Percentual com desempenho proficiente	Estudantes e profissionais avaliados
Concluintes	67%	39.256
Público Geral	81%	49.783
Total	75%	89.039*

*Estão contabilizados apenas os participantes com resultados válidos.

Distribuição das notas dos participantes

89.039
participantes

A nota de corte de 60 pontos corresponde ao **Nível proficiente** na escala do Enamed.



enamed

INEP MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO

Principais resultados
Conceito Enade

Conceito Enade	Faixa (Percentual de estudantes Proficientes)	Nº de cursos	Percentual
1	Menos de 40%	24	6,9%
2	Entre 40% e 59,9%	83	23,7%
3	Entre 60% e 74,9%	80	22,9%
4	Entre 75% e 89,9%	114	32,5%
5	Igual ou maior que 90%	49	14%

O Enamed é parte do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes)

O **Sinaes** compreende um conjunto de ações avaliativas, das quais o Enamed equivale à **avaliação de desempenho dos estudantes.**

sinaes
Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

Outros indicadores são produzidos para os cursos de medicina, entre os quais os derivados de visitas presenciais de comissões de especialistas para verificação das condições de formação dos estudantes oferecidas por cada Instituição de Educação Superior.

O Sinaes é composto por ações complementares

enamed

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES

Avalia o desempenho dos estudantes dos cursos de medicina.

+

avaliação in loco

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE OFERTA

Verifica as condições de formação dos estudantes nas Instituições.

+

OUTROS INDICADORES

Conjunto de informações que compõem a avaliação dos cursos.

→

QUALIDADE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR

Informações para regulação, supervisão e melhoria contínua dos cursos e instituições.

OBJETOS DE AVALIAÇÃO A PARTIR DE 2026

Todos os cursos de medicina em funcionamento serão visitados, a partir de novos **requisitos, voltados** especialmente para a **experiência discente** e a **inserção nos campos de prática.**

Haverá objetos de avaliação específicos para:

1. Atividades práticas de ensino que envolvem usuários
2. Atividades práticas de ensino que não envolvem usuários
3. Laboratórios de habilidades e simulação realística
4. Atividades de formação e capacitação continuada para **supervisão** de prática
5. Integração do curso com ambientes/sistemas **locais e regionais em saúde**
6. Inserção do curso nos cenários de práticas de ensino **e aprendizagem: Atenção primária**
7. Inserção do curso nos cenários de práticas de ensino **e aprendizagem: Atenção secundária**
8. Inserção do curso nos cenários de práticas de ensino **e aprendizagem: Atenção terciária**
9. Responsabilidade social no âmbito do curso

Enamed e as demais ações do Sinaes trabalham juntas para garantir mais **qualidade, mais equidade** e **mais futuro** para a Medicina no Brasil.

INEP
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

CONCLUSÕES

NOVO MODELO DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR

Avanços que fortalecem a qualidade, promovem a equidade e geram impacto para a sociedade.

1. MAIOR COMPROMETIMENTO E RELEVÂNCIA

Maior estímulo para o **comprometimento dos estudantes** com a prova do Enade, visto que a nota poderá ser utilizada para entrada em programas de residência médica

2. FORTALECIMENTO DO ENARE E DA CONTRATAÇÃO DOCENTE

Fortalecimento do **Enare** e de outros processos **de seleção para programas de residência médica** de acesso direto, visto que todos os concluintes vão participar da avaliação anualmente.

3. PRODUÇÃO DE EVIDÊNCIAS MAIS REGULARES E QUALIFICADAS

Produção de **evidências educacionais mais regulares** acerca dos resultados dos processos formativos dos cursos brasileiros, com **definição de nível de proficiência esperado**.

4. AVALIAÇÃO SISTÊMICA MAIS ROBUSTA

Avaliação sistêmica mais robusta das **condições de formação dos estudantes**, gerando melhores subsídios para as políticas públicas de regulação, supervisão, financiamento e indução da qualidade da educação superior.

5. APLICAÇÃO DO ENAMED AOS ESTUDANTES DO 4º ANO

Aplicação da prova do Enamed aos estudantes do **4º ano** do curso **a partir de 2026**, objetivando a autoavaliação e o acompanhamento dos estudantes pelas IES.

Avaliar para transformar:
decisões baseadas em evidências, melhores resultados para a sociedade.

INEP
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO


Confira o portal **gov.br/inep**
e siga nossas redes sociais
@inep.oficial
@inep_oficial
@inepoficial
@inep_oficial
@inep_oficial
@Inep_Oficial
@inep_oficial
Fale conosco: 0800 616161
INEP
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

Proficiência como condição para o Exercício Profissional

O Enamed e as Consequências de Supervisão

Secretaria de Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres)
Diretoria de Supervisão da Educação Superior (Disup)

Brasília, 2026

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

FUNÇÃO DO ESTADO – Fundamentação normativa

Previsão Constitucional

No que se refere à oferta da educação, a preocupação da Constituição da República vai na direção de **cumprimento das normas** e da **garantia de qualidade** do ensino.

> Art. 209. O ensino é livre à iniciativa privada, atendidas as seguintes condições:
> I - cumprimento das normas gerais da educação nacional;
> II - autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público.
>
> Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:
> (...)
> VII - garantia de padrão de qualidade.

Previsão Legal – Lei nº 9394/96 (LDB)

Previsão de que os atos regulatórios serão periódicos, demandando **contínua avaliação** de atendimento aos requisitos:

> Art. 46. A autorização e o reconhecimento de cursos, bem como o credenciamento de instituições de educação superior, terão prazos limitados, sendo renovados, periodicamente, após processo regular de avaliação.

Fundamentação normativa – avaliação e supervisão

Resultados do Sinaes como referencial básico para os processos de supervisão

A Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, que institui o Sinaes, determina a **avaliação** de instituições, de cursos e de desempenho dos estudantes e estabelece que tais resultados **constituirão referencial básico dos processos de regulação e supervisão da educação superior**.

> Art. 2º O SINAES, ao promover a avaliação de instituições, de cursos e de desempenho dos estudantes, deverá assegurar:
> [...]
> Parágrafo único. **Os resultados da avaliação** referida no caput deste artigo **constituirão referencial básico dos processos de regulação e supervisão da educação superior**, neles compreendidos o credenciamento e a renovação de credenciamento de instituições de educação superior, a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos de graduação.
>
> Art. 5º A **avaliação do desempenho dos estudantes** dos cursos de graduação será realizada mediante aplicação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - **ENADE**.
> § 1º O ENADE aferirá o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares do respectivo curso de graduação, suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão, ligados à realidade brasileira e mundial e a outras áreas do conhecimento.
> [...]
> § 8º A avaliação do desempenho dos alunos de cada curso no ENADE será expressa por meio de conceitos, ordenados em uma escala com 5 (cinco) níveis, tomando por base padrões mínimos estabelecidos por especialistas das diferentes áreas do conhecimento.

FUNÇÃO DO ESTADO – Fundamentação normativa

Competência da Seres

A Seres é a unidade do MEC responsável por planejar, coordenar e implementar políticas de regulação e supervisão da educação superior, conforme dispõe o art. 33 do Decreto nº 12.769, de 5 de dezembro de 2025. Entre suas competências legais, destacam-se:

> Art. 33. À Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior compete:
> [...]
> IV - **supervisionar instituições de educação superior e cursos de graduação** e sequenciais, **presenciais e a distância**, com vistas ao **cumprimento da legislação educacional** e à proposição de **melhorias dos padrões de qualidade da educação superior**, e aplicar-lhes eventuais penalidades previstas na legislação;

A função de **supervisão** no marco regulatório

As funções de regulação, supervisão e avaliação da educação superior são regulamentadas pelo Decreto nº 9.235/2017, que assim estabelece:

> Art. 1º
> [...]
> § 2º **A supervisão será realizada por meio de ações preventivas ou corretivas, com vistas ao cumprimento das normas gerais da educação superior, a fim de zelar pela regularidade e pela qualidade da oferta dos cursos de graduação** e de pós-graduação lato sensu e das IES que os ofertam.
> § 3º **A avaliação será realizada por meio do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - Sinaes**, com caráter formativo, **e constituirá o referencial básico para os processos de regulação e de supervisão da educação superior**, a fim de promover a melhoria de sua qualidade.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL – supervisão e medidas cautelares

Atuação da supervisão como poder-dever do Estado

Decreto 9.235/2017 - Art. 65. "O Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior, cientificado de eventual deficiência ou irregularidade na oferta de educação superior, instaurará, de ofício ou mediante representação, procedimento preparatório de supervisão."

A previsão de adoção de medidas cautelares (art. 45 da Lei nº 9.784/99):

Decreto 9.235/2017 - Art. 63. A Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação poderá determinar, **em caso de risco iminente ou ameaça ao interesse público e ao interesse dos estudantes**, motivadamente, **sem a prévia manifestação do interessado**, as seguintes medidas cautelares, entre outras:

I - suspensão de ingresso de novos estudantes;
II - suspensão da oferta de cursos de graduação ou de pós-graduação lato sensu;
III - suspensão de atribuições de autonomia da IES;
IV - suspensão da prerrogativa de criação de novos polos de educação a distância pela IES;
V - sobrestamento de processos regulatórios que a IES ou as demais mantidas da mesma mantenedora tenham protocolado;
VI - impedimento de protocolização de novos processos regulatórios pela IES ou pelas demais mantidas da mesma mantenedora;
VII - suspensão da possibilidade de celebrar novos contratos de Financiamento Estudantil - Fies pela IES;
VIII - suspensão da possibilidade de participação em processo seletivo para a oferta de bolsas do Programa Universidade Para Todos - Prouni pela IES; e
IX - suspensão ou restrição da possibilidade de participação em outros programas federais de acesso ao ensino pela IES.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL – supervisão e medidas cautelares

Sentença na ACP nº 1003185-38.2026.4.01.3400:

“O impedimento temporário de admissão de novos alunos, de ampliação de vagas e de acesso a linhas de financiamento estudantil para cursos que não atingiram 60% de proficiência **não constitui sanção automática**, mas medida cautelar proporcional ao interesse público de proteção da qualidade da formação médica e dos próprios alunos que ingressariam nesses cursos. A Portaria nº 75/2026, que trata dos cursos com Conceito 2 e percentual de proficientes entre 50% e 60%, instaurou o procedimento de supervisão sem impor medidas cautelares, o que revela que a própria escala das medidas adotadas pelo MEC foi diferenciada conforme a gravidade de cada faixa de desempenho — há gradação, e não automatismo.”

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL - Enamed

O Enamed como modalidade do Enade para avaliação dos cursos de Medicina

Em 2025, por meio da Portaria MEC nº 330, de 23 de abril de 2025, ficou instituído o **Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica (Enamed)**, como modalidade do Enade para esses cursos.

A portaria estabelece que o Enamed será aplicado a **todos os estudantes concluintes dos cursos de Medicina** (art. 3º) e que sua aplicação será **anual** (art. 5º).

Esse aperfeiçoamento no Sinaes representa um avanço significativo nas possibilidades de uso do Enade como referencial para as ações de supervisão.



Enamed - Contextualização

Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica – Enamed 2025: uma de suas finalidades é a **avaliação** dos cursos de graduação em Medicina a partir do **desempenho** dos estudantes inscritos no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade).

Considerando que:

- a participação dos estudantes concluintes dos cursos de graduação em Medicina no Enade, realizada por meio do Enamed, é **obrigatória** e considerada componente curricular dos cursos de graduação;
- o exame será realizado **anualmente**;
- o Conceito Enade 2025 para os cursos de Medicina tomou por base padrões mínimos estabelecidos por especialistas da área, no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes); e
- a nota obtida pelos estudantes pode ser **utilizada para o Enare** (residências médicas).

a Seres utilizou os resultados do exame para fins de iniciar **Supervisão Estratégica**, com fundamento nos artigos 62 a 75 do Decreto nº 9.235, de 2017 e no artigo 5º da Lei 10.861, de 2004.

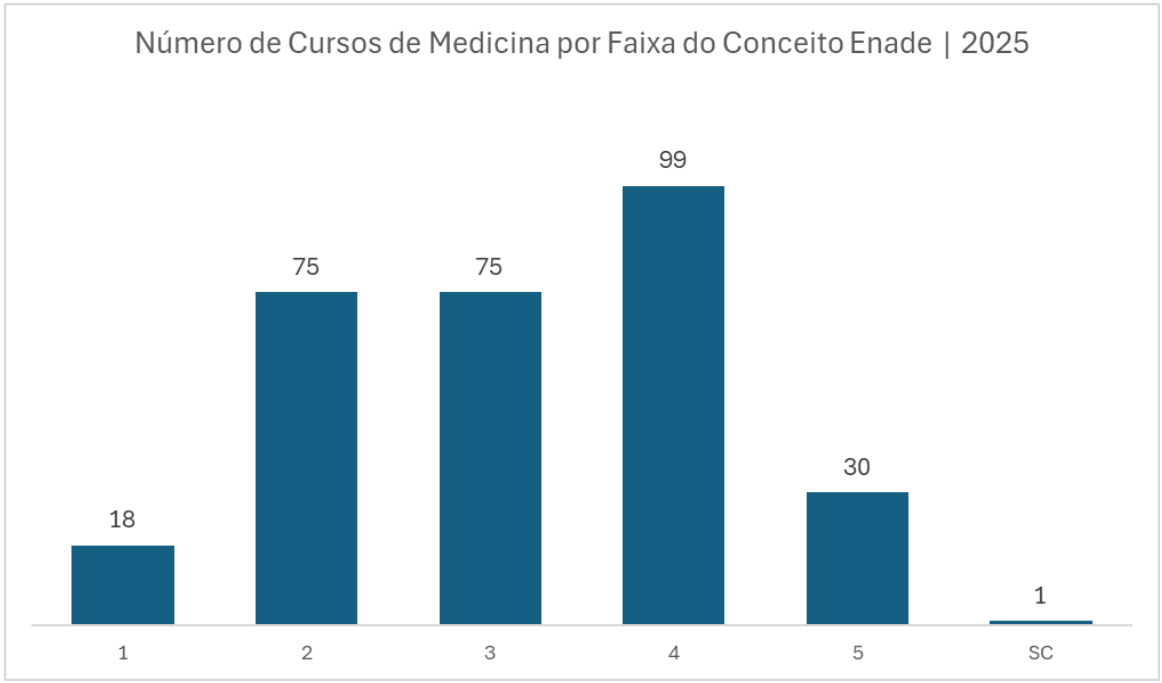
Supervisão da Educação Superior

Modalidades:

Supervisão Ordinária: originada de representações ou reclamações provenientes da sociedade, conselhos profissionais ou órgãos de controle (controle social).
Supervisão Estratégica: iniciada por critérios estabelecidos pela Seres a partir da constatação de irregularidades e deficiências de maior gravidade e/ou impacto, considerando os insumos da avaliação, do monitoramento, do controle social e da própria atividade de supervisão.
Conformidade: acompanhamento do setor regulado para a solução estruturante de problemas regulatórios.

ANÁLISE DOS RESULTADOS | SISTEMA FEDERAL DE ENSINO

Ao todo, 351 cursos de Medicina participaram do Enamed 2025. A atuação da Seres, no entanto, restringe-se ao **Sistema Federal de Ensino**, que inclui as instituições de educação superior **públicas federais** e as instituições **privadas**.
As instituições públicas estaduais, distritais e municipais são supervisionadas pelos respectivos conselhos e/ou secretarias estaduais de educação.



Fonte: Elaborado pela Seres, com base nos microdados do Conceito Enade (Inep, 2025).

Do total de **298** cursos de Medicina pertencentes ao Sistema Federal de Ensino que participaram do Enamed 2025:

- 204 cursos ficaram nas faixas 3 a 5 do Conceito Enade (68,4%).
- **93 cursos ficaram nas faixas 1 e 2** do Conceito Enade (31,2%).
- 1 curso ficou Sem Conceito (0,4%).

AÇÕES DE SUPERVISÃO DECORRENTES DO ENAMED 25

As ações de supervisão têm como foco os 93 cursos de Medicina classificados nas faixas 1 e 2 do Conceito Enade 2025, ou seja, aqueles que apresentaram menos de 60% dos seus estudantes com desempenho considerado adequado no exame. Esses cursos pertencem a 87 instituições de educação superior.

Instauração de Processo Administrativo de Supervisão na Fase Preparatória

Determinação de medidas cautelares

As medidas cautelares foram aplicadas conforme a faixa de classificação do curso no Conceito Enade 2025, de forma escalonada, levando em consideração o percentual de concluintes proficientes em cada faixa. Quanto maior o risco ou ameaça ao interesse público, mais graves foram as medidas cautelares adotadas - **subdivisão das faixas 1 e 2**, com maior ponderação e **proporcionalidade**.

Prazo de duração das medidas: manutenção das cautelares **até a publicação do Conceito Enade 2026**, sem prejuízo de ações adicionais necessárias para preservar a qualidade da oferta e os interesses dos estudantes.

AÇÕES DE SUPERVISÃO - MEDIDAS CAUTELARES

Conjunto geral de <u>medidas aplicadas a todos os 93 cursos</u> com Conceito Enade 1 e 2.

- Impedimento de protocolização e sobrestamento de processos regulatórios de aumento de vagas.
- Suspensão de novos contratos de Fies.
- Suspensão da participação do curso no Prouni.
- Suspensão da participação do curso em outros programas federais de acesso.

Conjunto específico de <u>medidas aplicadas conforme % de concluintes considerados proficientes</u>:

Menos de 30% dos concluintes proficientes	A partir de 30% e menos de 40% dos concluintes proficientes	A partir de 40% e menos de 50% dos concluintes proficientes
Suspensão de ingresso	Redução de 50% das vagas	Redução de 25% das vagas

AÇÕES DE SUPERVISÃO - MEDIDAS CAUTELARES

Conceito Enade Faixa	% de concluintes proficientes	Medidas Cautelares Gerais	Medidas Cautelares Específicas	Nº de cursos afetados
1	p < 30%	Proibição de aumento de vagas Suspensão Fies, Prouni e outros programas federais	Suspensão de ingresso	7
	30% ≤ p < 40%		Redução de 50% das vagas	11
2	40% ≤ p < 50%		Redução de 25% das vagas	32
	50% ≤ p < 60%	Proibição de aumento de vagas	-	43

TOTAL: 93

AÇÕES DE SUPERVISÃO – FASES DO PROCESSO

Instauração de Processo Administrativo de Supervisão em Fase Preparatória

A Seres deu ciência da abertura do **procedimento preparatório** às instituições – portarias publicadas em 18 de março de 2026 – com prazo de 30 dias e **todas apresentaram manifestação inicial**.

A decisão sobre a instauração da fase sancionadora do processo de supervisão, com manutenção ou agravamento das medidas cautelares - ou revogação das cautelares - ocorrerá com **a publicação do Conceito Enade 2026**.

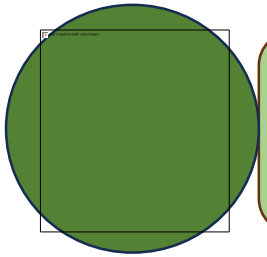
Recurso contra as medidas cautelares

O prazo para a interposição de recurso contra as medidas cautelares aplicadas também foi de 30 dias e **48 das 50 IES cujos cursos tiveram medidas cautelares apresentaram recursos** – **estão sendo encaminhados ao CNE**.

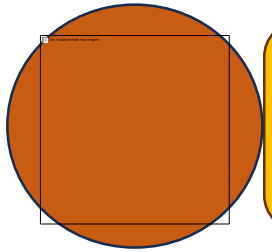
Prazo de duração das medidas: manutenção das cautelares **até a publicação do Conceito Enade 2026**.

