ReGeo ISSN: 2177-3246

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE E ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL: COMPETÊNCIAS, COORDENAÇÃO E COMPOSIÇÃO DECISÓRIA

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT AND MULTIPROFESSIONAL COLLABORATION: COMPETENCIES, COORDINATION, AND DECISION-MAKING STRUCTURE

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y ACTUACIÓN MULTIPROFESIONAL: COMPETENCIAS, COORDINACIÓN Y COMPOSICIÓN DECISORIA

https://doi.org/10.56238/revgeov17n10-122

Data de submissão: 04/09/2026 **Data de publicação:** 16/10/2026

Kesley Silveira de Albuquerque
Médico especialista em Clínica Médica
E-mail: kesleyalbuquerque@hotmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7317979338995554

RESUMO

A avaliação de tecnologias em saúde decide sobre exames, dispositivos, procedimentos e protocolos cujo uso depende de equipes formadas por várias profissões, mas a norma que organiza essa decisão no Brasil nunca nomeia a palavra que descreve esse trabalho. Este artigo examina o desenho institucional da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde a partir de três eixos indicados em seu decreto de regência: competências, coordenação e composição decisória. O percurso combina a leitura dos textos consolidados da Lei nº 8.080, de 1990, do Decreto nº 7.646, de 2011, e dos atos que os alteraram até novembro de 2025, com a coleta integral das portarias de decisão publicadas na Seção 1 do Diário Oficial da União entre 1º de janeiro de 2022 e 17 de outubro de 2026. Foram identificadas 319 portarias de decisão, das quais 176 de incorporação, 115 de não incorporação, 21 de ampliação de uso e 7 de exclusão. A composição dos colegiados passou de treze para quinze e depois para dezessete cadeiras com direito a voto, com quórum mínimo de sete, oito e nove membros. Em todas as versões, as únicas cadeiras reservadas a expertise profissional são as do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira, ambas médicas, enquanto nenhum conselho federal de outra profissão da saúde possui assento, titular ou convidado. A palavra multiprofissional não aparece nenhuma vez na lei orgânica, no decreto de regência ou na portaria ministerial que os regulamentou. Ao menos 85 das 319 decisões, isto é 26,6%, trataram de tecnologias que não são medicamentos, proporção que subiu de 19,2% em 2022 para 38,3% em 2026. O único dispositivo que abre a avaliação à perspectiva profissional não é estrutural, é neutro quanto à profissão e está condicionado à cláusula quando couber.

Palavras-chave: Avaliação da Tecnologia Biomédica. Equipe de Assistência ao Paciente. Política de Saúde.

ABSTRACT

Health technology assessment decides on tests, devices, procedures and protocols whose use depends on teams made up of several professions, yet the rules that organise this decision in Brazil never name the word that describes such work. This article examines the institutional design of the National Committee for Technology Incorporation in the Unified Health System along the three axes stated in its governing decree: competences, coordination and decision-making composition. The approach combines a reading of the consolidated texts of Law 8,080 of 1990, Decree 7,646 of 2011 and the acts

amending them up to November 2025 with the complete collection of decision ordinances published in Section 1 of the Federal Official Gazette between 1 January 2022 and 17 October 2026. A total of 319 decision ordinances were identified, of which 176 granted incorporation, 115 denied it, 21 expanded use and 7 excluded a technology. The composition of the collegiate bodies moved from thirteen to fifteen and then to seventeen voting seats, with minimum quorums of seven, eight and nine members. In every version, the only seats reserved for professional expertise belong to the Federal Council of Medicine and the Brazilian Medical Association, both medical, while no federal council of any other health profession holds a seat, whether voting or invited. The word multiprofessional appears not once in the organic law, in the governing decree or in the ministerial ordinance that regulated them. At least 85 of the 319 decisions, that is 26.6%, dealt with technologies that are not medicines, a share that rose from 19.2% in 2022 to 38.3% in 2026. The single provision that opens the assessment to the professional perspective is not structural, is profession neutral and is conditioned on the clause where appropriate.