AÇÕES FUTURAS DE SUPERVISÃO DECORRENTES DO **ENAMED 26**

CURSOS COM PROCESSO DE SUPERVISÃO JÁ INSTAURADOS:
Impacto do Enamed 2026 nas medidas cautelares impostas aos cursos com resultados insatisfatórios no Enamed 2025:

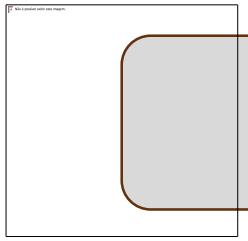


O curso que superar o nível insatisfatório do Enamed 2025, obtendo nível satisfatório (Enade 3 ou superior) no Enamed 2026, **terá as medidas cautelares revogadas**.



O curso que mantiver qualquer nível insatisfatório no Enamed 2026 sofrerá medidas cautelares no padrão estabelecido, **considerando o conceito obtido no Enamed 2026**.

AÇÕES FUTURAS DE SUPERVISÃO DECORRENTES DO **ENAMED 26**

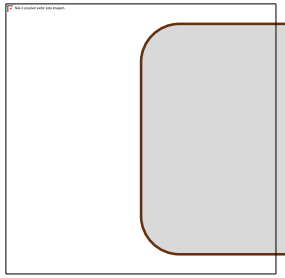


A Seres seguirá utilizando os resultados do Enamed das próximas edições para fins de **Supervisão Estratégica**

Considerando que:

- ✓ A participação de estudantes concluintes no Enade é obrigatória - **componente curricular** dos cursos de graduação;
- ✓ A vinculação do Enamed ao Enare garante:
  - Maior **interesse e engajamento dos estudantes** na realização do exame;
  - **Resultados mais fidedignos** para avaliação dos cursos.
- ✓ O Enamed:
  - Fornece uma escala interpretativa dos padrões de desempenho esperados para os cursos de Medicina;
  - É **anual e comparável**, permitindo o monitoramento dos resultados dos cursos ao longo dos anos;
  - Viabiliza o acompanhamento da qualidade dos curso para tomada de decisão em tempo hábil de observar e incentivar a melhoria dos cursos.

AÇÕES FUTURAS DE SUPERVISÃO DECORRENTES DO **ENAMED 26**



1. Cursos **não avaliados em 2025** e/ou
2. Cursos com resultados **satisfatórios em 2025** e **insatisfatórios em 2026**

- ✓ As **ações de supervisão** seguirão com foco nos cursos de Medicina classificados nas **faixas 1 e 2 do Conceito Enade**;

- ✓ Tratamento **no mesmo padrão já utilizado** com os resultados do Enamed 2025 - instauração de processo de supervisão e possível adoção de medidas cautelares, conforme a faixa.

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

GOV.BR/MEC

Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem

Formação para o fortalecimento do SUS

André Dias Araujo
Coordenação-Geral de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (CGESC)
Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)
Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES)
Ministério da Saúde

JUNHO DE 2026

Ordenação da Formação em Saúde

Prevista na Constituição Federal de 1988

Art. 200, Inciso III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Ordenação da Formação em Saúde

RESOLUÇÃO Nº 569 DE 8 DE DEZEMBRO DE 2017 - Conselho Nacional de Saúde

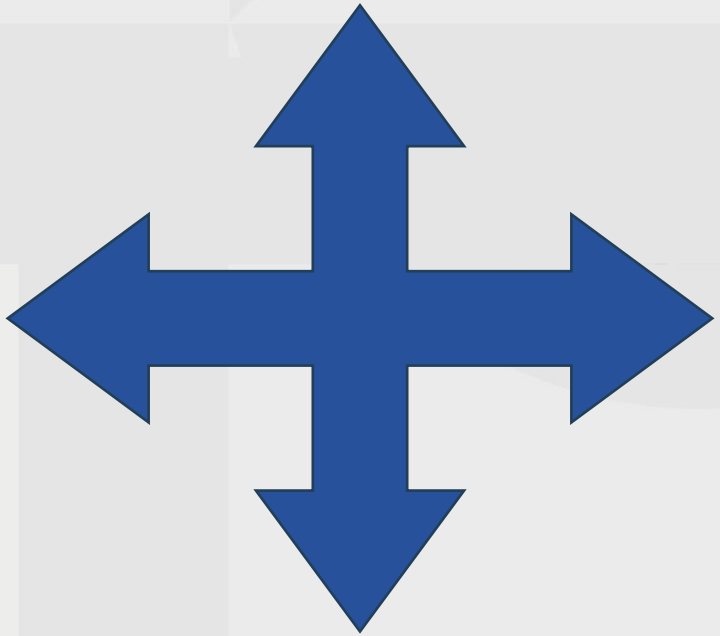
I - Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde;
II - Atendimento às necessidades sociais em saúde;
III - Integração ensino-serviço-gestão-comunidade;
IV - Integralidade e Redes de Atenção àSaúde (RAS);
V - Trabalho interprofissional;
VI -Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde;
VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa;
VIII - Valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil;
IX - Educação e comunicação em saúde;
X - Avaliação com caráter processual e formativo;
XI - Pesquisas etecnologiasdiversificadas em saúde; e
XII - Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde.

Ouv SUS 136 Ouvidoria-Geral do SUS
/minsaude
/ministeriodasaude
/MinSaudeBR
Saiba mais em gov.br/saude

Ordenação da Formação em Saúde

ARTICULAR

INDUZIR



APOIAR

CONSTRUIR COLETIVAMENTE

SUS 35 ANOS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

Como o DEGES tem atuado?

- Diálogo e cooperação com instituições formadoras, entidades representativas, movimentos estudantis, gestores, trabalhadores e usuários do SUS.
- Promoção de espaços de escuta, articulação e construção coletiva.
- CIRTES, CRTS, Caravana FormaSUS, GT DCNs da CRTS, entre outros espaços.

Ouv SUS 136 Ouvidoria-Geral do SUS
/minsaude
/ministeriodasaude
/MinSaudeBR
Saiba mais em gov.br/saude

Como o DEGES tem atuado?

A reorientação da formação se concretiza nas experiências formativas vivenciadas por estudantes, docentes, trabalhadores e gestores.

PET-Saúde EQUIDADE

PET-Saúde INFORMAÇÃO E SAÚDE DIGITAL

PET-Saúde CLIMA

VIVÊNCIAS no SUS
Programa Nacional de Vivências no Sistema Único de Saúde

AFIRMASUS
Programa Nacional de Apoio a Permanência, Diversidade e Visibilidade para Discentes da Área da Saúde

VER SUS BRASIL 21 anos
Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUS 35 ANOS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

Como o DEGES tem atuado?

Outras iniciativas voltadas para a qualificação da formação.

- Especialização em Enfermagem Neonatal para o SUS
- Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Alyne

Totalizando uma oferta de mais de 1.000 vagas para a categoria.

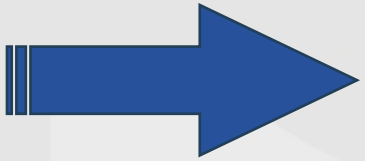
Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem

As trabalhadoras e os trabalhadores da enfermagem são essenciais para que os sistemas e serviços de saúde cumpram suas responsabilidades e atribuições.

- ❑ Atuam em todos os níveis de atenção, em diferentes contextos e ao longo de todo o ciclo de vida das pessoas;
- ❑ Espinha dorsal dos sistemas de saúde;
- ❑ Assumem posições estratégicas na gestão, no cuidado, na vigilância em saúde, na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação.

Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem

Qualificação da formação em Enfermagem



Fortalecimento da capacidade do SUS de oferecer cuidado de qualidade à população brasileira.

Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem

Projeto de Apoio à Implementação das DCNs da Enfermagem e das diretrizes e orientações para a formação Técnica em Enfermagem.

Projeto de Apoio à Implementação das DCNs da Enfermagem e das diretrizes e orientações para a formação Técnica em Enfermagem



Abrangência Nacional + Participação diversificada

Estruturado em duas linhas de ação: formação de nível superior e formação técnica em enfermagem. Será desenvolvido em diferentes fases, contemplando *diagnóstico, mobilização, formação e apoio à implementação das diretrizes*.

Considerações finais

Diálogo e construção coletiva

- Fortalecimento do diálogo permanente entre Ministério da Saúde, CNE, CNS, MEC, ABEn, associações de ensino, instituições formadoras, conselhos profissionais, gestores, trabalhadores e estudantes.
- Construção compartilhada de estratégias para o aprimoramento da formação em saúde.

Considerações finais

Desafios para o avanço da formação

- ❑ Ampliar a integração ensino-serviço-comunidade.
- ❑ Valorizar e qualificar os cenários de prática.
- ❑ Aperfeiçoar os processos pedagógicos.
- ❑ Fortalecer a educação interprofissional.
- ❑ Orientar a formação pelas necessidades de saúde da população e pelos princípios do SUS.

Considerações finais

Oportunidade estratégica das novas DCNs

- ❑ Consolidar uma formação em enfermagem mais alinhada às necessidades do SUS.
- ❑ Reforçar a qualidade do cuidado e a valorização da enfermagem.
- ❑ Fortalecer o compromisso social da formação profissional.

Considerações finais

Continuamos com o diálogo, a cooperação e a construção conjunta.

Fortalecimento e defesa de uma formação de trabalhadores e trabalhadoras da saúde cada vez mais qualificada, crítica e comprometida com o SUS.

Ouv SUS 136 Ouvidoria-Geral do SUS /minsaude /ministeriodasaude /MinSaudeBR

Saiba mais em gov.br/saude

Obrigado!

André Dias Araujo
Consultor Técnico – CGESC/DEGES/SGTES

E-mail: cgesc@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-3474

SUS 35 ANOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

51ª REUNIÃO DA CRT

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DA ENFERMAGEM: DESTAQUES E IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NO PAÍS

02 de junho de 2026

Célia Alves Rozendo
Diretora Nacional de Educação da ABEn

13° SENADEN

Belém/PA, 2012

Resolução CNS N° 573, de 31 de janeiro de 2028

Parecer CES/CNE N° 064, de 29 de janeiro de 2026

Resolução CNE/CES N° 1,de 15 de maio de 2026

TRAJETÓRIA DAS DCN/ENF

2012 – 13º SENADEn, Belém/PA (2012): Uma década de diretrizes curriculares nacionais conquistas e desafios - sinalização do interesse da categoria para discussão/revisão/atualização das DCN

2017 – Envio da minuta pela ABEn ao CNS ;

2018 – RESOLUÇÃO CNS 573/2018

2021 – CNE encaminha proposta à ABEn, sendo REJEITADA após ampla consulta;

2023 – Mudança de relator, nova minuta encaminhada à ABEn que, mais uma vez, faz ajustes e envia ao CNE (novembro/2023);

TRAJETÓRIA DAS DCN/ENF

2024 – Consulta pública (maio/junho);

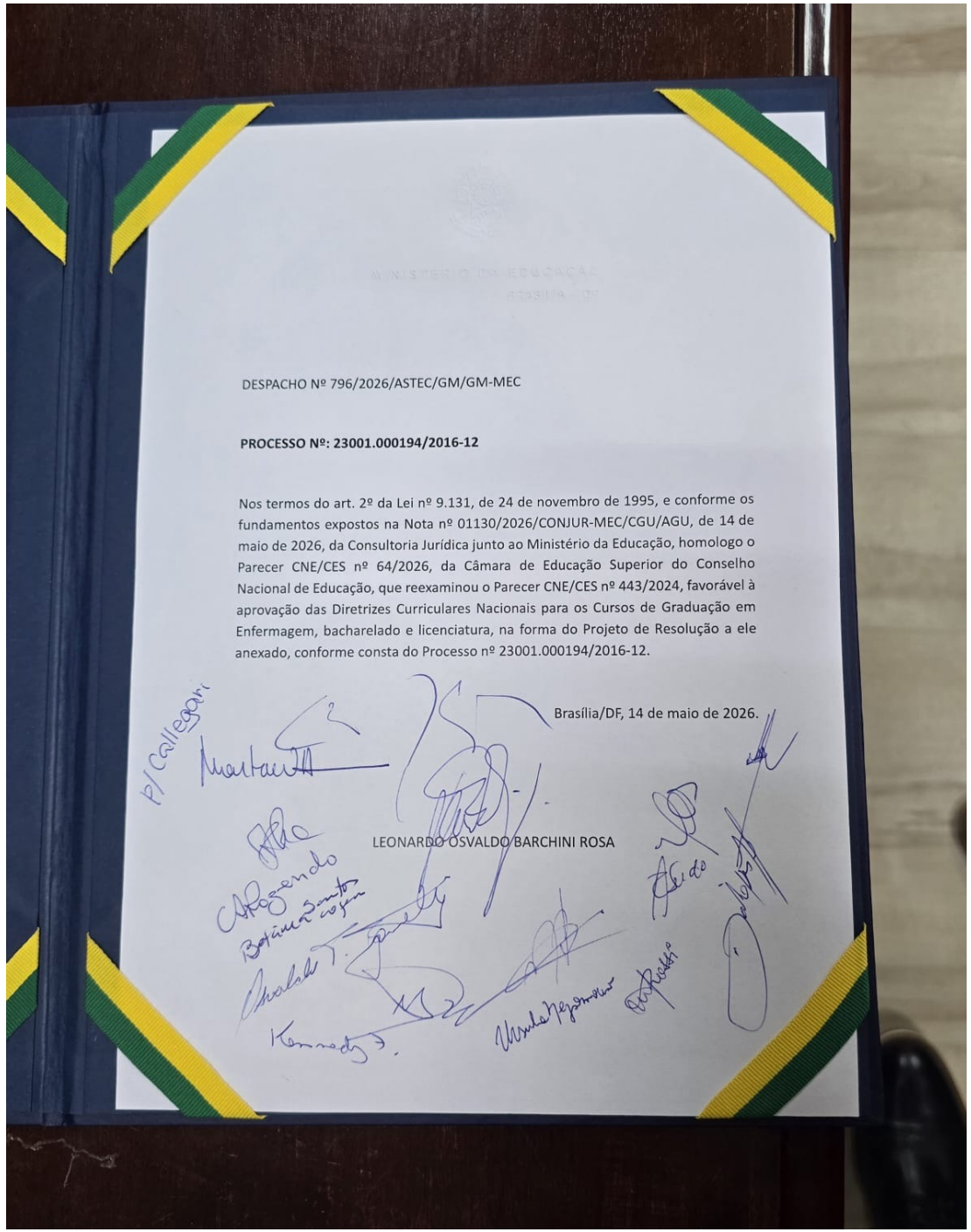
PARECER, CES/CNE Nº 443/2024 DE 03 DE JULHO DE 2024

2025 – Decreto nº 12.456 de 19 de maio de 2025 (Marco regulatório da EaD)

2026 – Reexame do Parecer CES/CNE 443 para ajustes ao Decreto

PARECER CES/CNE Nº 064, de 29 de 29 de janeiro de 2026

HOMOLOGADO EM 14 DE MAIO DE 2026



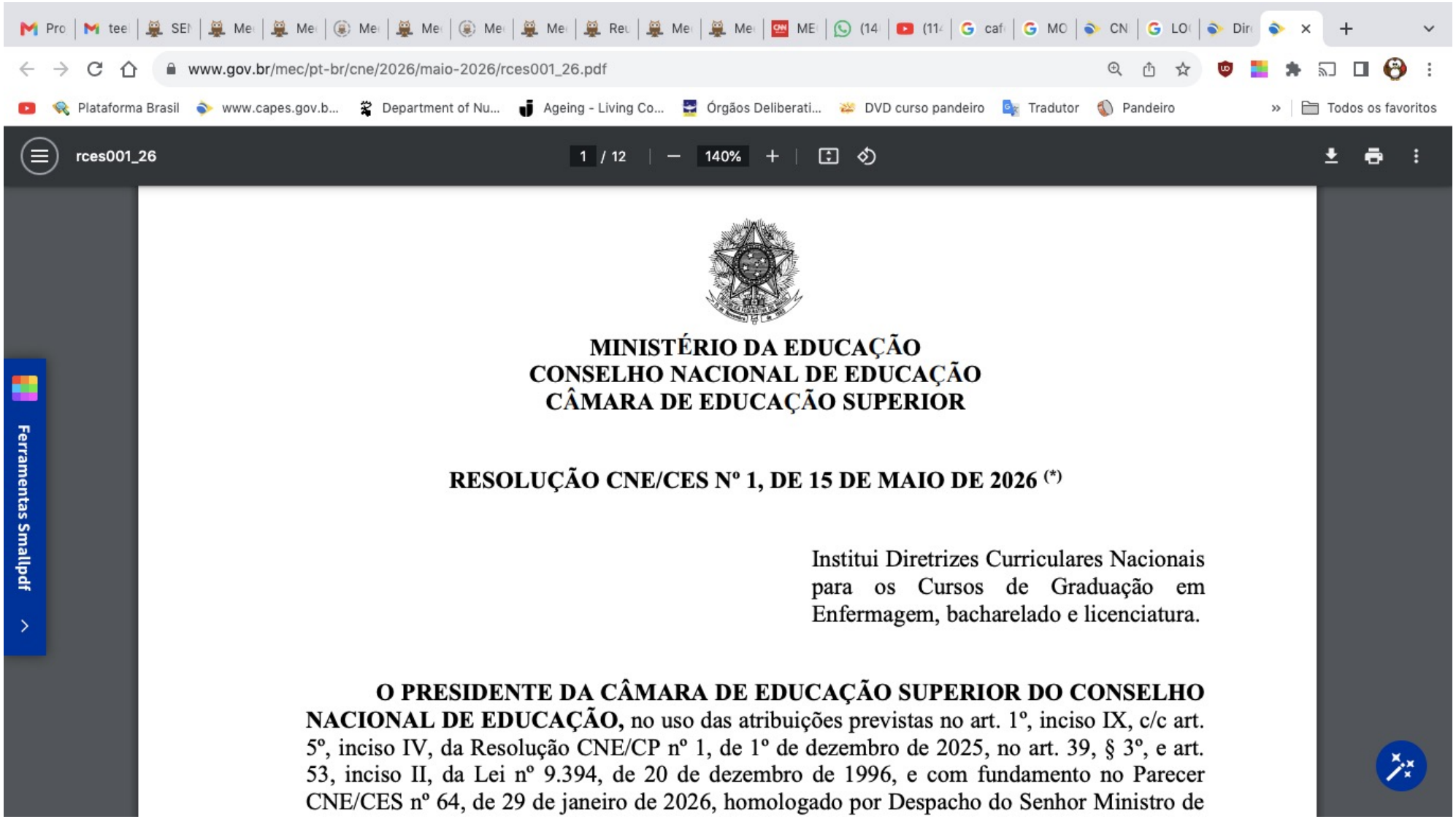
DESPACHO Nº 796/2026/ASTEC/GM/GM-MEC

PROCESSO Nº: 23001.000194/2016-12

Nos termos do art. 2º da Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, e conforme os fundamentos expostos na Nota nº 01130/2026/CONJUR-MEC/CGU/AGU, de 14 de maio de 2026, da Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Educação, homologo o Parecer CNE/CES nº 64/2026, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, que reexaminou o Parecer CNE/CES nº 443/2024, favorável à aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, bacharelado e licenciatura, na forma do Projeto de Resolução a ele anexado, conforme consta do Processo nº 23001.000194/2016-12.

Brasília/DF, 14 de maio de 2026.

LEONARDO OSVALDO BARCHINI ROSA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 1, DE 15 DE MAIO DE 2026 (*)

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, bacharelado e licenciatura.

O PRESIDENTE DA CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, no uso das atribuições previstas no art. 1º, inciso IX, c/c art. 5º, inciso IV, da Resolução CNE/CP nº 1, de 1º de dezembro de 2025, no art. 39, § 3º, e art. 53, inciso II, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e com fundamento no Parecer CNE/CES nº 64, de 29 de janeiro de 2026, homologado por Despacho do Senhor Ministro de

DCN/ENF: FORMAÇÃO EM MOVIMENTO, MOVIMENTO PARA A FORMAÇÃO

AS DCN

- Sofrem influências do contexto social, econômico e político de cada momento histórico;

- Refletem movimentos e lutas por mudanças na educação e na formação de trabalhadoras e trabalhadores;

- Traduzem movimentos e práticas (acadêmicos e políticos) que se articulam e se intercalam, expressando conflitos, interesses e disputas.

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

- **Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, licenciatura e bacharelado, direcionam a constituição do perfil profissional da enfermeira e do enfermeiro, em consonância com as perspectivas e abordagens contemporâneas da educação e do exercício profissional em enfermagem, pautado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.**

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

- Art. 3º O curso de graduação em Enfermagem, bacharelado, terá carga horária mínima de quatro mil horas no formato de oferta presencial e limite mínimo de cinco anos para integralização, atendendo a legislação vigente.

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

Art. 4º Constituem os princípios gerais da formação do Bacharel em Enfermagem:

I- a saúde como direito social do cidadão e dever do Estado;

II- a consideração das políticas públicas no contexto social e sanitário do país e do **Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenador da formação** profissional em saúde, nas esferas pública e privada;

III- a **Enfermagem** como **prática social**;

IV- **o cuidado como finalidade do pro**cesso de trabalho da enfermeira e do enfermeiro;

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

VII- **o respeito a todo tipo de diversidade** e a valorização da pluralidade de culturas, grupos sociais e indivíduos;

VIII- a promoção de **práticas inclusivas e de redução das desigualdades** étnicas, raciais, etárias, de gênero e de classes para superação de qualquer forma de exclusão, preconceito e discriminação;

IX- **a promoção da saúde, da qualidade de vida e do bem viver** por meio da atenção e do cuidado de Enfermagem;

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

Art. 7º A egressa e o egresso do curso de graduação em Enfermagem, bacharelado, terá o perfil profissional generalista, humanista, crítico, reflexivo, ético, político, com senso de responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da democracia e da dignidade humana, tendo o cuidado de Enfermagem como finalidade e com foco nas necessidades sociais e de saúde e na transformação da sociedade.

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

Art. 9º Com vistas a garantir uma **sólida formação** e preparar o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mundo do trabalho e das condições do exercício profissional, o **processo formativo** no curso de Graduação em Enfermagem, bacharelado, **será composto pelas seguintes áreas**, desenvolvidas **de forma integrada**:

I- Cuidado de Enfermagem na atenção à saúde humana;

II- Gestão do Cuidado e dos serviços de Enfermagem e de saúde;

III- Desenvolvimento Profissional em Enfermagem;

IV- Pesquisa em Enfermagem e saúde;

V- Educação em saúde.

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

Art. 18 O Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem, bacharelado, deverá contemplar **atividades de ensino-aprendizagem teóricas e teórico-práticas, de forma integrada, desde o primeiro semestre e ao longo do curso** e incluindo o estágio curricular supervisionado obrigatório.

Teórico-práticas:

- Presencial;
- Cenários diversificados;
- Em laboratórios (biológicas, ciências da saúde, habilidades) e no mundo do trabalho (no mínimo 20% da carga horaria total do curso);

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

Art. 19 O estágio curricular supervisionado obrigatório compreende o período vivenciado presencialmente e integralmente pelo estudante em instituições de saúde durante o qual há a consolidação das competências na **atenção básica, ambulatorial e hospitalar** que lhe permita conhecer as políticas públicas de saúde, a organização do sistema de saúde e do trabalho em equipe interprofissional e multidisciplinar, definidas para cada área de formação do Curso de Graduação em Enfermagem, bacharelado.

- Dois ou três últimos semestres;
- Mínimo de 30% da carga horaria total do curso (50% na APS e 50% atenção hospitalar ou serviços de média complexidade);
- Carga horária cumprida integralmente.

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

Art. 20. As ações de ensino mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação, direcionadas aos cursos de graduação em Enfermagem, bacharelado, devem ser utilizadas como ferramentas pedagógicas de forma crítica, reflexiva e ética, e não podem descaracterizar o formato de oferta presencial, adotado de forma obrigatória nos cursos de Enfermagem, nos termos da legislação vigente.

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

Art. 22. É facultado à Enfermagem ofertar licenciatura, com fundamento na Resolução CNE/CP nº 4, de 29 de maio de 2024, que define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação Inicial em Nível Superior de Profissionais do Magistério da Educação Escolar Básica, na especificidade da modalidade Educação Profissional Técnica de Nível Médio – EPTNM.

DCN/ENF: O QUE HÁ DE NOVO?

Art. 31. Os cursos de graduação em Enfermagem deverão contar com **Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde**, com o objetivo de aprimorar e valorizar o trabalho docente, no que tange às diferentes abordagens pedagógicas, integração dos conteúdos e qualificação do processo formativo.

Art. 32. Os cursos de graduação em Enfermagem que estão em funcionamento deverão **adaptar-se a esta Resolução** no prazo de **dois anos**, a contar da data de sua publicação.

IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NO PAÍS

- Formação comprometida com a saúde da população brasileira, com a democracia e com a construção de uma sociedade solidária, sustentável e socialmente justa;
- Alinhamento com as necessidades sociais e de saúde da população e com os preceitos de uma formação socialmente referenciada, ética e politicamente comprometida com a qualidade;
- SUS como norteador dos processos formativos;
- Formação clínica robusta;
- Articulação teoria-prática;
- Valorização da APS

O importante não é o caminho, mas o caminhar.

(Thiago de Mello)

Trabalho em saúde e transformação digital

Félix Rígoli

A integração das competências digitais e da IA na saúde representa uma mudança fundamental na forma como os serviços são prestados, geridos e vividos tanto pelos pacientes como pelos trabalhadores. Compreender e abordar as implicações destas rápidas mudanças é, portanto, crucial por várias razões.

- Os trabalhadores e trabalhadoras da saúde são o componente crítico dos sistemas de saúde. Garantir que os profissionais de saúde possuam as habilidades de saúde digital, e também de IA necessárias é essencial para a adoção e implementação bem-sucedidas dessas tecnologias. A transição para uma força de trabalho da saúde capacitada digitalmente requer treinamento abrangente e desenvolvimento profissional contínuo para equipar os profissionais de saúde com as habilidades necessárias para aproveitar essas tecnologias de forma eficaz.

- A procura de serviços de saúde está aumentando a nível global devido ao envelhecimento da população, ao aumento da prevalência de doenças crônicas e às expectativas cada vez maiores dos pacientes em relação à qualidade dos cuidados. As tecnologias digitais e a IA oferecem soluções potenciais para esses desafios, aumentando a precisão do diagnóstico, personalizando planos de tratamento, simplificando processos administrativos e possibilitando o monitoramento remoto de pacientes e a telessaúde.

-A entrada das várias tecnologias digitais de saúde, e em especial a telessaúde, revolucionaram os cuidados de saúde, proporcionando um ambiente descentralizado para a prestação de cuidados de saúde, reduzindo o problema de acesso geográfico.

- O uso da IA e das tecnologias digitais na saúde tem implicações significativas para a segurança do paciente, a segurança dos dados e os padrões éticos. Os sistemas de IA, por exemplo, devem ser projetados para garantir precisão, transparência e responsabilidade. Os profissionais de saúde devem ser capazes de avaliar e interpretar criticamente as recomendações e os dados gerados pelas tecnologias digitais para tomar decisões clínicas informadas.

- Além disso, o uso ético dos dados dos pacientes em aplicativos e bases de dados requer de governança pública de dados e cumprimento das leis e normas de proteção dos dados dos pacientes e usuários.

Se bem é um fenómeno recente, com o uso extenso motivado pela pandemia já aparecem na literatura evidências do impacto transformador das tecnologias digitais e da IA na saúde. Um estudo recente de Borges do Nascimento et al (2023) explorou o potencial das ferramentas digitais de saúde para melhorar a prestação de serviços de saúde e o desempenho dos sistemas de saúde. O relatório descreve vários estudos de caso em que as tecnologias digitais foram adotadas com sucesso para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Por exemplo, os aplicativos de saúde móvel têm sido usados para fornecer consultas remotas, educação do paciente e suporte ao gerenciamento de doenças, particularmente em ambientes com poucos recursos.

Além dos benefícios da integração da IA à saúde, estudos exploraram as opiniões das principais partes interessadas sobre os desafios dessa integração. Almyranti et al. (2024) realizaram uma pesquisa global para avaliar as perspectivas dos grupos profissionais sobre a IA na saúde. Os diferentes profissionais consultados reconheceram o potencial da IA para aumentar a produtividade e aliviar a escassez de mão de obra, mas também reconheceram que seu valor depende da confiança, da ética, das habilidades e da infraestrutura.

A pandemia da COVID-19 acelerou a adoção de tecnologias digitais de saúde, demonstrando seu papel crítico no gerenciamento e na resposta a crises de saúde pública. A telessaúde em particular, registrou um aumento dramático na sua utilização, permitindo aos prestadores de cuidados de saúde prestar cuidados à distância e em segurança (OECD, 2023).

Devido à rápida criação e implementação dessas intervenções, vários estudos e revisões sistemáticas avaliaram o efeito das tecnologias digitais no desempenho e na segurança dos profissionais de saúde, bem como a utilidade percebida das mesmas. No entanto, mesmo entre as análises baseadas em evidências, essas revisões mostram eficácia inconsistente ou benefícios relacionados à satisfação dos profissionais e seu papel, na utilização e crítica das novas tecnologias.

Em relação à formação de profissionais de saúde, a integração da inteligência artificial (IA) na formação médica está avançando mais rapidamente do que os marcos educacionais concebidos para regulá-la. Esta perspectiva identifica um risco que tem recebido atenção insuficiente: o de que os estagiários que dependem da IA durante os primeiros anos de formação clínica possam deixar de desenvolver as habilidades fundamentais de raciocínio que uma prática segura e independente exige. Nos referimos a isso como “never-skilling”, distinguindo-o da

“deskilling” em clínicos experientes e da “mis-skilling”, em que a aceitação acrítica de erros de IA leva os estudantes a internalizar conhecimento clínico falho como fato. Embora não haja evidências diretas da formação em saúde, a preocupação se baseia em teorias de aprendizagem consolidadas e é apoiada por sinais empíricos iniciais de contextos não clínicos. A IA não é inerentemente prejudicial à aprendizagem; seu impacto educacional depende de como e quando é introduzida.

Por outra parte, a formação de profissionais de saúde, como um campo de investimentos de fundos de investimento, traduz-se em compras e vendas de universidades, especialmente aquelas que desenvolvem atividades de formação médica, dentro de portfólios de outros tipos de investimento. A linha geral de maximização de lucros é a minimização de utilização de professores (que são uberizados, por demanda) e a criação permanente de atividades online padronizadas que podem ser transferidas entre diferentes unidades de negócios do holding educativo.

O trabalho em saúde "uberizado" por aplicativos, também chamada "Gig economy" economía de bicos, ganha cada vez mais importância em muitos países. Infelizmente temos pouca pesquisa no Brasil sobre como esse fenômeno se expressa, mas com certeza tem uma extensão muito grande em mercados segmentados, de especialistas e outros. Um estudo de Katie Wells de 2024 descreve o funcionamento de três aplicativos de que fragmentam o trabalho de enfermagem nos diferentes hospitais, mostrando também como esses aplicativos dão escores de "necessidade" às enfermeiras para aplicar diferenciais de pagamento (a mais necessidade, menos pagamento)!!

Delgado-Orrillo et al (2025) pesquisaram os impactos no trabalho em saúde em gestores das cinco macrorregiões brasileiras. O estudo identifica, como é habitual, que existem grandes

potencialidades, mas também perigos e condicionantes para que essas potencialidades sejam uma realidade. Como potencialidades da incorporação tecnológica, verificam-se a ampliação do acesso, a qualificação do processo de trabalho e o monitoramento e a avaliação dos indicadores epidemiológicos. Os desafios dizem respeito ao lobby do setor privado, deficiências estruturais dos serviços de saúde, escassez de profissionais da área de tecnologia no SUS e na formação dos trabalhadores. A principal conclusão do estudo é que a absorção digital na saúde precisa ser associada aos princípios do SUS, valorização do trabalho e formação em saúde e defesa dos direitos dos usuários.

Dos Santos et al (2025) analisaram o impacto da introdução de tecnologia digital no trabalho da atenção primária e, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Bahia. O estudo considera a irreversibilidade da absorção tecnológica digital nas práticas das ACS influenciando seu processo de trabalho com avanços em torno da garantia do acesso à saúde, mas podendo ser, também, um novo elemento de iniquidade em saúde a depender da população territorial atendida. A revolução tecnológica 4.0 reveste a profissão ACS de uma nova morfologia de precarização que precisa ser enfrentada pela decisão política de garantia financeira, logística e de educação permanente destas trabalhadoras em saúde em torno não apenas de equipamentos digitais com qualidade e eficiência, mas de uma nova competência tecnológica crítica, emancipatória e culturalmente sensível.

Finalmente, recomendamos duas edições especiais das revistas Saúde em Debate e Revista de Direito sanitário podem ser visitadas para encontrar múltiplos enfoques e aspectos particulares.

Edições especiais recentes

Saúde em Debate: v. 49 n. especial 1 ago (2025): Tecnologias para a transformação digital do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/78

Revista de Direito Sanitário v. 25 n. 1 (2025): Edição especial - Direito da saúde digital: oportunidades e desafios regulatórios no Brasil. Disponível em: https://revistas.usp.br/rdisan

Referências

ALMYRANTI, M. et al. (2024), "Artificial Intelligence and the health workforce: Perspectives from medical associations on AI in health", *OECD Artificial Intelligence Papers*, No. 28, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9a31d8af-en. Disponível em https://www.oecd.org/en/publications/artificial-intelligence-and-the-health-workforce_9a31d8af-en.html

DELGADO ORRILLO YA, DOS SANTOS RC, BARBOSA DANTAS ES, RIGOLI CACERES FH. Percepção de gestores públicos de saúde sobre a transformação digital do SUS: estudo de caso. Saúde debate [Internet]. 12º de novembro de 2025 ;49(especial 1 ago). Disponível em: https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/992

DOS SANTOS RC, RIBEIRO LF, AMADO CF, GURGEL A do M, VIEIRA DE VIEIRA LCN, DE DEUS E MÉLLO LMB, et al. Agentes Comunitárias de Saúde e o uso da saúde digital: transformações de um trabalho vivo. Saúde debate [Internet]. 25º de agosto de 2025 49(146 jul-set). Disponível em: https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9891

BORGES DO NASCIMENTO, I. et al. (2023), "The global effect of digital health technologies on health workers' competencies and health workplace: an umbrella review of systematic

reviews and lexical-based and sentence-based meta-analysis", The Lancet Digital Health, Vol. 5/8, pp. e534-e544, https://doi.org/10.1016/s2589-7500(23)00092-4.

OECD (2024), "AI in Health: Huge potential, huge risks", OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/2f709270-en Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/ai-in-health_2f709270-en.html

ROOSVELT INSTITUTE (2024) Uber for Nursing: How an AI-Powered Gig Model Is Threatening Health Care. Katie J. Wells, Funda Ustek Spilda. https://rooseveltinstitute.org/publications/uber-for-nursing/



O AVANÇO DA PEJOTIZAÇÃO NO BRASIL

Gláucio Roberto Santana de Jesus

Fisioterapeuta
Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho – UFBA
Especialista em Fisioterapia do Trabalho – RQE: 1080260424
Conselheiro do COFFITO
glaucio.roberto@coffito.gov.br / (71) 988295942

Junho 2026

Evolução da Pejotização no Brasil

Da exceção à expansão sistêmica – Lei nº 13.467/2017

ANTES DE 2017

Fenômeno Pontual

- Restrito a executivos e consultorias
- Resistência jurisprudencial consolidada
- Impacto limitado nas categorias profissionais



APÓS A REFORMA

Expansão Generalizada

- Todas as categorias afetadas
- Crescimento expressivo na saúde
- Ampliação da terceirização
- Fragilização dos vínculos tradicionais



2025–2026

Momento Crítico

- Preocupação crescente de sindicatos e universidades
- Órgãos de fiscalização em alerta
- STF reconhece repercussão geral — Tema 1389



O Paradoxo da Reforma de 2017

Promessa vs. Realidade

A PROMESSA

Mais empregos
Expansão do mercado formal de trabalho

Mais liberdade contratual
Autonomia nas relações profissionais

Mais eficiência econômica
Redução de custos e burocracia

A REALIDADE

Crescimento da informalização
Aumento do trabalho sem carteira assinada

Precarização dos vínculos
Novas formas de contratação com menos direitos

Transferência dos riscos ao trabalhador
Custos e incertezas assumidos pelo empregado

Redução da proteção social
Diminuição do acesso a benefícios e seguridade

Fragilização da negociação coletiva
Enfraquecimento dos sindicatos e acordos coletivos

> É possível falar em liberdade contratual quando o trabalhador aceita a pejotização porque não possui alternativa real de inserção no mercado?

Definição e Prática da Pejotização

Pessoa física trabalhando como pessoa jurídica — com vínculos reais, sem direitos reais.

O QUE É



- Prestação de serviços via PJ
- Terceirização / Quarteirização
- Autônomo / Sem Vínculo

NA PRÁTICA



- Escalas fixas
- Subordinação direta
- Pessoalidade
- Habitualidade
- Dependência econômica

SEM DIREITOS



- ✕ FGTS e 13º Salário
- ✕ Férias + 1/3 Constitucional
- ✕ Previdência Social
- ✕ Insalubridade / Periculosidade
- ✕ Seguro-desemprego
- ✕ Plano de Saúde / Seguro de Vida

“Vínculo real. Proteção inexistente.”

Identidade e Proteção do Profissional

Trabalhador ou Empresa? Quem protege o profissional pejotizado?

Os profissionais pejotizados são Empregados ou Empresas?

E quem, de fato, cuida e protege eles?



Ministério Público do Trabalho

Combate às fraudes trabalhistas?



Justiça do Trabalho

Reconhecimento do vínculo real?



Conselhos Profissionais

Proteção ética e regulatória?



Sindicatos

Representação e negociação coletiva?

As Singularidades do Trabalho em Saúde

O trabalho em saúde exige mais do que competência técnica — exige resistência humana.



Sofrimento Humano

Exposição permanente ao sofrimento do paciente



Decisões Críticas

Tomada de decisões de alto impacto sob pressão



Carga Múltipla

Trabalho físico, intelectual e técnico simultâneos



Risco Biológico e Químico

Exposição constante a agentes nocivos



Trabalho Ininterrupto

Jornadas de 24h - escalas especiais



Sobrecarga Emocional

Desgaste psíquico acumulado ao longo da carreira

Diretrizes da OIT: Recomendação 198

Organização Internacional do Trabalho

RECOMENDAÇÃO Nº 198 — OIT

Os Estados-Membros devem adotar medidas para combater:

- **Relações de emprego disfarçadas**
  Quando o vínculo real de subordinação é ocultado por contratos formalmente distintos.
- **Contratos utilizados para ocultar vínculos reais**
  Instrumentos jurídicos usados para negar direitos trabalhistas ao trabalhador dependente.
- **Mecanismos que fragilizem a proteção social**
  Arranjos que reduzem cobertura previdenciária, sindical e de saúde do trabalhador.



Adotada em 2006 — Genebra

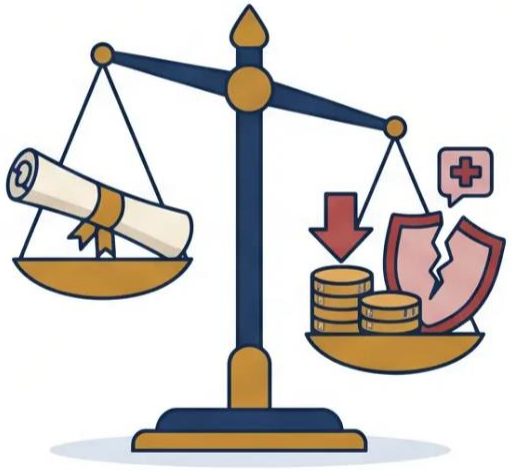
O Mito da Hipersuficiência

Art. 444 da CLT — Quem realmente se enquadra?