Keywords: Biomedical Technology Assessment. Patient Care Team. Health Policy.

RESUMEN

La evaluación de tecnologías en salud decide sobre exámenes, dispositivos, procedimientos y protocolos cuyo uso depende de equipos formados por varias profesiones, pero la norma que organiza esa decisión en Brasil nunca menciona la palabra que describe ese trabajo. Este artículo examina el diseño institucional de la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías en el Sistema Único de Salud a partir de tres ejes indicados en su decreto de regencia: competencias, coordinación y composición decisoria. El recorrido combina la lectura de los textos consolidados de la Ley nº 8.080, de 1990, del Decreto nº 7.646, de 2011, y de los actos que los alteraron hasta noviembre de 2025, con la recopilación integral de las portarías de decisión publicadas en la Sección 1 del Diario Oficial de la Unión entre el 1º de enero de 2022 y el 17 de octubre de 2026. Se identificaron 319 portarías de decisión, de las cuales 176 de incorporación, 115 de no incorporación, 21 de ampliación de uso y 7 de exclusión. La composición de los colegios pasó de trece a quince y después a diecisiete sillas con derecho a voto, con quórum mínimo de siete, ocho y nueve miembros. En todas las versiones, las únicas sillas reservadas a expertise profesional son las del Consejo Federal de Medicina y de la Asociación Médica Brasileña, ambas médicas, mientras que ningún consejo federal de otra profesión de la salud posee asiento, titular o invitado. La palabra multiprofesional no aparece ninguna vez en la ley orgánica, en el decreto de regencia o en la portaría ministerial que los reglamentó. Al menos 85 de las 319 decisiones, es decir 26,6%, trataron de tecnologías que no son medicamentos, proporción que subió de 19,2% en 2022 a 38,3% en 2026. El único dispositivo que abre la evaluación a la perspectiva profesional no es estructural, es neutro respecto a la profesión y está condicionado a la cláusula cuando corresponda.

Palabras clave: Evaluación de la Tecnología Biomédica. Equipo de Asistencia al Paciente. Política de Salud.

1 INTRODUÇÃO

Quando um sistema público de saúde decide se passará a oferecer um exame, um dispositivo, um procedimento ou um protocolo terapêutico, a decisão recai sobre um objeto que raramente pertence a uma única profissão. Um teste molecular depende do laboratório e de quem interpreta o resultado na clínica. Uma bomba de infusão depende de quem prescreve, de quem instala, de quem monitora e de quem orienta o paciente em casa. Um protocolo clínico, por definição, organiza condutas de várias categorias ao longo de uma linha de cuidado. A literatura que estuda a sedimentação da avaliação de tecnologias em saúde dentro dos hospitais brasileiros descreve justamente essa natureza distribuída do objeto avaliado.

No Brasil, essa decisão é tomada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que inseriu o art. 19-Q na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e regulamentada pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. O art. 1º desse decreto anuncia que ele dispõe sobre a composição, as competências e o funcionamento da comissão. São três palavras que delimitam com precisão o que uma análise de desenho institucional precisa examinar: quem decide, o que se exige de quem decide e quem organiza o trabalho dessa decisão.

Entre 2011 e 2025 esse desenho foi reescrito três vezes em nível legal e duas vezes em nível regulamentar. A Lei nº 14.655, de 23 de agosto de 2023, acrescentou um assento à Associação Médica Brasileira. A Lei nº 15.120, de 7 de abril de 2025, acrescentou um assento a organização da sociedade civil, com direito a voto e ocupação rotativa. O Decreto nº 11.161, de 4 de agosto de 2022, substituiu o Plenário único por três Comitês temáticos e elevou a composição de treze para quinze membros. O Decreto nº 12.716, de 12 de novembro de 2025, elevou-a para dezessete. Em cada uma dessas reescritas o legislador e o regulamentador tiveram a oportunidade de decidir quais saberes profissionais teriam cadeira na mesa.