PARA SER HIPERSUFICIENTE

- ✓ **Diploma de nível superior**
  Diploma de nível superior
- ✓ **Remuneração ≥ R$ 16.951,10**
  (dois vezes o teto previdenciário)

**Ambos os requisitos devem ser cumpridos simultaneamente.*



A REALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Múltiplos vínculos para complementar renda
- Aceite forçado da pejotização por falta de alternativas
- Dependência econômica do contratante

HIPOSSUFICIENTES!

"Diploma não elimina vulnerabilidade econômica."

Impactos na Saúde Mental do Trabalhador

Trabalho precário como fator de risco psicossocial

- **Burnout – Esgotamento total de energia e motivação**
- **Ansiedade – Estado de tensão e apreensão crônicos**
- **Depressão – Comprometimento do humor e da função**
- **Sofrimento Psíquico – Conflito interno gerado pela precariedade**
- **Transtornos Mentais Comuns – Insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração**
- **Exaustão Emocional – Incapacidade de recuperação entre jornadas**



A precarização também adoece o trabalhador.

Consequências para a Assistência à Saúde

A pejotização compromete equipes, serviços e pacientes.



Equipes Instáveis

Ciclos contínuos de “demissão” e “admissão” fragmentam o trabalho em equipe e a continuidade do cuidado.



Menor Comprometimento Institucional

Profissionais sem vínculo estável têm menor engajamento com os objetivos e valores da instituição.



Menor Investimento em Capacitação

Instituições reduzem treinamentos para trabalhadores temporários, ampliando lacunas técnicas.



Fragilização do Autocuidado

A insegurança laboral prejudica o bem-estar do profissional, com impacto direto na qualidade da assistência.

A instabilidade do trabalhador se torna instabilidade para o paciente.

Repercussões Econômicas e Sociais

A pejotização fragiliza estruturas econômicas e sociais construídas ao longo de décadas.



Redução da Arrecadação

Contribuições previdenciárias deixam de ser recolhidas, comprometendo o financiamento do sistema público de aposentadorias e benefícios.



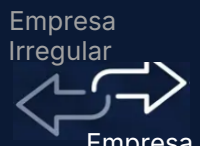
Fragilização da Seguridade Social

A base de sustentação dos direitos sociais é corroída, ampliando a vulnerabilidade de milhões de trabalhadores.



Aumento da Vulnerabilidade

Trabalhadores pejotizados assumem riscos financeiros sem rede de proteção, aprofundando desigualdades estruturais.



DUMPING EMPRESARIAL

Empresas que pejotizam reduzem custos trabalhistas de forma artificial, criando concorrência desleal contra aquelas que cumprem a legislação.

O Custo Social Invisível

O que parece economia para o contratante é, na verdade, uma transferência de custos para toda a sociedade.

Posicionamento do Ministério Público do Trabalho

Alertas institucionais e riscos sistêmicos identificados pelo MPT.

O MPT TEM ALERTADO PARA

- **Fraudes Trabalhistas —**
  Contratos que mascaram vínculos empregatícios reais
- **Relações de Emprego Disfarçadas —**
  Uso da PJ para encobrir subordinação e dependência
- **Precarização das Relações de Trabalho —**
  Erosão sistemática das proteções conquistadas
- **Riscos para Serviços Essenciais —**
  Impacto direto na qualidade e continuidade do cuidado



O QUE ESTÁ EM RISCO

- **A saúde do trabalhador**
- **A qualidade da assistência prestada**
- **A segurança do paciente**
- **A Previdência Social**
- **O trabalho decente**
- **A dignidade humana**

“Não existe trabalho digno quando quem salva vidas precisa renunciar aos próprios direitos para trabalhar.”

Gláucio Roberto Santana de Jesus — COFFITO

Obrigado!



CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE – CRTS

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROPOSTA DE MOÇÃO DE PREOCUPAÇÃO E RECOMENDAÇÃO ACERCA DA EXPANSÃO DA PEJOTIZAÇÃO NAS RELAÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

Destinatário: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Tribunal Superior do Trabalho (TST).

MINUTA

A CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE (CRTS), vinculada à SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES), por meio do DEPARTAMENTO DE GESTÃO E DA REGULAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE (DEGERTS). instância de assessoramento e formulação de diretrizes voltadas à organização e qualificação das relações de trabalho no âmbito do sistema de saúde brasileiro, no exercício de suas atribuições institucionais e considerando os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, do valor social do trabalho, da proteção ao trabalhador e do direito fundamental à saúde, vem apresentar a presente MOÇÃO DE PREOCUPAÇÃO E RECOMENDAÇÃO acerca do crescente avanço da pejotização nas relações de trabalho dos profissionais da saúde.

A presente manifestação decorre da crescente preocupação desta CRTS com o processo de precarização dos vínculos laborais observado em diversos segmentos da assistência à saúde, especialmente mediante a substituição sistemática de vínculos empregatícios protegidos por contratos formalmente constituídos sob a forma de pessoa jurídica (PJ), ainda que presentes elementos que caracterizam notória relação de emprego.

O fenômeno da “pejotização”, ultrapassa a mera discussão contratual ou tributária. Trata-se de questão estrutural que impacta diretamente a proteção social do trabalhador, a sustentabilidade do sistema previdenciário, a organização do trabalho em saúde, a qualidade da assistência prestada à população e a própria concretização do princípio constitucional da solidariedade e da dignidade humana.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o trabalho como fundamento da República Federativa do Brasil, conferindo-lhe status de valor social essencial à construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Não por acaso, os direitos trabalhistas foram inseridos no rol dos direitos fundamentais, reconhecendo-se que o trabalho não pode ser reduzido à mercadoria e submetido à lógica econômica.

Entretanto, o crescimento exponencial de formas contratuais que fragilizam a proteção trabalhista tem produzido um cenário de insegurança jurídica, vulnerabilidade social e adoecimento crescente da força de trabalho, especialmente entre profissionais da saúde que exercem atividades indispensáveis à preservação da vida.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), por meio da Recomendação nº 198 sobre a Relação de Emprego, alerta expressamente para a necessidade de os Estados adotarem medidas destinadas a impedir a dissimulação das relações de trabalho e a utilização de mecanismos que tenham por finalidade afastar ou reduzir a proteção legal assegurada aos trabalhadores. A própria OIT reconhece que relações de emprego disfarçadas constituem formas de enfraquecimento dos direitos, precarização e de evasão das responsabilidades decorrentes da legislação trabalhista.

Igualmente, a Agenda do Trabalho Decente da OIT, cujo compromisso foi firmado pelo Brasil desde junho de 2003, estabelece como pilares fundamentais a garantia dos direitos no trabalho, a proteção social, a promoção do emprego digno e o fortalecimento do diálogo social. A expansão indiscriminada da pejotização representa evidente tensionamento desses pilares, uma vez que promove a substituição de vínculos protegidos por relações marcadas pela instabilidade, pela transferência integral dos riscos econômicos ao trabalhador e pela fragilização da representação coletiva.

No âmbito da saúde coletiva e da saúde do trabalhador, os impactos revelam-se ainda mais preocupantes. São trabalhadores expostos cotidianamente ao sofrimento humano, à dor, ao adoecimento grave, às situações de urgência e emergência, às limitações estruturais dos serviços e, não raramente, ao contato permanente com a morte.

A literatura científica nacional e internacional tem demonstrado que a precarização das relações de trabalho está associada ao aumento dos níveis de sofrimento psíquico, insegurança ocupacional, esgotamento emocional, transtornos mentais relacionados ao trabalho, síndrome de burnout, ansiedade e depressão. Estudos recentes apontam que a instabilidade dos vínculos laborais, a perda de direitos e a intensificação das exigências produtivas configuram importantes fatores de risco para o adoecimento físico e mental dos trabalhadores.

A legislação trabalhista brasileira, ao instituir a figura do empregado hipersuficiente por meio do parágrafo único do art. 444 da Consolidação das Leis do Trabalho, estabeleceu critérios objetivos para o reconhecimento dessa condição jurídica, exigindo simultaneamente, não só o grau universitário, mas uma remuneração mensal igual ou superior a duas vezes o limite máximo da Previdência Social (R$16.951,10). Portanto, todos os trabalhadores que tenham uma remuneração inferior, mesmo com diplomação universitária, são considerados hipossuficientes e apresentam, por consequência, uma relação desigual para negociar condições mínimas de trabalho. A citar:

> ***Art. 444*** *- As relações contratuais de trabalho podem ser objeto de livre estipulação das partes interessadas em tudo quanto não contravenha às disposições de proteção ao trabalho, aos contratos coletivos que lhes sejam aplicáveis e às decisões das autoridades competentes.*

MINUTA

> ***Parágrafo único.*** *A livre estipulação a que se refere o caput deste artigo aplica-se às hipóteses previstas no art. 611-A desta Consolidação, com a mesma eficácia legal e preponderância sobre os instrumentos coletivos, no caso de empregado portador de diploma de nível superior e que perceba salário mensal igual ou superior a duas vezes o limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social. (CLT, atualizado pela Lei nº 13.467, de 2017)*

Não se pode ignorar que a maioria dos trabalhadores da saúde não ganham o teto salarial supramencionado, e estão submetidos à insegurança permanente quanto à sua subsistência, desprovidos de garantias mínimas de proteção social, férias, descanso remunerado, estabilidade previdenciária e cobertura adequada diante de acidentes ou adoecimentos ocupacionais encontram-se mais vulneráveis ao desgaste físico, emocional e cognitivo decorrente do exercício profissional.

A pejotização reduz contribuições previdenciárias, enfraquece a arrecadação destinada à seguridade social e desloca os riscos da atividade econômica para o trabalhador, contribui para o aumento da desigualdade social e para a fragilização dos mecanismos de proteção coletiva construídos, inclusive pelo princípio da solidariedade previsto no art. 3, inciso I de nossa constituição Federal de 1988.

Além disso, promove ambiente de concorrência assimétrica entre instituições que cumprem integralmente a legislação trabalhista e aquelas que reduzem custos mediante a supressão indireta de direitos fundamentais dos trabalhadores, caracterizando *dumping* empresarial.

O desenvolvimento econômico de nossa nação, não pode ser construído pela substituição de direitos por vulnerabilidades, tampouco pela transformação de trabalhadores em empresas fictícias que assumem, isoladamente, todos os riscos da atividade produtiva enquanto permanecem submetidos às mesmas exigências de subordinação, produtividade e disponibilidade impostas aos empregados formais.

Diante do exposto, a CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE – CRTS manifesta sua profunda preocupação com a expansão dos processos de pejotização no setor saúde e RECOMENDA ao Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério Público do Trabalho e Tribunal Superior do Trabalho:

I – O fortalecimento das ações de fiscalização voltadas à identificação de relações de emprego disfarçadas sob contratos via PJ;

II – A ampliação das estratégias de monitoramento das condições de trabalho dos profissionais da saúde, especialmente aqueles dentro do Sistema Único de Saúde (SUS);

III – A promoção de ações interinstitucionais voltadas à proteção do trabalho decente no setor saúde, em consonância com as diretrizes da Organização Internacional do Trabalho;

IV – O fortalecimento das políticas públicas destinadas à valorização profissional, à proteção social e à extinção de contratações na

MINUTA

modalidade PJ, especialmente no âmbito do SUS, entre profissionais considerados hipossuficientes de acordo com o art. 444 da CLT.

V – Que possam unir estratégias a subsidiar argumentações sobre o tema 1389 presente no Supremo Tribunal Federal (STF).

Por fim, esta Câmara reafirma que a defesa da saúde dos trabalhadores da saúde constitui requisito indispensável para a proteção da própria sociedade brasileira, uma vez que não é possível assegurar assistência segura, humanizada e de qualidade quando aqueles que cuidam da vida encontram-se submetidos à instabilidade, à insegurança e à precarização de suas próprias condições de trabalho.

Cuidar de quem cuida não representa apenas uma obrigação institucional do Estado brasileiro. Trata-se de compromisso ético, constitucional e civilizatório com a dignidade humana, com a saúde coletiva e com a preservação dos valores fundamentais do trabalho.

MINUTA

GT SOBRE DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE

CRTS Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

Reuniões

30/03/2026

- CFN
- CFP
- CFBio
- CFBM
- CFO
- CFFa
- COFFITO

11/05/2026

- CONFEF
- COFFITO
- CFBM
- CFO
- CFFa
- CFESS
- MNNP-SUS

Estado de homologação das DCN

Homologadas:

- 2021 – DCN Odontologia;
- 2022 – DCN Saúde Coletiva;
- 2023 – DCN Psicologia;
- 2025 – DCN Medicina;
- 2025 – DCN Nutrição;
- 2026 – DCN Enfermagem.

Em trâmite:

- 2021 – DCN Fonoaudiologia;
- 2022 – DCN Fisioterapia;
- 2023 – DCN Terapia Ocupacional.

Comparativo
DCN Nutrição – DCN Fonoaudiologia

Nutrição

Parecer CNE/CES nº 444/2024:

- homologado

Fonoaudiologia:

Parecer CNE/CES nº 445/2024:

- Retornado ao CNE para adequação

MEC – Grupo de Trabalho
Propostas pedagógicas

PORTARIA MEC Nº 325, DE 15 DE ABRIL DE 2026

- Institui o Grupo de Trabalho com o objetivo de debater e estudar **propostas pedagógicas de cursos de graduação das áreas de saúde e bem-estar e de veterinária**, com vistas a subsidiar decisões sobre seus formatos de oferta.

MEC – Grupo de Trabalho
Propostas pedagógicas

PORTARIA MEC Nº 325, DE 15 DE ABRIL DE 2026

I - Secretaria-Executiva do Ministério da Educação - SE/MEC;

II - Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - SESu/MEC;

III - Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação - Seres/MEC;

IV - Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação - Setec/MEC;

V - Conselho Nacional de Educação - CNE;

VI - Ministério da Saúde - MS;

MEC – Grupo de Trabalho
Propostas pedagógicas

PORTARIA MEC Nº 325, DE 15 DE ABRIL DE 2026

VII - Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior - Abmes;

VIII - Associação Brasileira das Instituições Comunitárias de Educação Superior - Abruc;

IX - Associação Nacional de Educação Católica do Brasil - Anec;

X - Associação Nacional das Universidades Particulares - Anup;

XI - Sindicato das Entidades Mantenedoras de Estabelecimentos de Ensino Superior - Semesp

MEC – Grupo de Trabalho
Propostas pedagógicas

PORTARIA MEC Nº 325, DE 15 DE ABRIL DE 2026

XII - Conselho Federal de Biologia - CFBio;

XIII - Conselho Federal de Biomedicina - CFBM;

XIV - Conselho Federal de Educação Física - Confef;

XV - Conselho Federal de Farmácia - CFF;

XVI - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Coffito;

XVII - Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa;

XVIII - Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV;

XIX - Conselho Federal de Nutrição - CFN;

XX - Conselho Federal de Serviço Social - Cfess; e

XXI - Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia - Conter.

MEC – Grupo de Trabalho
Propostas pedagógicas

PORTARIA MEC Nº 478, DE 26 DE MAIO DE 2026

XXII - Conselho Federal de Odontologia - CFO;

XXIII - Associação Brasileira de Educação a Distância - Abed;

XXIV - Associação de Mantenedores Independentes Educadores do Ensino Superior - Amies;

XXV - Associação Nacional dos Centros Universitários - Anaceu;

XXVI - Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Ensino - Confenen;

XXVII - Sindicato das Entidades Mantenedoras dos Estabelecimentos de Ensino Superior no Estado do Rio de Janeiro - Semerj; e

XXVIII - Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior - Andifes.

MEC – Grupo de Trabalho
Propostas pedagógicas

PORTARIA MEC Nº 478, DE 26 DE MAIO DE 2026

XXII - Conselho Federal de Odontologia - CFO;

XXIII - Associação Brasileira de Educação a Distância - Abed;

XXIV - Associação de Mantenedores Independentes Educadores do Ensino Superior - Amies;

XXV - Associação Nacional dos Centros Universitários - Anaceu;

XXVI - Confederação Nacional dos Estabelecimentos de Ensino - Confenen;

XXVII - Sindicato das Entidades Mantenedoras dos Estabelecimentos de Ensino Superior no Estado do Rio de Janeiro - Semerj; e

XXVIII - Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior - Andifes.

Moções junto ao Conselho Nacional de Educação

Marcada reunião com Câmara de Educação Superior sobre o estado de tramitação das DCN de Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.

08/06 com: DEGERTS, DEGES, COFFITO , CFFa

Ouv SUS 136 Ouvidoria-Geral do SUS
/minsaude
/ministeriodasaude
/MinSaudeBR
Saiba mais em gov.br/saude

Obrigado

CRTS Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

SUS 35 ANOS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

Ata do Grupo de Trabalho de Estética
Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)

Aos 01/04/2026, com início às 14 horas, realizou-se a **9ª reunião on-line do Grupo de Trabalho sobre Estética e Responsabilidade Profissional, da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)** no âmbito do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Ministério da Saúde (DEGERTS/ SGTES/ MS).
A reunião foi conduzida por Paulo Mayall Guilayn, Coordenador-Geral substituto de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde (CGERTS/DEGERTS/MS).

Estiveram presentes os seguintes **membros**:

- Alceu Pimentel (Conselho Federal de Medicina – CFM);
- Alice Alves de Souza (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa);
- Jaqueline Rocha Borges dos Santos (SCTIE);
- Renato Minozzo (Conselho Federal de Biomedicina – CFBM);
- Daniel Vaz (Conselho Federal de Fonoaudiologia– CFFa);
- Fernando César Santos (Conselho Federal de Biologia – CFBio);
- Etel Matielo (Coordenadora-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde - CGERTS/DEGERTS/MS).

Enquanto **Convidados/ Ouvintes** estiveram presentes:

- Daniele Bernardi (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO);
- Yáscara Borges (Conselho Federal de Medicina – CFM)
- Roselaine Muner (Conselho Federal de Enfermagem – Cofen);
- Simone Rossetto (Conselho Federal de Biomedicina – CFBM);
- Luciana Conde Toledo (Conselho Federal de Biologia CFBio);
- Marcelo Prado (Conselho Federal de Medicina – CFM).

Enquanto membros da equipe da Secretaria Executiva da CRTS estiveram presentes:

- Ana Elisa De Carli Blackman (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde – CGERTS/DEGERTS/MS);
- Osvaldo Martins de Moraes Filho (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde – CGERTS/DEGERTS/MS);
- Maria Carmen Dantas (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde –CGERTS/DEGERTS/MS);
- Luiz Henrique de Oliveira Carvalho (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde – CGERTS/DEGERTS/MS);

De posse da palavra o Sr. Paulo Mayall Guilayn, abordou a **pauta**: documentação dos conselhos para comprovação de especialidades em caso de inspeção sanitária; a) gestão de risco e responsabilidade por procedimento, começando com o caso de toxina botulínica e intradermoterapia; e b) responsabilidade técnica (RT) nos estabelecimentos.

Documentação dos conselhos para comprovação de especialidades em caso de inspeção sanitária;

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) abriu a reunião informando que a minuta do decreto do esteticista segue em análise na CONJUR e que novas negociações devem começar a partir de abril. Apresentou como pautas a documentação dos conselhos para comprovação de especialidades em inspeções sanitárias, a gestão de risco e responsabilidade por procedimentos (como botox e intradermoterapia) e a responsabilidade técnica dos estabelecimentos, sugerindo iniciar pela questão da documentação. Relembrou documento da Vigilância Sanitária do Paraná apresentado anteriormente, com informações de conselhos profissionais sobre habilitação para procedimentos estéticos, e destacou que, embora a estética não seja prioridade do Ministério da Saúde, trata-se de tema de saúde pública que exige discussão, bem como esclarecimentos à Anvisa sobre procedimentos, formações e documentações necessárias. Assim, solicitou aos CFs o envio oficial ao GT, para encaminhamento à Anvisa, de relatório contendo a relação de procedimentos realizados pelos profissionais, as resoluções que os autorizam e os documentos que comprovam a habilitação (como RQE ou certificações). Destacou que essas informações podem constar na carteira profissional ou em registros online e que servirão para orientar as vigilâncias sanitárias estaduais.

Fernando Santos (CFBio) questionou se o e-mail enviado no ano anterior, contendo documentos relacionados ao tema, atende à solicitação atual ou se há necessidade de encaminhar informações adicionais.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) confirmou o envio mencionado. Questionou se, no e-mail, foi destacado se a habilitação para os procedimentos consta na carteira profissional.

Fernando Santos (CFBio) afirmou que já havia encaminhado os documentos solicitados, indicando quais seriam exigidos pela vigilância sanitária e especificando os emitidos pelo conselho, incluindo a diferenciação entre TRT e RT. Destacou, porém, dúvida se se trata exatamente do mesmo assunto, mas acredita que já respondeu à demanda.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) esclareceu que não se trata do mesmo assunto e informou que a responsabilidade técnica será discutida posteriormente.

Fernando Santos (CFBio) esclareceu que tratou dos temas no mesmo e-mail, diferenciando TRT e RT na Biologia, e destacou que abordou especificamente a anotação de responsabilidade técnica.

Alceu Pimentel (CFM) solicitou que as falas da medicina constem nos resumos, destacando a necessidade de registro claro da posição da área da Medicina nas reuniões deste GT. Em seguida, apontou divergências quanto à realização de procedimentos estéticos por outros profissionais, mencionando que o tema é público e envolve demandas judiciais em andamento. Manifestou entendimento de que as resoluções e normas que autorizam procedimentos estão sendo questionadas pela medicina, por suposta ausência de respaldo legal. Criticou o encaminhamento deste GT no sentido de solicitar tais resoluções e habilitações e apontou a ausência de indicação de consulta ao jurídico do Ministério da Saúde acerca do tema e das demandas judiciais em curso. Destacou que este tema não costuma ser tratado em outros espaços devido a divergências, como no FCFAS, os quais priorizam pautas consensuais. Ressaltou, contudo, que, no âmbito deste GT, o debate é necessário. Solicitou que as manifestações apresentadas sejam devidamente registradas nos resumos, a fim de evitar a percepção de omissão por parte da área, mencionando

questionamento recebido de pares. Avaliou que o encaminhamento adotado estaria desconsiderando problemas existentes, ao priorizar a solicitação de resoluções em vez de leis que autorizem a atuação profissional na área da estética. Defendeu que apenas normas legais conferem autorização, enquanto resoluções e diretrizes não possuem tal força, e manifestou preocupação com a substituição de leis por normas infralegais. Ressaltou a importância do respeito às competências estabelecidas em lei entre as profissões, citou exemplo da Enfermagem em Obstetrícia. Apontou que há avanços sobre a medicina por meio de resoluções questionadas judicialmente, entendendo que essa questão não está sendo devidamente considerada no debate. Manifestou insatisfação com a condução dos trabalhos, informando que levará a questão à diretoria do CFM para avaliação da permanência neste GT. Afirmou que os encaminhamentos desconsideram conflitos existentes na sociedade e as demandas da área médica, especialmente ao solicitar normas e resoluções para autorizar procedimentos que entende como próprios da medicina. Destacou a ausência de consideração às contestações judiciais sobre essas normas e a falta de manifestação jurídica do Ministério da Saúde. Ressaltou que as ponderações da medicina estariam sendo desconsideradas e questionou a continuidade da participação no grupo diante desse cenário.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) esclareceu que o FCFAS é instância independente e que a Câmara de Regulação do trabalho em Saúde, de caráter consultivo, não pode evitar temas sensíveis, embora não possua competência jurídica para regulamentação. Informou que o Ministério da Saúde não foi demandado a emitir parecer jurídico sobre o tema, reiterando o entendimento de que procedimentos estéticos não integram o escopo do SUS, sendo tratados como serviços. Acrescentou que o Ministério não foi acionado pela Justiça nem incluído em debates legislativos, como na audiência pública do PL 2717, razão pela qual a questão ainda não foi encaminhada à CONJUR. Relembrou ação judicial ocorrida entre 2017 e 2018, no âmbito do TRF4, em que o CFM solicitava e proibição de que todos os enfermeiros solicitassem exame de sangue, destacando que a atuação do MS e da AGU garantiu a manutenção do direito de enfermeiros solicitarem exames, por interesse de saúde pública. Informou que a minuta do decreto sobre esteticistas segue em análise na CONJUR e reiterou que o tema não é tratado como prioridade na gestão de profissionais de saúde. Destacou que a atuação do Ministério, no contexto em discussão, tem como foco subsidiar e orientar a Anvisa em questões relacionadas à saúde pública. Acrescentou que o grupo discute apenas propostas, sem caráter normativo, e que eventuais questionamentos jurídicos ocorrem paralelamente aos trabalhos.
Daniel Vaz (CFFa) justificou ausência em reuniões anteriores por questões técnicas e questionou se já houve envio de documentos por parte do conselho ou se há pendências. Informou ainda que a especialidade de estética não está formalmente instituída no conselho, encontrando-se em estudo e atualmente inserida na área de motricidade orofacial. Atualmente, as práticas e procedimentos relacionados à estética estão inseridos na especialidade de motricidade orofacial no âmbito do CFFa.

Renato Minozzo (CFBM) destacou que processos judiciais são recorrentes e que apenas decisões definitivas do STF têm caráter conclusivo. Mencionou debate recente na Câmara dos Deputados sobre o tema e defendeu que o ato médico deve ser interpretado considerando seus vetos, especialmente a distinção entre procedimentos invasivos e não invasivos. Argumentou que a leitura restritiva apresentada inviabilizaria a atuação de diversas profissões da saúde (biomédico, enfermeiros) e afirmou que não houve retirada de atribuições da medicina. Ressaltou que há um contingente significativo de profissionais biomédicos, atuando na área estética desde 2011, defendendo que não é adequado proibir essas atividades, embora reconheça a necessidade de melhor regulação. Argumentou que os conselhos profissionais exercem função de defesa da sociedade e devem intensificar a fiscalização de seus membros. Sugeriu que este GT elabore

relatório para auxiliar a Anvisa no assunto com registro das diferentes posições, incluindo eventual discordância da medicina, e que as controvérsias sejam resolvidas no âmbito judicial, se necessário. Destacou que os CFs devem priorizar a fiscalização em defesa da sociedade, criticando a desproporção entre o número de advogados e fiscais em algumas entidades. Sugeriu a realização de levantamento, por conselho e por estado, do número de profissionais inscritos e de fiscais, a fim de avaliar a efetividade da atuação fiscalizatória. Reforçou que os CFs têm como finalidade proteger a sociedade e prevenir irregularidades. Defendeu a necessidade de melhor regulação das atividades, observando que os procedimentos realizados por outras profissões não se equiparam a atos cirúrgicos complexos. Por fim, propôs a classificação das clínicas de estética por nível de complexidade (tipo 1,2,3) como medida regulatória, com definição de procedimentos permitidos, requisitos de infraestrutura, equipamentos e qualificação dos profissionais em cada nível. Argumentou que a estratificação pode facilitar a regulação e evitar generalizações. Destacou a importância da participação da medicina no processo e criticou a manutenção de conflitos prolongados entre as áreas, defendendo a construção de consensos para viabilizar avanços nas discussões. Considerou a necessidade de maior responsabilização dos CFs quanto à fiscalização, criticando práticas inadequadas e graves irregularidades cometidas por profissionais, inclusive com riscos à vida. Ressaltou que os conselhos devem priorizar a proteção da sociedade, evitando posturas corporativistas. Destacou que decisões judiciais são frequentes e por vezes divergentes, gerando insegurança, e que apenas posicionamentos definitivos do STF devem orientar de forma conclusiva o debate sobre atuação. Por fim, enfatizou que as discussões na área da estética devem priorizar a qualidade dos serviços e a segurança do paciente.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) reconheceu falha na elaboração dos resumos executivos, por não refletirem adequadamente os debates do GT, e informou o compromisso de elaborar atas completas e detalhadas das discussões realizadas. Comprometeu-se a encaminhar, no prazo máximo de um mês, a ata completa das discussões realizadas na reunião do grupo de trabalho.
Alceu Pimentel (CFM) informou a entrada de nova representante do CFM, Yáscara Borges (CFM), no grupo e comunicou sua saída antecipada por outro compromisso. Dirigindo-se a Renato Minozzo (CFBM), destacou respeito pessoal, mas mencionou o Acórdão nº 309 do TCU como referência positiva ao sistema de fiscalização do CFM. Ressaltou a importância da Lei nº 12.842 (ato médico), afirmando que sua interpretação difere da apresentada anteriormente e que eventuais divergências devem ser dirimidas no âmbito do sistema de justiça.

Fernando Santos (CFBio) informou ter encaminhado e-mail, em 28 de novembro, com documentos que a vigilância sanitária pode verificar em fiscalizações, entendendo que atende à solicitação apresentada. Em relação às colocações anteriores, afirmou que, após mais de cinco anos de regulamentação, não há registros de processos éticos ou denúncias contra biólogos na área estética. Acrescentou que, em ação judicial do CFM mencionada, foram utilizados exemplos que não envolvem biólogos, incluindo atribuições que, segundo ele, nunca foram autorizadas pelo CFBio, destacando que as resoluções proíbem expressamente a realização de procedimentos cirúrgicos. Afirmou compreender o posicionamento apresentado, mas contestou informações que considerou incorretas, reiterando que biólogos não realizam procedimentos cirúrgicos, conforme vedação expressa nas resoluções do CFBio. Mencionou ainda debate recente relacionado ao PL 1027/2025, destacando que a proposta inicialmente tratava de cirurgia plástica, mas foi ampliada, gerando questionamentos e esclarecimentos de diferentes categorias profissionais e posterior revisão por parte do relator. Afirmou que o próprio relator reconheceu que a estética é uma área multiprofissional, distinta da cirurgia plástica. Pontuou que, no âmbito deste GT, não há pretensão das demais profissões em realizar procedimentos cirúrgicos (bichectomias, rinoplastias etc.). Discordou ainda da afirmação de que o CFM não edita normas que interfiram em outras áreas, afirmando que há resoluções nesse sentido, inclusive citando a regulamentação sobre

ozonioterapia como exemplo de possível conflito com a legislação vigente e que o CFM editou resoluções que interferem em outras profissões, mencionando exemplos envolvendo normas sobre atuação de outras categorias e sobre citopatologia, que teriam sido contestadas e posteriormente revertidas na justiça. Relembrou que o objetivo deste grupo é propor melhorias na fiscalização e na organização da área de estética, com foco na proteção da sociedade e no apoio à Anvisa na orientação aos fiscais sanitários. Ressaltou que não compete ao GT discutir a autorização de atuação das profissões na área, tema já debatido em outras instâncias, considerando improdutiva a retomada dessa discussão no âmbito do GT.

Marcelo Prado (CFM) mencionou que a principal função do conselho é zelar pela saúde da população, preocupação que, segundo ele, é compartilhada por todos os presentes. Afirmou que a estética já é historicamente praticada na medicina, especialmente pela dermatologia, ainda que sob outras denominações. Ressaltou que sua posição não desconsidera as demais áreas, mas enfatiza a responsabilidade médica diante de complicações, destacando que normas e resoluções do CFM são fundamentadas em dados e na ocorrência de eventos graves, incluindo óbitos. Avaliou que a ausência de denúncias em algumas áreas pode refletir fragilidades nos mecanismos de fiscalização e notificação, e não necessariamente a inexistência de irregularidades. Destacou que, na medicina, o maior número de ocorrências está relacionado ao volume de profissionais. Ressaltou que as resoluções do CFM são fundamentadas em evidências científicas, dados e pesquisas desenvolvidas por equipe qualificada. Por fim, enfatizou que o foco deve ser a segurança da população e a atuação de profissionais capacitados para lidar com possíveis complicações.

Roselaine Muner (Cofen) mencionou falas anteriores e destacou que nenhuma profissão é soberana sobre as demais, reconhecendo a importância de todas. Ressaltou que o objetivo do grupo deve ser a segurança do paciente, avaliando que o debate tem se desviado para disputas de atribuições, quando caberia a cada conselho definir os limites de atuação de seus profissionais. Reforçou que as disputas sobre atribuições profissionais devem ser tratadas em outras instâncias, cabendo ao grupo concentrar-se na segurança do paciente. Criticou a recorrência de conflitos entre categorias, destacando que isso impede avanços nas discussões. Ressaltou a necessidade de atuação integrada entre as profissões diante de intercorrências e defendeu o respeito às competências definidas por cada conselho. Afirmou ainda que não há pretensão das categorias presentes em realizar procedimentos cirúrgicos, mas sim atuar dentro de suas capacidades, enfatizando que o foco deve ser a segurança do paciente.

Alice Souza (Anvisa) destacou a necessidade de que o grupo produza alinhamentos práticos para subsidiar a atuação da vigilância sanitária, ressaltando que as decisões são necessárias de forma imediata no cotidiano de licenciamento e fiscalização, não sendo possível aguardar definições do Supremo Tribunal Federal. Também informou que a Anvisa já identificou limitações na classificação atual dos serviços de estética, baseada apenas na distinção entre procedimentos invasivos e não invasivos. Comunicou que a resolução vigente sobre licenciamento está em revisão e que a proposta em discussão busca considerar novos critérios, como o uso de medicamentos, para aprimorar a classificação e adequar-se à maior complexidade desses serviços. Destacou ainda que outros fatores, como a densidade tecnológica e os produtos utilizados, estão sendo considerados. Informou que a Anvisa avalia novas formas de classificação, licenciamento e fiscalização dos serviços de estética, ressaltando a urgência dessas definições diante das dificuldades enfrentadas pelas equipes de vigilância sanitária na ponta. Ponderou que a Anvisa não possui competência para definir quais profissionais podem realizar determinados procedimentos, atribuição que cabe aos conselhos. Ressaltou a necessidade de que o grupo produza encaminhamentos que auxiliem a atuação da vigilância sanitária, especialmente diante

da multiplicidade de normas existentes, que dificultam a fiscalização. Explicou que a solicitação de documentos visa organizar essas informações e fornecer parâmetros mínimos para a atuação dos fiscais.

Danielle Bernardi (COFFITO) destacou que o grupo dedicou tempo excessivo a discussões que não competem ao seu escopo, ressaltando que questões jurídicas devem ser tratadas em instâncias apropriadas. Reforçou que o foco do grupo deve ser a segurança da população, de interesse comum a todos os conselhos, e alertou para a necessidade de melhor aproveitamento do tempo das reuniões. Ressaltou a atuação histórica da fisioterapia na área estética denominada dermatofuncional e na reabilitação, inclusive em complicações, e criticou a polarização entre categorias profissionais. Enfatizou que o tempo do grupo deve ser direcionado a temas centrais, evitando debates que não geram encaminhamentos.

Yáscara Borges (CFM) recordou que o grupo foi inicialmente constituído para discutir a delimitação da atuação dos esteticistas, destacando como avanço a definição dessa área como de interesse da saúde, embora não integrada às profissões de saúde, conforme regulamentação da Anvisa. Destacou que a discussão da delimitação da atuação dos esteticistas contribuiu para avanços na classificação de riscos e na fiscalização das clínicas pela Anvisa. Informou que, a partir disso, o GT passou a ter novo direcionamento, incluindo a solicitação de listas de procedimentos pelos conselhos. Relatou que ficou responsável por classificar os procedimentos quanto ao caráter invasivo, trabalho já realizado, e solicitou que o documento produzido, com cerca de 120 páginas, seja incluído como manifestação do CFM nos registros deste GT. Colocou que o objetivo das discussões é subsidiar a Anvisa na organização e no aprimoramento da fiscalização dos serviços de estética, buscando maior clareza nos critérios adotados e foco na segurança do paciente. Defendeu que os serviços devem se estruturar com direção técnica médica, especialmente nos procedimentos invasivos, com atuação dos demais profissionais em suas áreas sob essa coordenação. Ressaltou que, em sua avaliação, a maioria dos procedimentos estéticos além dos mais superficiais é invasiva, exigindo diagnóstico, indicação adequada e responsabilidade técnica para minimizar riscos ao paciente. Ponderou que o uso de medicamentos e de tecnologias nos procedimentos estéticos eleva o nível de complexidade e risco, caracterizando, em muitos casos, práticas invasivas que exigem prescrição e maior conhecimento técnico. Mencionou exemplos de tecnologias que podem causar complicações, como necroses e lesões nervosas, ressaltando a necessidade de avaliação adequada e indicação precisa. Pontuou que os serviços de estética abrangem desde procedimentos simples, como limpeza de pele, até intervenções mais complexas, incluindo injetáveis e cirurgias, o que demanda diferentes níveis de qualificação e responsabilidade na atuação profissional. A fiscalização dos serviços de estética exige a diferenciação entre estabelecimentos de baixa e alta complexidade, considerando que, nos casos de procedimentos invasivos, deve haver responsabilidade técnica médica. Defendeu que não é possível dissociar esses procedimentos da supervisão médica, especialmente quando envolvem acesso ao meio interno, necessidade de diagnóstico e riscos como necrose e outros danos. Questionou a atuação direta de profissionais sem formação clínica voltada ao atendimento ao paciente em procedimentos dessa natureza e ressaltou que tecnologias atuais (exemplo CO2 e laser) podem ter caráter invasivo, exigindo maior controle e qualificação técnica. Afirmou que não é adequado fragmentar a discussão por profissão, ressaltando que o paciente deve ser visto de forma integral e protegido também pelas normas de defesa do consumidor. Chamou atenção para o respeito às áreas de atuação de cada profissional, mas reiterou o entendimento de que a estética deve ser considerada como um campo que envolve a medicina, com participação das demais profissões, visando a segurança e a integralidade do cuidado. Por fim, defendeu que a estética deve ser compreendida como prática que envolve a medicina, com participação de outras profissões em equipe multiprofissional, porém com responsabilidade técnica atribuída ao médico, conforme a

legislação vigente. Ressaltou a importância das demais áreas dentro de seus limites de atuação, vedando a realização de diagnóstico, indicação ou procedimentos sem respaldo legal.

Daniele Bernardi (COFFITO) identificou-se como representante do COFFITO/CREFITO e manifestou insatisfação com a repetição de argumentos já apresentados, destacando a necessidade de otimizar o tempo da reunião.

Yáscara Borges (CFM) solicitou que o seu relatório elaborado, com cerca de 120 páginas e contendo a sistematização dos procedimentos por profissão, seja disponibilizado a todos e incluído nos documentos do GT. Defendeu que os trabalhos sejam direcionados à promoção de uma estética de qualidade, com atuação multiprofissional, porém sob direção técnica médica nas clínicas que realizam procedimentos invasivos, destacando a necessidade de diagnóstico, redução de riscos e responsabilização conforme as atribuições legais de cada profissão.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) informou que o documento elaborado por Yáscara Borges (CFM) já foi anexado e apresentado na plenária da 49ª Reunião Ordinária da CRTS.

Ana Elisa Blackman (CGERTS/DEGERTS/MS) confirmou que toda a documentação encaminhada pelos conselhos participantes deste GT desde a última reunião do mesmo foi anexada e incluída na Ata da 49ª Reunião da CRTS, tendo sido aprovada em plenário no mês de dezembro de 2025.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) reconheceu a qualidade do relatório apresentado da Yáscara Borges (CFM), destacando o respeito ao trabalho realizado, mas ponderou que não há consenso sobre a definição de procedimento invasivo, nem alinhamento com o que está estabelecido em lei. Defendeu a necessidade de tratar esse tema de forma específica e destacou a necessidade de dar continuidade à pauta da reunião e informou que o próximo tema a ser tratado será a gestão de risco.