Este artigo examina o que foi decidido nessas oportunidades e o que as decisões efetivamente publicadas revelam sobre o objeto que esse colegiado avalia. A pergunta que organiza o trabalho é simples de enunciar e verificável por fontes primárias: a composição decisória da avaliação de tecnologias em saúde no Brasil corresponde à natureza multiprofissional das tecnologias que ela avalia? Para responder, o estudo lê os textos normativos consolidados e, em paralelo, recolhe a totalidade das portarias de decisão publicadas no Diário Oficial da União em um recorte de quase cinco anos, classificando-as por desfecho e por tipo de tecnologia.

A contribuição pretendida não é normativa nem prescritiva. Não se trata de sustentar que determinada profissão deva ocupar determinada cadeira, discussão que pertence ao debate político e

corporativo e que este artigo não arbitra. Trata-se de medir uma distância: a que separa o que a norma declara avaliar do conjunto de saberes que ela convoca formalmente para avaliar. Essa distância é mensurável, e medi-la com precisão é condição para qualquer discussão informada sobre o tema.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo é documental, descritivo e de base censitária no recorte adotado. Trabalha com duas camadas de fontes primárias, ambas públicas e verificáveis.

A primeira camada é normativa. Foram lidos os textos consolidados, com todas as redações sucessivas e as notas de alteração, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, do Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, do Decreto nº 11.161, de 4 de agosto de 2022, do Decreto nº 12.716, de 12 de novembro de 2025, do Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023, do Decreto nº 11.391, de 20 de janeiro de 2023, e do Decreto nº 12.708, de 31 de outubro de 2025, bem como os textos integrais da Lei nº 14.655, de 23 de agosto de 2023, da Lei nº 15.120, de 7 de abril de 2025, e da Portaria GM/MS nº 8.817, de 21 de novembro de 2025. A consolidação disponibilizada pela Presidência da República permite reconstruir a cadeia de alterações artigo por artigo, porque mantém cada redação anterior acompanhada da nota que indica o ato que a substituiu.

Sobre essa camada foi aplicada também uma contagem lexical simples. Verificou-se quantas vezes termos como multiprofissional, multidisciplinar, interdisciplinar, equipe, enfermagem, farmácia, odontologia, psicologia, nutrição e fisioterapia aparecem no texto consolidado de cada ato. A contagem lexical não substitui a interpretação jurídica, mas registra de modo objetivo quais categorias o texto nomeia e quais ele não nomeia, o que é precisamente o que se deseja medir.

A segunda camada é empírica. As decisões da comissão são publicadas como portarias do secretário que preside os colegiados, na Seção 1 do Diário Oficial da União. A ementa de cada portaria traz o desfecho em redação padronizada, nas formas torna pública a decisão de incorporar, torna pública a decisão de não incorporar, torna pública a decisão de excluir e torna pública a decisão de ampliar o uso. Essas quatro expressões exatas foram usadas como chaves de busca no mecanismo de consulta por texto integral do Diário Oficial, restrito à Seção 1 e ao período de 1º de janeiro de 2022 a 17 de outubro de 2026.

Como o mecanismo de busca devolve no máximo vinte registros por consulta e não permite paginação por requisição direta, as janelas de data foram fracionadas mês a mês, com subdivisão automática sempre que uma janela excedia esse limite. O conjunto bruto reuniu 424 registros únicos. Em seguida foram descartados os atos que contêm as mesmas expressões sem serem decisões da comissão, como resoluções de comércio exterior, despachos decisórios de defesa econômica,

despachos ministeriais e atas de reunião. O filtro reteve apenas as portarias assinadas pela secretaria que preside os colegiados ou por ela em conjunto com outra secretaria do Ministério da Saúde, totalizando 319 portarias de decisão.

Cada portaria foi classificada por desfecho, segundo a expressão que a identificou, e por tipo de tecnologia, segundo marcadores lexicais presentes na ementa. A classificação por tipo é deliberadamente conservadora: uma ementa só é atribuída a protocolo clínico, exame diagnóstico, produto ou dispositivo, vacina ou procedimento quando contém marcador explícito dessa categoria. Tudo o que não apresenta marcador reconhecido permanece em uma categoria residual que reúne medicamentos e ementas não classificadas. Por isso, a proporção de decisões sobre tecnologias que não são medicamentos deve ser lida como piso, e não como estimativa pontual.