Roselaine Muner (COFEn) ressaltou que o grupo tem se afastado de seu objetivo inicial com cuidado do paciente, considerou que a definição da atuação dos esteticistas foi estabelecida em documento anterior. Destacou que, enquanto se discutem atribuições profissionais, continuam ocorrendo, na prática, procedimentos irregulares realizados por esteticistas, inclusive com uso de substâncias e técnicas não permitidas, como PMMA em glúteos. Avaliou que o grupo tem direcionado tempo a debates que não correspondem à sua finalidade, em detrimento de ações voltadas à segurança do paciente e à realidade enfrentada no cotidiano. Abordou a necessidade de delimitar os temas a serem discutidos no grupo, a fim de evitar debates improdutivos. Em relação ao diagnóstico, destacou que cada profissão possui competências próprias definidas em lei desde 1986, exemplificando que a enfermagem realiza diagnósticos previstos em sua legislação profissional, como os diagnósticos de enfermagem. Ressaltou, assim, a importância de considerar os marcos legais de cada área antes de emitir julgamentos sobre a atuação de outras profissões.

Fernando Santos (CFBio) afirmou que se abstém de comentar sobre a fiscalização dos CRMs, não considerando adequado inferir que a ausência de denúncias contra biólogos decorra de suposta fiscalização ineficiente do Conselho. Reforçou que não há registros de processos éticos ou judiciais contra biólogos, nem investigações policiais. Ressaltou que comentários dessa natureza são impróprios. Concordou que o documento da Yáscara Borges (CFM) deve ser amplamente disponibilizado, mas solicitou confirmação sobre seu caráter público antes de distribuí-lo.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) perguntou a Yáscara Borges (CFM) se havia alguma restrição para divulgação do documento, informando que ele será anexado ao site da CRTS.

Yáscara Borges (CFM) concordou.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) encerrou o primeiro tema da reunião, relativo à documentação a ser enviada à Anvisa como orientação, e informou que fará contato com os conselhos de Fonoaudiologia, Biologia e Enfermagem para revisão e complementação da documentação. Ressaltou que também será solicitado envio de documentação aos demais conselhos que executam procedimentos estéticos, mesmo que não façam parte do GT de Estética.

Gestão de risco e responsabilidade por procedimento, começando com o caso de toxina botulínica e intradermoterapia

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) ressaltou a distinção entre aspectos jurídicos e científicos e propôs a inclusão, na pauta, da gestão de risco de procedimentos específicos, a fim de aprofundar a análise para além do debate teórico sobre procedimentos invasivos. Indicou a necessidade de compreender etapas como prognóstico, definição e execução de tratamentos. Informou que utilizará o relatório de Yáscara Borges (CFM) como referência para conduzir a discussão. Segundo o relatório, as toxinas botulínicas são medicamentos injetáveis de alto risco, classificados como Classe 4 pela Anvisa, e que, por essa razão, deveriam exigir prescrição médica. Questionou, contudo, se a Anvisa efetivamente estabelece essa exigência, manifestando entendimento de que não.

Yáscara Borges (CFM) afirmou que a aplicação se justificava por se tratar de medicamento, destacando que, para a Anvisa, medicamento é atribuição médica.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) mencionou que o relatório descreve o uso da toxina botulínica no tratamento de estrabismo, bexiga hiperativa e hiperidrose, destacando a dose usual, que não deveria ultrapassar 3% da dose letal em humanos e observa a existência de diferentes tratamentos com toxina botulínica tipo A no mercado, cujas unidades não são comparáveis. Em seguida, formulou questionamento direto a Yáscara Borges (CFM) acerca da via de aplicação do tratamento, indagando se seria intradérmica, intramuscular, intra-arterial ou intravenosa.

Yáscara Borges (CFM) informou que a aplicação poderia ser realizada por via intramuscular e intradérmica, ressaltando a necessidade de cálculo adequado da dose e do conhecimento da relação de dose para a correta aplicação.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) propôs estabelecer que a aplicação de toxina botulínica em estética estaria relacionada ao preenchimento de traços do rosto, mencionando especificamente o preenchimento de lábios.

Yáscara Borges (CFM) esclareceu que a toxina botulínica não é um preenchedor, mas sim um relaxante muscular, destacando tratar-se do mais potente disponível. Afirmou que se trata de um medicamento com ação de relaxamento muscular, sendo utilizado na estética principalmente para rugas dinâmicas cinéticas da face e outras aplicações.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) solicitou aos enfermeiros, fisioterapeutas, biólogos e biomédicos que descrevessem os riscos associados à aplicação de toxina botulínica,

preferencialmente por escrito, em razão do tempo. Perguntou a Daniel Vaz (CFFa) sobre a existência de aplicações da toxina botulínica na fonoaudiologia.

Daniel Vaz (CFFa) informou que há um grupo de trabalho do Conselho Federal em estudo sobre a atuação frente ao uso de injetáveis, destacando que, até o momento, não existe normativa sobre a aplicação pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Solicitou, ainda, acesso ao documento que está sendo discutido, considerando sua recente entrada no grupo de trabalho.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) informou que enviaria o documento ao representante do CFFa. Considerou, então, que a fonoaudiologia não realiza esse tipo de tratamento e propôs que COFFITO, Cofen, CFBM e CFBio reconhecessem que seus profissionais não aplicam toxina botulínica para condições como estrabismo, bexiga e hiperidrose, por se tratar de doenças, diferenciando-as de demandas estéticas, como rugas, que não classificou como doença. Solicitou, ainda, tais conselhos descrevessem e enviassem, por e-mail, os conhecimentos necessários para aplicação intramuscular e da toxina botulínica no rosto, bem como os riscos associados e a preparação dos profissionais para eventuais intercorrências

Roselaine Muner (COFEn) interveio brevemente para informar que possui publicação em livro sobre toxina botulínica e que recentemente publicou artigo internacional acerca de intercorrência relacionada ao tema, conduzida por ela enquanto enfermeira. Sugeriu anexar o referido artigo às discussões, a fim de contribuir com exemplo de intercorrência mais grave já relatada.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) solicitou o envio do artigo por e-mail, informando que seria incluído na ata completa do GT a ser encaminhada à plenária. Mencionou que também solicitará aos demais conselhos a descrição da formação necessária para aplicação intramuscular e de toxina botulínica, e perguntou a todos os presentes se concordariam com esse encaminhamento. Ressaltou, ainda, que não se tratava de discussão de natureza jurídica.

Não houve discordância por parte dos membros presentes.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) informou ao Fernando Santos (CFBio), o qual questionou a possibilidade de solicitação da demanda por e-mail, que o envio será realizado. Perguntou se o e-mail deveria ser direcionado ao representante da CRTS ou à presidência do CFBio.

Fernando Santos (CFBio) mencionou que o envio deveria ser direcionado ao CFBio, informando que comunicaria internamente, destacando que o GT de estética do conselho analisaria os documentos e que o próprio CFBio realizaria os encaminhamentos e responderia de forma oficial.

Roselaine Muner (Cofen) concordou com o encaminhamento, indicando que o mesmo procedimento deveria ser adotado para o Cofen.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) informou que encaminharia o e-mail aos participantes como representantes do GT, com cópia para o endereço oficial dos CFs.

Simone Rossetto (CFBM) solicitou o mesmo encaminhamento para a biomedicina.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) mencionou que a discussão deveria se restringir à toxina botulínica, destacando a necessidade de abordagem científica, e não jurídica. Reiterou a proposta de encaminhamento aos conselhos, consistindo em solicitar: (1) a formação necessária para

realização de injeção intramuscular com toxina botulínica, (2) os riscos associados ao procedimento e (3) a forma de manejo de intercorrências pelos profissionais nesse procedimento.

Responsabilidade técnica (RT) nos estabelecimentos.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) Em seguida, passou para a discussão sobre responsabilidade técnica, questionando quem pode assumir essa função em estabelecimentos com múltiplos procedimentos e se o responsável técnico pode não ser habilitado para todos eles. Levantou, ainda, a questão sobre a forma como essa responsabilidade está atualmente regulamentada. Assim, dirigiu questionamento a Alice acerca da regulamentação atual dos estabelecimentos, indagando se, em um local que realiza diversos procedimentos, como limpeza de pele, depilação a laser, tratamentos capilares e aplicação de toxina botulínica ou intradermoterapia, seria possível, pela legislação vigente, a existência de um único responsável técnico para todo o estabelecimento.

Alice Souza (Anvisa) respondeu que o responsável pelo estabelecimento deve declarar as atividades exercidas conforme o CNAE (Classificação Nacional de Atividades Econômicas), incluindo procedimentos estéticos e invasivos, como aplicação de toxina botulínica. Informou que, ao incluir procedimentos invasivos, o estabelecimento passa a ser classificado como de alto risco, exigindo avaliação prévia. Nesses casos, destacou que é obrigatória a responsabilidade técnica, uma vez que o serviço passa a ser enquadrado como serviço de saúde, sendo a classificação de risco definida pelo procedimento de maior risco realizado.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) manifestou o entendimento de que, em um estabelecimento com procedimentos classificados em diferentes níveis de risco, de 1 a 4, o responsável técnico deveria possuir qualificação correspondente ao nível mais alto, ou seja, nível 4.

Alice Souza (Anvisa) concordou. Afirmou que, em estabelecimentos classificados como serviço de saúde, a responsabilidade técnica deve considerar o procedimento de maior risco, não sendo possível designar responsáveis distintos para cada atividade/ procedimento. Explicou que o responsável técnico deve ser profissional legalmente habilitado, sendo essa habilitação definida conforme as normas de cada conselho profissional e demais regulamentações aplicáveis. Ressaltou que podem existir restrições impostas pelos conselhos quanto à atuação como responsável técnico em determinados serviços, de modo que a definição depende da análise específica de cada procedimento e das normas vigentes, mantendo-se como referência o nível de maior risco.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) buscou aprofundar o questionamento ao exemplificar um estabelecimento que realiza limpeza de pele, tratamentos capilares e aplicação de toxina botulínica, indagando sobre a possibilidade de haver um responsável técnico qualificado para a aplicação da toxina, mas sem conhecimento sobre os demais procedimentos, como os capilares.

Alice Souza (Anvisa) ponderou que, em salões de beleza convencionais, não há exigência de responsabilidade técnica, sendo suficiente a existência de um representante legal para interlocução com a vigilância sanitária, por se tratar de atividade de médio risco. Destacou, contudo, que a responsabilidade técnica passa a ser exigida quando há realização de procedimentos classificados como serviços de saúde.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) propôs o encerramento da reunião. Informou que a equipe do DEGERTS se compromete a encaminhar toda a regulamentação disponível sobre

responsabilidade técnica, incluindo um resumo, com auxílio de Alice Souza (Anvisa). Indicou que a documentação seria enviada até o final de abril, com o objetivo de subsidiar a continuidade do debate e eventual proposição de alterações regulatórias, especialmente junto à Anvisa, caso considerado necessário. Comunicou que seria elaborada a ata e que a gravação poderia ser disponibilizada aos participantes, caso necessário, solicitando que não fosse divulgada por não se tratar de evento público. Por fim, destacou o compromisso de elaboração de ata completa, com possibilidade de inclusão de documentos considerados pertinentes.

Ata do Grupo de Trabalho de Estética Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)

Ao dia 13 de maio de 2026, com início às 10 horas, realizou-se a 10ª reunião on-line do Grupo de Trabalho sobre Estética e Responsabilidade Profissional, da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) no âmbito do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Ministério da Saúde (DEGERTS/ SGTES/ MS).

A reunião foi conduzida por Paulo Mayall Guilayn, Coordenador-Geral substituto de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde e Coordenador da Democratização do trabalho em Saúde (CODETS/CGERTS/DEGERTS/MS).

Estiveram presentes os seguintes membros:

- Alceu Pimentel (participação por meio da ferramenta de inteligência artificial Read.ai, utilizada para gravação, transcrição e elaboração automática de notas da reunião);
- Alice Alves de Souza (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa);
- Daniel Vaz (Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa); e
- Fernando César Santos (Conselho Federal de Biologia – CFBio).

Enquanto Convidados/ Ouvintes estiveram presentes:

- Camila Maria Rodrigues (Conselho Federal de Farmácia – CFF);
- João Henrique Campos de Sousa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa); e
- Roselaine Muner (Conselho Federal de Enfermagem – Cofen).

Enquanto membros da equipe da Secretaria Executiva da CRTS estiveram presentes:

- Ana Elisa De Carli Blackman (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde – CGERTS/DEGERTS/MS);
- Osvaldo Martins de Morais Filho (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde – CGERTS/DEGERTS/MS);
- Luiz Henrique de Oliveira Carvalho (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde – CGERTS/DEGERTS/MS);
- Aurelina Aguiar de Lima (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde – CGERTS/DEGERTS/MS);
- Gabriela Fantin Almeida (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde – CGERTS/DEGERTS/MS);
- Ivete Maria Barbosa Madeira Campos (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde – CGERTS/DEGERTS/MS); e
- Thaylline Kellen da Silva Araújo (Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde – CGERTS/DEGERTS/MS.

De posse da palavra, Paulo Mayall apresentou os participantes e, em seguida, iniciou a exposição do documento "Orientações sobre Serviços Públicos de Fiscalização Sanitária em Estética com base nas regulamentações dos Conselhos de Classe dos Profissionais de Saúde".

Na sequência, o Dr. João Henrique Campos de Sousa apresentou a Nota Técnica nº 68/2026 – SEI/GRECS/CGTES/DIRES/ANVISA.

O documento "Orientações sobre Serviços Públicos de Fiscalização Sanitária em Estética com base nas regulamentações dos Conselhos de Classe dos Profissionais de Saúde" tem por finalidade compilar e consolidar ações e normas dos conselhos federais relacionadas à estética no âmbito das profissões da saúde. Também visa organizar e adequar as normativas decorridas dos conselhos federais de profissões da área da saúde às orientações da Anvisa, no que se refere à área da estética, de modo a promover diretrizes uniformes para a fiscalização de estabelecimentos estéticos, considerando atribuições, competências e limites de atuação dos profissionais de saúde habilitados para esse campo. Trata-se de matéria relacionada à saúde pública, ainda que, em regra, os procedimentos estéticos não integrem o escopo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base nas orientações dos conselhos profissionais, no que tange à definição das competências profissionais na área de estética, foram pautados parâmetros para a atuação dos fiscais.

Paulo Mayall (CGERTS/DEGERTS/MS) informou que o documento é extenso e que não seria realizada a leitura integral. Iniciou a apresentação pelas informações encaminhadas pelo Conselho Federal Biologia - CFBio, que tratam da atuação de biólogos habilitados em biologia estética. As informações abrangem fiscalização dos procedimentos, categorização, definição de procedimentos e regras gerais aplicáveis, incluindo a definição de biologia estética, as normativas a serem observadas pela Anvisa e as vedações impostas aos biólogos nesse campo.

Em seguida, foi apresentada a parte relativa à atuação dos médicos em estabelecimentos de estética, com base nas normativas do Conselho Federal de Medicina – CFM. Para a elaboração das orientações da CGERTS, utilizou-se o Relatório Técnico "Análise de Procedimentos Estéticos conforme discutido em reunião do GT de Estética realizada em 29/09/2025", apresentado pela Dra. Yáscara Pinheiro Lages Pinto.

O relatório médico, em síntese, aponta que procedimentos estéticos invasivos, ainda que com finalidade exclusivamente cosmética, devem ser caracterizados como atos médicos quando envolverem avaliação diagnóstica, definição individualizada de indicação terapêutica ou estética, prescrição de tratamentos, uso de medicamentos, substâncias injetáveis, anestesia, dispositivos implantáveis ou tecnologias com potencial lesivo aos tecidos ou risco de complicações sistêmicas.

A partir desse relatório, Paulo Mayall alertou que o documento pode empregar terminologias distintas para o mesmo procedimento, o que precisará ser ajustado. Destacou que um mesmo procedimento pode ser interpretado de forma diversa entre os conselhos federais, ainda que haja possibilidade de construção de consensos.

Na sequência, foi apresentada a atuação dos fisioterapeutas na área da estética, conforme o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Paulo Mayall informou que as informações foram extraídas de documentos normativos do próprio conselho. Destacou a atuação em Fisioterapia Dermato-Funcional, com menção à Fisioterapia Neurofuncional, bem como a exigência de registro profissional e habilitação para prescrição e aplicação de PRP, PRF e PFA, com fins fisioterapêuticos, mediante curso reconhecido e apostilamento. Informou, ainda, que seria solicitado maior detalhamento ao COFFITO e que se aguardava a participação da Dra. Daniela Bernardes em momento posterior.

Em continuidade, Paulo Mayall apresentou as informações relativas ao Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa. Segundo essas orientações, a atuação fonoaudiológica voltada à estética facial corresponde ao conjunto de procedimentos voltados ao equilíbrio das funções estomatognáticas, resultando em harmonização muscular e funcional da face. Destacou que, para a Fonoaudiologia, a estética se insere na motricidade orofacial, circunscrita à região da boca, não constituindo especialidade isolada, mas desdobramento da área de motricidade. Para atuarem em estética, os profissionais devem possuir título de especialista na área, concedido pelo CFFa.

A fiscalização poderá exigir RQE ou título de Fonoaudiologia Estética, bem como comprovação de vínculo formativo com motricidade orofacial e capacitação específica para os procedimentos, a serem detalhados posteriormente. Entre os procedimentos citados, constam: terapia em motricidade, assistência em estética da face, avaliação eletromiográfica de superfície, ultrassom terapêutico, ultrassonografia diagnóstica vinculada à fonoaudiologia, estimulação elétrica neuromuscular e fotobiomodulação. Observou-se que não foram especificados procedimentos injetáveis, o que demandará nova solicitação de esclarecimentos ao conselho, especialmente diante da diversidade de terminologias.

Na sequência, Daniel Vaz - CFFa reforçou que a atuação da Fonoaudiologia em estética limita-se à face orofacial, não havendo atuação em outras partes do corpo. Acrescentou que está em elaboração nova resolução sobre a atuação na área de estética, e que existe grupo de trabalho analisando procedimentos injetáveis, uma vez que ainda não há normativa específica para esse tipo de intervenção.

Paulo Mayall questionou se os procedimentos injetáveis em discussão incluíam toxina botulínica, PHD e preenchedores, e se o grupo de trabalho considerava a possibilidade de aplicação desses procedimentos por fonoaudiólogo com título de especialista em motricidade orofacial. Em resposta, Daniel Vaz esclareceu que não há, até o momento, normativa do CFFa que autorize fonoaudiólogos a aplicar toxina botulínica, embora existam estudos em andamento sobre o tema.

Paulo Mayall registrou, ainda, os procedimentos constantes das Resoluções CFFa nº 716/2023 e nº 829/2026, destacando: estimulação elétrica neuromuscular (EENM), ultrassom terapêutico e ultrassonografia diagnóstica.

Em seguida, foi apresentada a atuação dos biomédicos na estética, conforme o Conselho Federal de Biomedicina – CFBM . Paulo Mayall informou a ausência de representantes do CFBM na reunião e passou a relatar os principais documentos normativos, resoluções e exigências de registros ou documentos equivalentes previstos na Resolução CFBM nº 200/201, que disciplina a habilitação, incluindo pós-graduação, título de especialista, residência ou estágio supervisionado, conforme o caso, e a necessidade de habilitação específica em Biomedicina Estética. Destacou a Resolução CFBM nº 241/2014, que trata da prescrição estética, elenca elementos mínimos da prescrição, remete às normas da Anvisa, aborda a regularidade dos produtos, o diagnóstico e a realização de exames. Ressaltou que a estética não é vinculada a doença, mas decorre de demanda do cliente, devendo-se diferenciar consulta estética de avaliação de disfunção estética e de acompanhamento laboratorial de diagnóstico nosológico.

Foram mencionados os aspectos relativos às intercorrências, exigindo protocolo de identificação, manejo inicial compatível com a capacitação do profissional e encaminhamento ao médico ou a serviço de urgência em caso de risco, doença, complicação grave ou necessidade de ato privativo de outra categoria profissional. Entre os procedimentos apresentados, com exclusão do PMMA (proibido pela Anvisa), destacaram-se: bioestimuladores de colágeno, intradermoterapia, mesoterapia, terapias injetáveis em geral, carboxiterapia, PEIM, fios de sustentação tecidual, aplicação intramuscular de substâncias, desoxicolato de sódio e ácido desoxicólico. Ficou registrado que as terapias injetáveis são permitidas apenas quando individualizadas por substância, via e finalidade estética admitida.