Nenhum dado foi estimado, imputado ou projetado. Todos os totais apresentados nas seções seguintes foram recalculados a partir do arquivo de extração, e as somas por desfecho e por tipo fecham exatamente com o total de 319. As datas usadas são as de publicação no Diário Oficial, e não as de assinatura, o que explica que a primeira portaria do recorte, publicada em 3 de janeiro de 2022, tenha sido assinada em 31 de dezembro de 2021.

3 A ARQUITETURA NORMATIVA DA DECISÃO

3.1 COMPETÊNCIAS: O QUE A NORMA EXIGE DE QUEM DECIDE

A competência material dos colegiados está no art. 6º do Decreto nº 7.646, de 2011, com a redação dada pelo Decreto nº 11.161, de 2022. Os Comitês emitem relatórios e pareceres conclusivos destinados a assessorar o Ministério da Saúde em três frentes: a incorporação, a exclusão ou a alteração de tecnologias em saúde; a constituição ou a alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; e a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. As três frentes têm alcance distinto. A primeira trata do objeto isolado. A segunda trata da organização do cuidado em torno dele. A terceira trata da lista que operacionaliza o acesso.

Já a competência pessoal, isto é, o que se exige de quem ocupa a cadeira, está em um único dispositivo. O § 9º do art. 7º, incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022, determina que os indicados para compor os Comitês deverão ter experiência profissional e capacitação no campo de avaliação de tecnologias em saúde, ou mestrado ou doutorado em áreas relacionadas à avaliação de tecnologias em saúde. É um requisito de qualificação técnica, não de pertencimento profissional. Em termos de desenho institucional, trata-se de uma escolha significativa: a norma exige que o membro saiba fazer avaliação de tecnologias, mas é inteiramente indiferente à profissão de origem desse saber.

Essa neutralidade, porém, opera apenas sobre quem é indicado, não sobre quem indica. As entidades indicantes estão nominalmente listadas no caput do art. 7º, e é nessa lista que a questão multiprofissional se decide. Um requisito de qualificação profissionalmente neutro aplicado a uma lista de indicantes profissionalmente seletiva produz um resultado seletivo.

Há ainda uma segunda via de competência, introduzida pela Portaria GM/MS nº 8.817, de 21 de novembro de 2025, que alterou o Anexo XVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017. Entre os elementos que o relatório da comissão deve considerar, o texto passou a incluir as perspectivas do usuário do Sistema Único de Saúde e do profissional de saúde especialista no tema, quando couber. Essa é a única menção, em toda a cadeia normativa examinada, à perspectiva do profissional de saúde como insumo da avaliação. Ela não cria assento, não atribui voto, não define quem é o profissional especialista no tema, não estabelece procedimento de consulta e está submetida à cláusula quando couber, que transfere integralmente ao instrutor do processo o juízo sobre sua pertinência.

A mesma portaria introduziu três conceitos operacionais novos no processo: o monitoramento do horizonte tecnológico, o acesso gerenciado e o acordo de acesso gerenciado. Os dois últimos condicionam a implementação de uma tecnologia incorporada ao monitoramento de desempenho e a prazo de reavaliação, mediante contrato entre o ente público e a empresa fornecedora. São instrumentos que deslocam parte do problema da decisão para a fase posterior à incorporação, campo em que a literatura brasileira já vinha documentando lacunas no acompanhamento das tecnologias efetivamente incorporadas.

3.2 COORDENAÇÃO: A SECRETARIA QUE PRESIDE E SEUS QUATRO NOMES

A coordenação do processo é exercida por duas estruturas. A primeira é a secretaria finalística do Ministério da Saúde que preside os colegiados e que, nos termos dos arts. 20 e 23 do Decreto nº 7.646, de 2011, concentra o ato decisório: concluído o processo no âmbito dos Comitês, com a recomendação final, a Secretaria-Executiva encaminha os autos ao secretário para decisão, e o ato decisório é publicado no Diário Oficial da União. A segunda é a própria Secretaria-Executiva da comissão, exercida, conforme o art. 13 do Anexo XVI na redação de 2025, pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde dessa mesma secretaria.

O desenho concentra, portanto, três funções em uma única cadeia hierárquica: a presidência dos colegiados, o suporte técnico e administrativo e a competência decisória final. O art. 21 acrescenta a prerrogativa de o secretário solicitar audiência pública antes de decidir, conforme a relevância da

matéria, e o art. 26, § 1º, estabelece que o recurso contra a decisão é dirigido ao próprio secretário, que, se não reconsiderar no prazo de cinco dias, o encaminha de ofício ao Ministro de Estado da Saúde.

Essa cadeia, contudo, não teve estabilidade nominal no período estudado. As 319 portarias de decisão foram assinadas sob quatro denominações sucessivas da secretaria que preside os colegiados, conforme registra o próprio índice de hierarquia do Diário Oficial. A tabela a seguir reconstrói essa sequência a partir das portarias efetivamente publicadas.

Tabela 1. Denominações da secretaria signatária das 319 portarias de decisão, 2022 a 2026

Decisões	Primeira	Última	Denominação da secretaria que preside
74	03/01/2022	26/01/2023	Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
43	05/04/2023	23/11/2023	Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde
141	22/12/2023	03/11/2025	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde
57	05/12/2025	29/09/2026	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
4	27/10/2023	01/11/2024	Portarias conjuntas indexadas na Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Fonte: elaboração própria a partir do índice da Seção 1 do Diário Oficial da União, consulta em 17 de outubro de 2026.

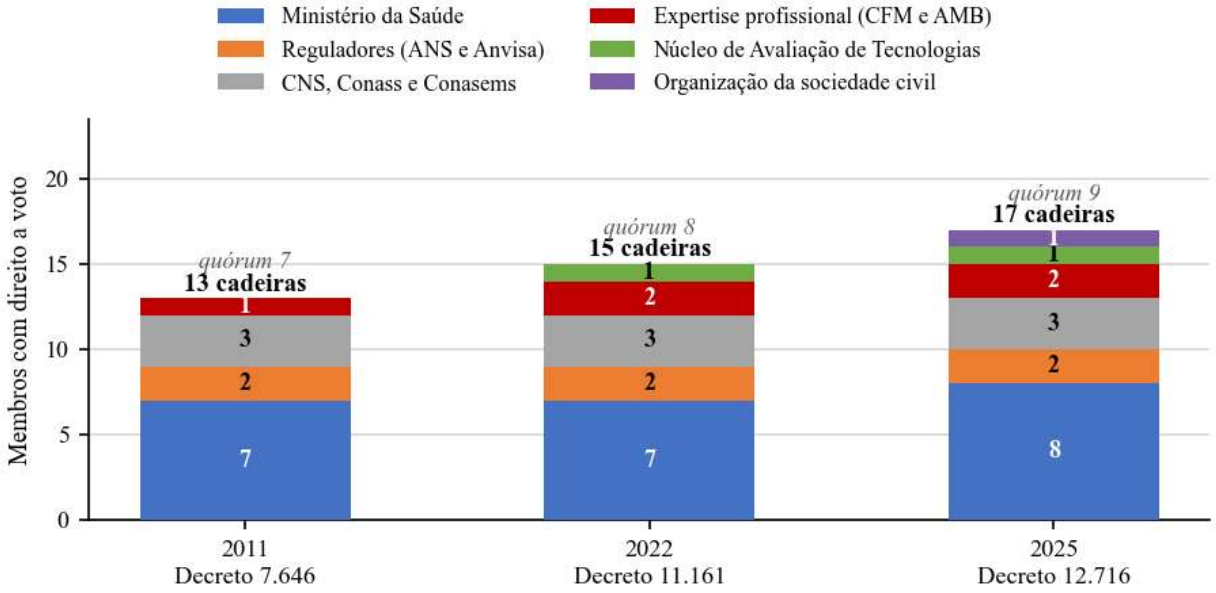
A primeira mudança decorre do Decreto nº 11.391, de 20 de janeiro de 2023, que alterou a estrutura regimental aprovada pelo Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023. A segunda acompanha o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, que substituiu aquela estrutura. A terceira decorre do Decreto nº 12.708, de 31 de outubro de 2025, que devolveu à pasta a denominação Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, retomando a sigla usada em 2011 e em 2022. São quatro nomes em menos de cinco anos para o órgão que preside os colegiados, assina as decisões e abriga a Secretaria-Executiva.