Fernando César Santos – CFBio comentou que o conceito de diagnóstico nosológico, embora conste de debates relacionados à Lei do Ato Médico, não se encontra claramente definido, o que gera imprecisões.

Na sequência, Paulo Mayall apresentou outros procedimentos e observou que o conceito de ozonoterapia não é uniforme entre os conselhos profissionais.

Em prosseguimento, foi apresentada a atuação dos farmacêuticos na estética, conforme o Conselho Federal de Farmácia – CFF. Paulo Mayall informou que foi solicitado ao CFF documento mais detalhado e atualizado, o qual seria encaminhado posteriormente. Indicou que a versão utilizada no momento se baseou em textos anteriores, ciente de que haverá necessidade de atualização após o recebimento do novo documento.

Sobre o assunto, Camila Rodrigues - CFF informou a conclusão de documento recente, atualizado com a publicação de nova resolução, e solicitou um e-mail da CODETS para encaminhamento do material, o que foi providenciado. Paulo Mayall comunicou que faria apenas apresentação sintética das informações do CFF, à espera do documento atualizado para eventuais ajustes. Foram citados, entre outros, os seguintes procedimentos: toxina botulínica tipo A; preenchimentos dérmicos absorvíveis; bioestimuladores de colágeno absorvíveis; carboxiterapia; intradermoterapia ou mesoterapia; agentes eutróficos; venotônicos; vitaminas; aminoácidos; minerais; fitoterápicos; biológicos e fatores de crescimento; agentes lipolíticos; desoxicolato de sódio e lipossomas de girassol, com ressalva para procedimentos proibidos pela Anvisa. Ressaltou-se a necessidade de atenção especial a tratamentos dermatológicos e procedimentos injetáveis.

Na sequência, foi apresentada a atuação dos cirurgiões-dentistas na estética, conforme o Conselho Federal de Odontologia – CFO. As orientações relacionadas à atuação desses profissionais foram organizadas com base em normas como a Lei nº 5.081/1966, o Código de Ética Odontológica e as Resoluções CFO nº 100/2010, nº 176/2016, nº 196/2019, nº 198/2019, nº 230/2020, nº 285/2026 e nº 286/2026, com foco em procedimentos, habilitação, limites de atuação, requisitos de ambiente e lacunas normativas.

Paulo Mayall destacou que foi solicitado ao CFO documento detalhado sobre Harmonização Orofacial. Ressaltou que, no intervalo entre as reuniões da CRTS, o CFO publicou nova resolução sobre cirurgia estética orofacial, que requer discussão aprofundada, por tratar de nova especialidade. Foi realizada leitura dos procedimentos elencados, com destaque para a bichectomia, registrando-se que o cirurgião-dentista vem se apresentando como responsável por procedimentos cirúrgicos no campo estético, conforme as resoluções do CFO, o que exige diálogo aprofundado com esse conselho. Identificou-se, ainda, proibição expressa à realização de blefaroplastia por cirurgiões-dentistas, reforçando a necessidade de maior detalhamento das resoluções com o CFO.

Na sequência, passou-se à atuação dos nutricionistas na estética, conforme o Conselho Federal de Nutrição – CFN. As orientações do CFN delimitam a atuação do nutricionista em contexto estético vinculada a objetivos de saúde, composição corporal, integridade cutânea, envelhecimento saudável e educação alimentar, sem interpretação extensiva que autorize, automaticamente, procedimentos estéticos invasivos, tópicos ou realizados mediante equipamentos.

Paulo Mayall apresentou os pontos referentes à prescrição de dietas, suplementos, solicitação de exames laboratoriais, avaliação nutricional, avaliação de composição corporal por bioimpedância e prescrição de plantas medicinais e fitoterapia. Destacou que o único procedimento com possibilidade de atravessar a barreira cutânea seria a acupuntura.

Em seguida, Gabriela Fantin (CERTES/CGERTS/DEGERTS/MS) relatou que o levantamento foi realizado sem juízo de mérito sobre o conteúdo das normas, priorizando a identificação do que está efetivamente previsto nos instrumentos normativos existentes. Enfatizou tratar-se de esforço interdisciplinar, construído por profissionais de diferentes áreas, o que traz desafios relevantes à padronização das análises e à manutenção de linha metodológica uniforme entre diversas profissões e regulamentações. Assinalou que, neste primeiro momento, não foi realizada análise aprofundada dos contextos normativos, especialmente quanto a conflitos entre normas, lacunas regulatórias ou divergências conceituais. Apontou, ainda, que a diversidade de terminologias técnicas foi fator de dificuldade para a sistematização, já que determinados conceitos assumem significados distintos conforme a profissão ou o

marco regulatório analisado. Ressaltou que o documento constitui esforço inicial, sujeito a aperfeiçoamentos e revisões interpretativas, sem pretensão de julgamento de mérito. Destacou que o propósito central é construir panorama preliminar da legislação vigente, permitindo identificar possibilidades de atualização normativa e aspectos que ainda demandam complementação e aprofundamento analítico, sinalizando amplo espaço para futuras análises e discussões sobre o tema.

Na sequência, João Henrique Campos de Souza – Anvisa apresentou a Nota Técnica nº 68/2026–SEI/GRECS/CGTES/DIRES/ANVISA.

Informou que a Anvisa vem elaborando notas técnicas com orientações para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária sobre temas transversais e fortemente demandados, incluindo questões relacionadas ao exercício profissional e à responsabilidade técnica em serviços de interesse da saúde, com especial atenção aos serviços de estética, que envolvem tanto profissionais representados pelos conselhos de classe quanto categorias não representadas na reunião, como esteticistas e cosmetólogos.

Assinalou a importância do envolvimento da vigilância sanitária nesses casos, ainda que não caiba à Anvisa definir, de forma exclusiva, quem pode ou não atuar na área da estética, cabendo-lhe, no mínimo, estabelecer diretrizes normativas.

Destacou que a inserção da vigilância sanitária nessa discussão e neste trabalho é oportuna e pertinente. Relatou que, nas duas semanas anteriores, ele e Alice Alves de Souza – Anvisa foram incumbidos de elaborar a nota técnica, ainda em fase de construção, mas já compartilhada com o grupo para coleta de impressões iniciais, com vistas à consolidação de documento de consenso, posterior à assinatura e disponibilização para o Ministério da Saúde e conselhos de classe.

João Henrique indicou que faria leitura sintética da nota em cerca de dez minutos, abrindo espaço para comentários ao final, o que foi concordado por Paulo Mayall, que, antes da apresentação, concedeu a palavra a Fernando César Santos – CFBio.

Fernando César Santos – CFBio declarou concordância com a proposta do documento em elaboração pela equipe do CGERTS, enfatizando que o objetivo principal é também subsidiar a Anvisa, especialmente no que diz respeito à compreensão dos limites de atuação de cada profissão. Comentou a circulação frequente de informações imprecisas na internet, mencionando, como exemplo, interpretações equivocadas sobre suposta "liberação geral" de ozonoterapia pela Anvisa, quando, na realidade, a norma tratou apenas da regularização de equipamento, sem ampliação indiscriminada de indicações. Informou que há movimentações relacionadas à categoria dos esteticistas, com discussão de possível projeto de lei que os reconheça como profissionais de saúde e crie conselhos específicos, o que demandará análise atenta.

Na sequência, Paulo Mayall informou que encaminhou consulta à Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde – CONJUR/MS, solicitando brevidade na análise do tema relativo à criação de conselhos profissionais, destacando que tais iniciativas exigem proposição pelo Poder Executivo. Assinalou a necessidade de estudo mais aprofundado do projeto de lei mencionado e, em seguida, passou a palavra a João Henrique Campos de Souza – Anvisa para apresentação da Nota Técnica nº 68/2026–SEI/GRECS/CGTES/DIRES/ANVISA.

João Henrique informou que a minuta da nota técnica havia sido compartilhada previamente, ainda sem assinaturas, solicitando contribuições do grupo. Esclareceu que a nota técnica versa sobre responsabilidade técnica em serviços de interesse da saúde, contemplando tanto os serviços classificados pela Anvisa como serviços de saúde prestados por profissionais de saúde e quanto serviços de interesse da saúde.

Pontuou que vêm sendo elaboradas notas técnicas com orientações ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária sobre temas transversais e demandas recorrentes, incluindo questões relativas ao exercício profissional e à necessidade de manifestação da Anvisa quanto à responsabilidade técnica nesses serviços, especialmente na área de estética, em que atuam tanto profissionais da saúde representados por conselhos quanto esteticistas, cosmetólogos e outros. Destacou, ainda, a relevância da discussão diante do aumento da complexidade dos serviços de interesse da saúde e da ampliação da oferta de tecnologias e procedimentos, inclusive em estabelecimentos não tradicionalmente vinculados à assistência à saúde, como serviços estéticos e de bem-estar.

Nesse contexto, ressaltou a necessidade de delimitar com precisão as atribuições do responsável técnico, diferenciando-o do responsável legal, e de estabelecer critérios para assunção dessa função por profissionais com ou sem vínculo a conselhos de classe.

Explicou que a responsabilidade técnica, no âmbito dos serviços de interesse da saúde, é elemento estruturante da regulação sanitária e da garantia de qualidade e segurança dos serviços prestados, em consonância com diretrizes da Anvisa, como as estabelecidas na RDC nº 63/2011. Após breve leitura, fez pausa para comentar o conteúdo da referida resolução.

Esclareceu que a RDC nº 63/2011 trata de boas práticas em serviços de saúde em sentido amplo, determinando que todos os serviços cumpram seus requisitos, inclusive a exigência de responsável técnico legalmente habilitado, ao qual cabe responder pelas atividades técnicas do estabelecimento e assegurar conformidade com as exigências sanitárias. Destacou que o artigo 18 da RDC nº 63/2011 atribui à direção e ao responsável técnico a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos, ressaltando que a função não se limita a aspecto formal, abrangendo definição, implementação e monitoramento de protocolos assistenciais e operacionais, gestão de tecnologias em saúde (seleção, aquisição, transporte, recebimento, armazenamento, distribuição, instalação, funcionamento, uso, descarte e rastreabilidade) e condução de ações voltadas à segurança do paciente e à qualidade dos serviços.

Afirmou que a responsabilidade técnica inclui, ainda, gestão de riscos e definição de condutas frente a eventos adversos, o que pressupõe habilitação legal compatível com todos os procedimentos realizados no serviço. Indicou que tal entendimento deve ser interpretado à luz das legislações profissionais, como a Lei nº 13.643/2018, que regulamenta a profissão de esteticista e cosmetólogo, atribuindo ao técnico em estética a execução de procedimentos estéticos faciais com uso de produtos cosméticos, técnicas e equipamentos registrados na Anvisa. Assinalou que a referida lei confere ao esteticista e cosmetólogo, além das demais atividades previstas, a possibilidade de assumir responsabilidade técnica por centros de estética que executem e apliquem recursos estéticos, observadas as disposições legais.

João Henrique mencionou, ainda, a Lei nº 6.360/1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária de medicamentos, insumos farmacêuticos, cosméticos, saneantes e produtos correlatos, definindo cosmético como produto para uso externo destinado à proteção e embelezamento de partes do corpo. Destacou que as leis delimitam o campo de atuação desses profissionais, não abrangendo procedimentos invasivos, como administração de substâncias por via injetável, o que implica ausência de habilitação para gerenciar riscos decorrentes desses procedimentos, inviabilizando a assunção de responsabilidade técnica em serviços que os realizem, sobretudo diante da necessidade de resposta adequada a eventos adversos potencialmente graves.

Ressaltou a distinção entre responsável técnico e responsável legal, esclarecendo que o responsável legal responde juridicamente pela pessoa jurídica perante o Estado e terceiros, enquanto o responsável técnico responde pelas atividades técnicas do serviço, admitindo-se a acumulação de funções apenas quando o indivíduo reúne ambas as

qualificações.

Sobre profissionais vinculados a conselhos de classe, informou que a responsabilidade técnica decorre de ato formal dessas entidades, que estabelecem critérios de concessão, incluindo habilitação, regularidade profissional e, em muitos casos, registro específico da responsabilidade técnica. Nesses casos, a competência para verificação da habilitação e fiscalização do exercício profissional é primariamente do respectivo conselho. Para profissionais não vinculados a conselhos de classe, como esteticistas e massoterapeutas, a habilitação deve ser aferida com base no sistema educacional brasileiro, nos termos da Lei nº 9.394/1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), cabendo à vigilância sanitária verificar a compatibilidade entre formação e atividades desenvolvidas, especialmente quanto ao gerenciamento de riscos.

Acrescentou que a Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico) estabelece, entre as atividades privativas do médico, perícia, auditoria médica, coordenação e supervisão diretamente vinculadas a atos médicos, de modo que, nos serviços em que há realização de procedimentos médicos, a responsabilidade técnica por essas atividades deve ser exercida por profissional médico, único caso em que há exigência legal expressa quanto à categoria do responsável técnico.

Retomando a leitura da nota técnica, João Henrique enfatizou que, no âmbito da vigilância sanitária, recomenda-se que, no caso de profissões regulamentadas por conselhos de classe, seja exigido documento formal emitido pelo respectivo conselho, comprovando a designação do profissional como responsável técnico pelo serviço, cabendo primordialmente a essas entidades a verificação de habilitação e regularidade, sem prejuízo da atuação sanitária. Para profissionais não submetidos a conselhos, deve ser exigida documentação oficial que comprove formação e habilitação, emitida por instituições de ensino reconhecidas, de modo a permitir avaliação da compatibilidade entre formação e atividades desenvolvidas, com atenção ao gerenciamento de riscos.

Assinalou que todos os profissionais que atuam em serviços de interesse da saúde devem estar legalmente habilitados, condição indispensável para assegurar a cadeia de responsabilização em caso de dano, seja por instâncias de fiscalização profissional, seja pela vigilância sanitária. Informou que a Anvisa define "profissional legalmente habilitado" como aquele com formação superior ou técnica, com competências atribuídas em lei, que cumpre todos os requisitos para o exercício da profissão.

Concluindo a leitura, João Henrique reforçou que, ao estabelecer a responsabilidade técnica para serviços de interesse da saúde, exige-se do profissional habilitação legal compatível com todas as atividades desenvolvidas no estabelecimento, bem como capacidade de gerir integralmente riscos associados, incluindo definição de protocolos, supervisão de sua execução, notificação e resposta a eventos adversos. Destacou que a função deve respeitar os limites legais de atuação profissional, não sendo possível admitir que o responsável técnico assuma atividades para as quais não possua habilitação. Reiterou a importância da distinção entre responsável técnico e responsável legal, cuja acumulação só é possível quando presentes os requisitos legais.

Recomendou que a vigilância sanitária exija, para profissões regulamentadas, documento formal do conselho de classe que comprove a designação do responsável técnico, atribuindo a essas entidades a verificação de habilitação profissional. Para as demais situações, defendeu a exigência de comprovação formal de formação e capacidade técnica compatível com as atividades exercidas, reiterando que a observância desses critérios é essencial para segurança dos serviços de interesse da saúde e proteção da saúde da população.

Em seguida, João Henrique apresentou exemplo, mencionando clínica de estética com enfermeiro como responsável técnico, na qual atuam biomédico, farmacêutico, biólogo, esteticista e outros profissionais. Do ponto de vista da Anvisa, não haveria impedimento legal desde que o responsável técnico definisse protocolos e

supervisionasse sua implementação, garantindo que todos os profissionais legalmente habilitados cumprissem tais protocolos, sem configurar supervisão do exercício profissional, mas sim da regularidade sanitária dos procedimentos.

Salientou que a Anvisa busca, com a nota técnica, oferecer clareza ao exercício da fiscalização sanitária e à complementaridade entre o documento em elaboração pelos conselhos de classe e a nota técnica. Ressaltou a preocupação com a responsabilização em caso de eventos adversos, ressaltando a necessidade de profissional legalmente habilitado para responder por atendimentos de emergência, citando a situação do uso de medicamentos injetáveis por esteticistas, em que as reações adversas demandam atendimento por profissionais de saúde.

Na sequência, Fernando César Santos – CFBio manifestou satisfação com a convergência entre a nota técnica e o posicionamento do CFBio, observando que o documento contribui para enfrentar problemas já apontados em discussões anteriores, como os relacionados a espaços de coworking. Relatou situações em que profissionais alugam salas em coworkings de estética, levando seus próprios equipamentos e insumos, com dificuldade de atribuição de responsabilidade técnica e fiscalização, e defendeu que a nota técnica reforça a necessidade de o responsável técnico responder por tudo o que ocorre no estabelecimento sob seu CNPJ, afastando a ideia de "cada um por si.

Em seguida, João Henrique esclareceu que a definição de "procedimento invasivo" utilizada na nota técnica foi construída com base em normas da Anvisa, em especial a RDC nº 751/2022, que trata da regularização de dispositivos médicos, a qual traz conceito específico de dispositivo médico invasivo. Comprometeu-se a incluir essa definição na nota técnica e a realizar nova apresentação do texto em momento oportuno, para verificar a compatibilidade com as demandas do Grupo de Trabalho de Estética da CRTS.

Paulo Mayall agradeceu a participação do representante da Anvisa e solicitou confirmação do número da RDC citada, sendo confirmado tratar-se da RDC nº 751/2022, norma relativa ao registro de produtos para saúde, contemplando equipamentos, materiais e diagnósticos in vitro. João Henrique explicou que se trata de norma voltada à indústria e detentores de registro, mas que seus conceitos são assimilados na área de serviços de saúde, inclusive na definição de dispositivo médico invasivo.

João Henrique relatou, ainda, estudos desenvolvidos em colaboração com a Fiocruz e compartilhados por Alice Alves de Souza – Anvisa, voltados à discussão da expressão "minimamente invasivo", ressaltando que tal terminologia não é utilizada na legislação oficial, e que sua adoção se mostra frágil sob o ponto de vista acadêmico. Observou que a Anvisa recebe demandas judiciais que se referem a "procedimentos minimamente invasivos", o que exige busca de embasamento legal, considerando que um mesmo procedimento pode atingir camadas mais profundas da pele a depender das características do paciente. Informou que o estudo abrangeu literatura científica, legislação vigente e documentação internacional, sem identificar definição oficial para "minimamente invasivo", razão pela qual a categorização adotada se baseou em conceitos já consolidados em legislação nacional e internacional.

Em resposta a questionamento de Paulo Mayall sobre outras normas utilizadas como fundamento para a nota técnica, João Henrique mencionou o conceito de "profissional legalmente habilitado", inicialmente trabalhado em norma sobre serviços de radiologia e posteriormente citado em outras normas da Anvisa, como aquelas relativas a serviços de vacinação. Explicou que se buscou evitar regulamentação infralegal que extrapolasse as leis profissionais, vinculando a habilitação às leis que regulamentam cada profissão e aos requisitos de qualificação e certificação estabelecidos pelos respectivos conselhos de classe.

Na sequência, Paulo Mayall agradeceu, mais uma vez, a apresentação e passou a palavra à Dra. Camila Maria

Rodrigues – CFF.

Camila informou que compartilha das preocupações em relação aos espaços de coworking, que considera de difícil fiscalização e potencialmente arriscados. Sugeriu a adoção do termo "não cirúrgico" em substituição a "não invasivo", por considerá-lo mais correto, com base em pesquisas que realizou para fins de parecer técnico em países onde já se admite atuação de farmacêuticos, enfermeiros e biomédicos em procedimentos estéticos, como Nova Zelândia e Reino Unido, nos quais o termo "não cirúrgico" é amplamente utilizado. Assinalou que a nota técnica é importante para dar maior precisão conceitual e reforçou apreensão específica em relação ao modelo de coworking na área de estética.

Em seguida, Paulo Mayall agradeceu a intervenção de Camila e concedeu a palavra a Roselaine Muner – Cofen.