Convém não extrair dessa instabilidade mais do que ela comporta. A série de publicações mostra 125 dias com decisão publicada no período, com intervalo mediano de dez dias entre dias de publicação. O maior intervalo observado, de 69 dias, vai de 26 de janeiro a 5 de abril de 2023 e coincide com a primeira troca de denominação. Porém intervalos de porte comparável, de 63 e de 56 dias, ocorrem em 2025, em 2024 e em 2026 sem qualquer reestruturação correspondente, e a troca de denominação de novembro de 2025 produziu intervalo de 32 dias, que não figura entre os oito maiores da série. Os dados, portanto, não autorizam atribuir às reorganizações administrativas o ritmo de publicação das decisões.

3.3 COMPOSIÇÃO DECISÓRIA: TREZE, QUINZE, DEZESSETE

O art. 7º do Decreto nº 7.646, de 2011, em sua redação original, compunha o Plenário com treze membros com direito a voto. O Decreto nº 11.161, de 2022, substituiu o Plenário por três Comitês, de Medicamentos, de Produtos e Procedimentos e de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, cada um com quinze membros. O Decreto nº 12.716, de 2025, elevou cada Comitê a dezessete membros. O quórum mínimo acompanhou a progressão: sete, oito e nove membros, sempre pouco acima da metade. O Gráfico 1 reconstrói essa evolução por origem da cadeira.

Gráfico 1. Evolução da composição dos colegiados da comissão, por origem da cadeira



Nota: em 2011 o colegiado era o Plenário; desde 2022 a mesma composição se repete em cada um dos três Comitês. As duas cadeiras de expertise profissional são do CFM e da AMB, ambas médicas, em todo o período.

Fonte: elaboração própria a partir do texto consolidado do Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011.

O crescimento concentra-se em três acréscimos. Em 2022 entram a Associação Médica Brasileira e o Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Em 2025 entram a Secretaria de Informação e Saúde Digital, no bloco ministerial, e a organização da sociedade civil. O bloco de reguladores, com a Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e o bloco de gestores e controle social, com o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, permanecem inalterados desde 2011.

As duas cadeiras destinadas a expertise profissional são as do Conselho Federal de Medicina, prevista desde 2011, e da Associação Médica Brasileira, incluída em 2022 e confirmada em lei pela Lei nº 14.655, de 2023. Ambas estão ancoradas no mesmo dispositivo legal, o § 1º do art. 19-Q da Lei

nº 8.080, de 1990, e ambas são qualificadas pela mesma expressão, especialista na área. Ambas são médicas. Nenhum conselho federal de outra profissão da saúde, de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, odontologia, serviço social, fonoaudiologia, terapia ocupacional ou biomedicina, possui assento nos colegiados. A contagem lexical confirma: a expressão Conselho Federal aparece duas vezes no texto consolidado do Decreto nº 7.646, de 2011, e três vezes no da Lei nº 8.080, de 1990, e em todas as ocorrências designa o Conselho Federal de Medicina.