Roselaine elogiou a Nota Técnica nº 68/2026–SEI/GRECS/CGTES/DIRES/ANVISA, destacando a pertinência de ponto já levantado por Fernando. Manifestou preocupação com o uso do conceito de "dispositivos médicos" na Europa, inclusive em rotulagem de produtos, o que pode gerar repercussões no Brasil e complexificar a atuação da fiscalização, sugerindo que a nota técnica incorpore reflexão sobre esse aspecto.

Fernando César Santos – CFBio retomou a palavra para pontuar que nem todos os produtos usados em serviços de saúde se enquadram, em sentido estrito, como "dispositivos médicos", citando como exemplo analisadores hematológicos em laboratório clínico, e sugerindo revisão de nomenclatura.

João Henrique esclareceu que a expressão "dispositivo médico" decorre de processo de convergência regulatória internacional, visando substituir o termo "produto para saúde", antes utilizado apenas no Brasil, o que gerava necessidade de rótulos diferenciados para mercado interno, dificultando importação e exportação. Explicou que a adoção do termo "medical device" e sua tradução para "dispositivo médico" decorre de harmonização com a União Europeia e outros países de língua portuguesa, sendo ferramenta para facilitar incorporação tecnológica, embora a nomenclatura possa sugerir restrição profissional que não corresponde à lógica de regularização dos produtos. Indicou que incluiria, na nota técnica, esclarecimento de que a denominação não implica reserva de uso para médicos, ressalvados os casos em que as instruções de uso do produto estabeleçam restrição expressa a determinados profissionais. Relatou, ainda, operação conjunta da Polícia Federal e Anvisa em serviços de estética, na qual participou diretamente, evidenciando as dificuldades de fiscalização em espaços de coworking, nos quais profissionais utilizam estruturas compartilhadas e transportam próprios equipamentos e insumos, dificultando a identificação de responsáveis técnicos, protocolos e regularidade dos produtos. Destacou que, em discussão recente sobre a regulamentação de serviços odontológicos, a questão do coworking também se mostrou sensível, reforçando a importância de entender como os conselhos de classe conferem responsabilidade técnica e habilitação profissional, razão pela qual o documento preparado pelo grupo de trabalho é de grande relevância.

João Henrique se colocou à disposição para aprofundar o debate em oportunidades futuras, ressaltando entusiasmo com o tema.

Na sequência, Paulo Mayall registrou que as contribuições apresentadas por João Henrique foram gravadas e que seriam utilizadas para aprimorar o texto produzido pela Anvisa e pelo GT de Estética. Assinalou que, naquele momento, os principais pontos sobre responsabilidade técnica haviam sido apresentados e que seria oportuno avançar para os encaminhamentos finais. Informou que a minuta do documento sobre procedimentos e habilitações havia sido encaminhada previamente aos participantes, constando no convite desta reunião, enviado por e-mail e disponível no calendário Outlook. Esclareceu que a minuta ainda não se encontra em condição de ser submetida à plenária, sendo necessário elaborar relatório específico para apresentação, indicando que o documento será concluído em nova reunião, a ser realizada antes de setembro, com base, inclusive, na apresentação da Anvisa e

nas discussões sobre responsabilidade técnica. Acrescentou que, entre os encaminhamentos previstos, está a proposta de a CRTS discutir, em plenária, a temática da responsabilidade técnica e as possíveis modificações necessárias em RDCs da Anvisa e nas normativas dos próprios conselhos, com destaque para a Odontologia, incluindo recomendação ao CFO para aprofundar a discussão sobre responsabilidade técnica em odontologia, delimitação de responsabilidades em estabelecimentos próprios e em modelos de coworking.

Paulo Mayall informou que seria elaborado relatório para a plenária, contemplando os comentários sobre a apresentação da Anvisa, a ser encaminhado por e-mail aos participantes. Indicou que, na plenária, pretende-se abrir debate amplo sobre responsabilidade técnica, de forma a possibilitar manifestação de outros conselhos que não participam diretamente deste Grupo de Trabalho, bem como aprofundar a discussão sobre coworking, com presença da Anvisa.

Verificada a concordância dos presentes com os encaminhamentos, o coordenador registrou que a ata da reunião anterior se encontra disponível no convite enviado por e-mail e reiterou que a ata desta reunião será elaborada e encaminhada a todos, juntamente com o relatório a ser submetido à plenária.

Nada mais havendo a tratar, Paulo Mayall agradeceu a participação de todos e declarou encerrada a reunião, renovando os agradecimentos e registrando que os desdobramentos serão comunicados pelos canais institucionais habituais.

NOTA TÉCNICA Nº 97/2026/SEI/GRECS/GGTES/DIRE5/ANVISA

Processo nº 25351.916240/2026-16

	Responsabilidade Técnica em Serviços de Saúde e de Interesse para a Saúde

1. RELATÓRIO

A presente nota técnica tem por objetivo analisar o papel e os limites da responsabilidade técnica em serviços de saúde e de interesse para a saúde, à luz do ordenamento jurídico e sanitário brasileiro, com fundamento em normas legais, infralegais e diretrizes emanadas da administração pública, notadamente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como de legislações profissionais e educacionais vigentes.

A discussão ganha relevância diante da crescente complexidade dos serviços de saúde e de interesse para a saúde e da ampliação da oferta de tecnologias e procedimentos, incluindo aqueles realizados em estabelecimentos não tradicionalmente vinculados à assistência à saúde, como serviços estéticos e de bem-estar. Nesse contexto, emerge a necessidade de delimitar com precisão as atribuições do responsável técnico, diferenciando-o do responsável legal, bem como de estabelecer critérios para a assunção dessa função por profissionais com ou sem vinculação a conselhos de classe.

2. ANÁLISE

2.1. Natureza e alcance da responsabilidade técnica

A responsabilidade técnica, no âmbito dos serviços de saúde e de interesse para a saúde, constitui elemento estruturante da regulação sanitária e da garantia da qualidade e segurança dos serviços prestados. Segundo diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, como aquelas estabelecidas na RDC nº 63/2011, os serviços de saúde devem contar com responsável técnico legalmente habilitado, a quem cabe responder pelas atividades técnicas do estabelecimento e assegurar a conformidade com os requisitos sanitários aplicáveis.

O artigo 18 da RDC nº 63/2011 estabelece:

> "Art. 18. A direção e o responsável técnico do serviço de saúde têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos."

Nesse sentido, o responsável técnico não se limita a uma função formal. Sua atuação abrange a definição, implementação e monitoramento de protocolos assistenciais e operacionais, a gestão de tecnologias em saúde — compreendendo a seleção, aquisição, transporte, recebimento, armazenamento, distribuição, instalação, funcionamento ou uso, descarte e rastreabilidade de equipamentos, saneantes, medicamentos, cosméticos e produtos de higiene —, bem como a condução de ações voltadas à segurança do paciente e à garantia da qualidade.

A elaboração e implementação dos protocolos assistenciais, operacionais e de gerenciamento de riscos constituem atribuições centrais do responsável técnico. No exercício dessa função, os processos de trabalho do serviço devem ser estruturados com fundamento em

três referenciais complementares e indissociáveis: a legislação e regulamentação vigentes, as condições de uso aprovadas para os produtos e tecnologias empregadas e as melhores evidências científicas disponíveis.

Compete ainda ao responsável técnico assegurar a supervisão dos processos desenvolvidos no serviço, promover a revisão periódica dos protocolos adotados, definir medidas de prevenção e mitigação de riscos, monitorar eventos adversos e garantir a adoção das medidas corretivas e preventivas necessárias.

2.2. Habilitação profissional e limites legais de atuação

A responsabilidade técnica pressupõe que o profissional detenha habilitação legal compatível com todas as atividades desenvolvidas no serviço. Tal entendimento decorre da necessidade de gerenciamento integral dos riscos associados aos procedimentos realizados e deve ser interpretado à luz das legislações profissionais aplicáveis.

A Lei nº 13.643/2018, que regulamenta a profissão de esteticista e cosmetólogo, estabelece:

> "Art. 5º Compete ao Técnico em Estética:
>
> I - executar procedimentos estéticos faciais, corporais e capilares, utilizando como recursos de trabalho produtos cosméticos, técnicas e equipamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
>
> (...)
>
> Art. 6º Compete ao Esteticista e Cosmetólogo, além das atividades descritas no art. 5º desta Lei:
>
> I - a responsabilidade técnica pelos centros de estética que executam e aplicam recursos estéticos, observado o disposto nesta Lei."

A lei nº 6360/1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências, define o produto cosmético como:

> "Art. 3º - Para os efeitos desta Lei, além das definições estabelecidas nos incisos I, II, III, IV, V e VII do art. 4º da Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, são adotadas as seguintes: [...]
> V - Cosméticos: **Produtos para uso externo**, destinados à proteção ou ao embelezamento das diferentes partes do corpo, tais como pós faciais, talcos, cremes de beleza, creme para as mãos e similares, máscaras faciais, loções de beleza, soluções leitosas, cremosas e adstringentes, loções para as mãos, bases de maquilagem e óleos cosméticos, ruges, "blushes", batons, lápis labiais, preparados antissolares, bronzeadores e simulatórios, rímeis, sombras, delineadores, tinturas capilares, agentes clareadores de cabelos, preparados para ondular e para alisar cabelos, fixadores de cabelos, laquês, brilhantinas e similares, loções capilares, depilatórios e epilatórios, preparados para unhas e outros;" (grifo nosso)

As competências atribuídas aos profissionais da estética devem ser interpretadas à luz dessas disposições legais, as quais não abrangem a realização de procedimentos invasivos, como a administração de substâncias por via injetável, por exemplo. Assim, profissionais sujeitos a essas limitações legais não possuem habilitação para gerenciar riscos decorrentes desses procedimentos, o que inviabiliza a assunção da responsabilidade técnica em serviços que os realizem, sobretudo considerando a necessidade de resposta adequada e legalmente amparada a eventos adversos potencialmente graves.

Adicionalmente, verifica-se que não há, no ordenamento jurídico brasileiro vigente, definição legal ou regulatória de "procedimento minimamente invasivo". Embora a expressão seja amplamente utilizada em publicações científicas, documentos técnicos e materiais publicitários, inexiste dispositivo legal que a reconheça como categoria jurídica apta a delimitar competências profissionais ou atribuições de responsabilidade técnica.

Por essa razão, a caracterização de determinado procedimento como minimamente invasivo não constitui parâmetro suficiente para aferir a habilitação legal de um

profissional ou sua aptidão para assumir responsabilidade técnica por um serviço.

2.3. Tecnologias em saúde, dispositivos médicos e gerenciamento de riscos

A análise da responsabilidade técnica também deve considerar a natureza dos produtos, equipamentos e tecnologias empregados no serviço.

A RDC nº 751/2022 define dispositivo cirurgicamente invasivo, dispositivo médico e dispositivo médico invasivo como:

> "IX - dispositivo cirurgicamente invasivo: dispositivo invasivo que penetra no corpo através da sua superfície, incluindo através das membranas mucosas dos orifícios corporais, no âmbito de uma intervenção cirúrgica; e dispositivo que penetra no corpo por outra via que não um orifício corporal;
>
> X - dispositivo médico (produto médico); qualquer instrumento, aparelho, equipamento, implante, dispositivo médico para diagnóstico in vitro, software, material ou outro artigo, destinado pelo fabricante a ser usado, isolado ou conjuntamente, em seres humanos, para algum dos seguintes propósitos médicos específicos, e cuja principal ação pretendida não seja alcançada por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos no corpo humano, mas que podem ser auxiliados na sua ação pretendida por tais meios:
>
> a) diagnóstico, prevenção, monitoramento, tratamento (ou alívio) de uma doença;
>
> b) diagnóstico, monitoramento, tratamento ou reparação de uma lesão ou deficiência;
>
> c) investigação, substituição, alteração da anatomia ou de um processo ou estado fisiológico ou patológico;
>
> d) suporte ou manutenção da vida;
>
> e) controle ou apoio à concepção; ou
>
> f) fornecimento de informações por meio de exame in vitro de amostras provenientes do corpo humano, incluindo doações de órgãos e tecidos.[...]
>
> XV - dispositivo médico invasivo: qualquer dispositivo que penetre parcial ou totalmente no corpo, seja por um dos seus orifícios ou atravessando a sua superfície;"

A classificação regulatória de um produto como dispositivo médico ou dispositivo médico invasivo não produz, por si só, autorização para sua utilização por qualquer categoria profissional. O registro ou a notificação de produtos perante a Anvisa destinam-se à avaliação de requisitos de segurança, desempenho e qualidade, não alterando as competências profissionais estabelecidas em lei.

Por sua vez, o art. 55 da RDC nº 63/2011 estabelece que:

> "Art. 55. O serviço de saúde deve garantir que os materiais e equipamentos sejam utilizados exclusivamente para os fins a que se destinam."

Nesse contexto, as instruções de uso aprovadas no processo de regularização sanitária do produto constituem referência obrigatória para sua utilização pelos serviços de saúde e de interesse para a saúde. As indicações de uso, contraindicações, advertências, limitações técnicas e eventuais restrições relativas ao perfil profissional do usuário devem ser observadas e incorporadas aos protocolos e processos de trabalho do serviço.

Quando o fabricante estabelece que determinado equipamento ou dispositivo médico deve ser operado exclusivamente por categorias profissionais específicas ou por profissionais com formação, habilitação ou treinamento determinados, tal condição integra o contexto de segurança e desempenho considerado para fins de regularização sanitária do produto.

A utilização do produto em desacordo com essas condições pode comprometer os pressupostos de segurança considerados no processo regulatório e impactar a cadeia de responsabilização relacionada a eventuais eventos adversos.

2.4. Supervisão profissional e cadeia de responsabilização

O ordenamento jurídico brasileiro prevê, em determinadas profissões da área da saúde, relações formais de supervisão entre categorias profissionais.

A Lei nº 7.498/1986 estabelece que as atividades do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem, quando exercidas em instituições de saúde e programas de saúde, devem ocorrer sob orientação e supervisão de enfermeiro.

De forma semelhante, a Lei nº 11.889/2008 dispõe que as atividades do Técnico em Saúde Bucal e do Auxiliar em Saúde Bucal são exercidas sob supervisão de cirurgião-dentista, observadas as competências legalmente atribuídas a cada categoria.

Tais previsões demonstram que a aptidão legal para executar determinadas atividades não se confunde necessariamente com a competência para supervisioná-las, coordená-las ou assumir responsabilidade técnica pelos serviços em que são desenvolvidas.

Nesses casos, a própria legislação estabelece uma cadeia de responsabilidades e define profissionais legalmente incumbidos da supervisão técnica das atividades executadas.

Adicionalmente, a Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico) estabelece que:

> "Art. 5º São privativos de médico: [...]
>
> II - perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;"

Desse modo, a supervisão de atos médicos é atividade privativa de médico, o que implica que, nos serviços em que há realização de procedimentos médicos, a responsabilidade técnica por essas atividades deve necessariamente ser exercida por profissional médico, sendo este o único caso em que há exigência legal expressa quanto à categoria profissional do responsável técnico.

Consequentemente, a definição do responsável técnico de um serviço deve observar não apenas a habilitação para execução dos procedimentos realizados, mas também eventuais exigências legais de supervisão profissional previstas na legislação de regência.

2.5. Responsável técnico e responsável legal

No tocante à distinção entre responsável técnico e responsável legal, destaca-se que o responsável legal é aquele que responde juridicamente pela pessoa jurídica perante o Estado e terceiros, enquanto o responsável técnico responde pelas atividades técnicas desenvolvidas no serviço.

A acumulação dessas funções é possível apenas quando o indivíduo reúne simultaneamente ambas as qualificações.

2.6. Comprovação da habilitação profissional perante a vigilância sanitária

Quanto aos profissionais vinculados a conselhos de classe, a responsabilidade técnica decorre de ato formal dessas entidades, que estabelecem critérios próprios para sua concessão, incluindo requisitos de habilitação, regularidade profissional e, em muitos casos, registro específico da responsabilidade técnica.

Nesses casos, recomenda-se que a vigilância sanitária exija documento formal emitido pelo respectivo conselho profissional comprovando a designação do responsável técnico pelo serviço.

Por outro lado, para profissionais não vinculados a conselhos de classe, a habilitação deve ser aferida com base no sistema educacional brasileiro, nos termos da Lei nº 9.394/1996, mediante documentação oficial emitida por instituição de ensino reconhecida.

Em ambos os casos, a vigilância sanitária deve verificar a compatibilidade entre a formação do profissional e as atividades efetivamente desenvolvidas no serviço, especialmente no que se refere ao gerenciamento dos riscos sanitários envolvidos.

Por fim, ressalta-se que todos os profissionais que atuam em serviços de saúde e de interesse para a saúde devem ser legalmente habilitados, condição indispensável para assegurar a adequada cadeia de responsabilização em caso de danos, bem como a efetividade dos mecanismos de fiscalização exercidos pelos órgãos de vigilância sanitária e pelas

entidades de fiscalização profissional, sem prejuízo da apuração de responsabilidades nas esferas administrativa, civil e penal. O profissional legalmente habilitado é definido pela Anvisa como "profissional com formação superior ou técnica com suas competências atribuídas por lei, e que cumpre todos os requisitos legais para o exercício da profissão".

3. CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a responsabilidade técnica em serviços de saúde e de interesse para a saúde exige do profissional habilitação legal compatível com todas as atividades desenvolvidas no estabelecimento, bem como capacidade de gerir integralmente os riscos associados, incluindo a definição e atualização de protocolos, a supervisão de sua execução, a observância da legislação sanitária aplicável, das instruções de uso e demais condições de utilização aprovadas para os produtos e tecnologias empregados e das melhores evidências científicas disponíveis.

A assunção dessa função deve respeitar os limites legais de atuação profissional, não sendo admissível que profissionais assumam responsabilidade técnica por atividades para as quais não possuem habilitação. Do mesmo modo, devem ser observadas as eventuais relações de supervisão profissional expressamente previstas em lei, especialmente quando a legislação atribuir a determinadas categorias profissionais a coordenação, supervisão ou direção técnica de atividades executadas por outros profissionais.

A regularização sanitária de produtos, equipamentos e dispositivos médicos perante a Anvisa não amplia nem modifica as competências legalmente atribuídas às diferentes categorias profissionais. Da mesma forma, a utilização da expressão "procedimento minimamente invasivo" não constitui critério jurídico ou sanitário apto a definir habilitação profissional ou atribuições de responsabilidade técnica.

A aptidão para o exercício da responsabilidade técnica deve fundamentar-se nas competências legalmente atribuídas à profissão, na formação do profissional, nas condições de uso aprovadas para os produtos e tecnologias empregados no serviço e na capacidade de gerenciamento integral dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas.

Recomenda-se, ainda, que as vigilâncias sanitárias exijam, nos casos de profissões regulamentadas, documento formal do conselho de classe que comprove a designação do responsável técnico, atribuindo-se a essas entidades a verificação da habilitação profissional. Nos demais casos, deve-se exigir comprovação formal de formação e capacidade técnica compatível com as atividades exercidas.

Finalmente, a distinção entre responsável técnico e responsável legal deve ser observada em todos os serviços de saúde e de interesse para a saúde, admitindo-se a acumulação dessas funções apenas quando presentes os requisitos legais aplicáveis.

Reitera-se que a observância desses critérios é essencial para a segurança dos serviços de saúde e de interesse para a saúde, para a adequada gestão dos riscos sanitários, para a preservação da cadeia de responsabilização e para a proteção da saúde da população.

Documento assinado eletronicamente por **Joao Henrique Campos de Souza**, **Gerente de Regulamentação e Controle Sanitário em Serviços de Saúde**, em 02/06/2026, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.

Documento assinado eletronicamente por **Alice Alves de Souza**, **Coordenador(a) de Serviços de Interesse para a Saúde**, em 02/06/2026, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.

Documento assinado eletronicamente por **Edmilson Silva Diniz Filho**, **Gerente-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde**, em 02/06/2026, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10543.htm.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.anvisa.gov.br/autenticidade, informando o código verificador **4295096** e o código CRC **EFC985C4**.

Referência: Processo nº 25351.916240/2026-16 SEI nº 4295096