O art. 7º-A, incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022, abre uma segunda via de presença, sem direito a voto. Serão convidados a participar das reuniões representantes do Conselho Nacional de Justiça, do Conselho Nacional do Ministério Público e do Conselho Superior da Defensoria Pública, cada um podendo indicar até três representantes. São, portanto, até nove lugares de convidado, todos reservados a instituições do sistema de justiça. A escolha é coerente com o peso da judicialização no acesso a tecnologias em saúde, tema recorrente na literatura brasileira sobre incorporação. Mas ela deixa evidente que a abertura a atores externos ao Ministério da Saúde foi desenhada em direção ao sistema de justiça e não em direção às demais profissões de saúde.

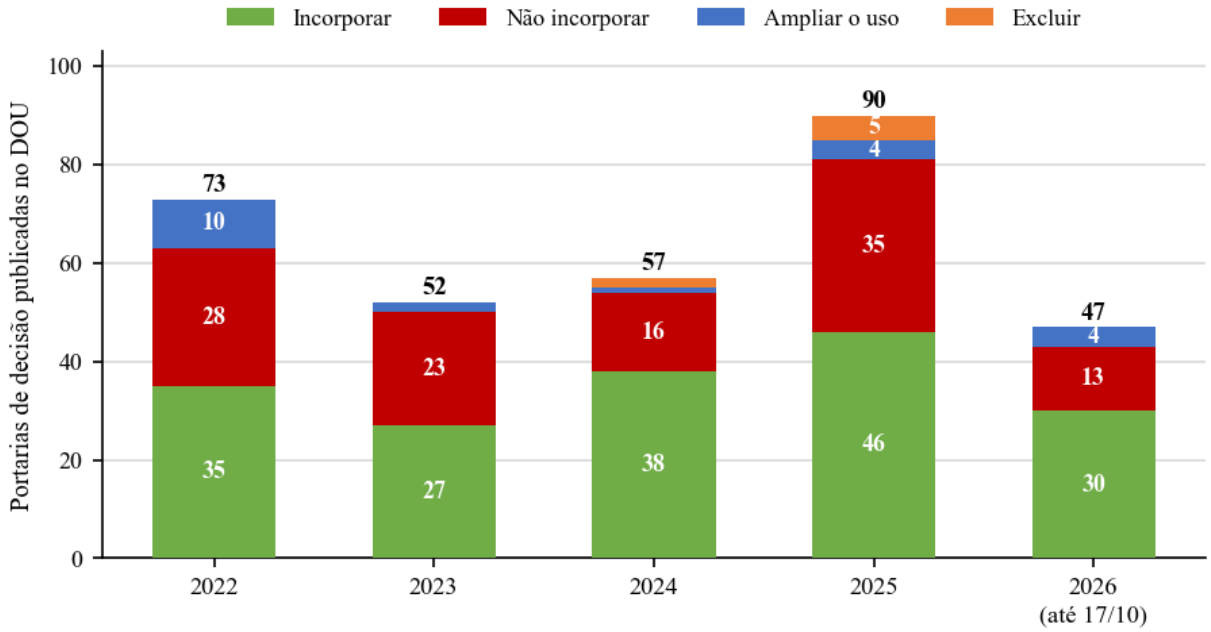
A cadeira de organização da sociedade civil, criada pela Lei nº 15.120, de 7 de abril de 2025, com vigência após cento e oitenta dias, e implementada pelo Decreto nº 12.716, de 12 de novembro de 2025, trinta e nove dias após a lei produzir efeitos, tem desenho próprio. O § 1º-A do art. 19-Q determina que o assento é de ocupação rotativa e será preenchido pela entidade cuja representatividade seja afeta à condição de saúde analisada. A Portaria GM/MS nº 8.817, de 21 de novembro de 2025, publicada nove dias depois do decreto, detalhou os requisitos: inscrição ativa no cadastro nacional de pessoa jurídica na condição de organização da sociedade civil, estatuto comprovando atuação na área há mais de dois anos, ata da assembleia mais recente realizada nos últimos quatro anos, ata da última eleição do quadro dirigente, inscrição na seleção referente à tecnologia demandada e indicação de um titular e dois suplentes.

O mesmo ato veda a indicação de um mesmo representante por mais de uma organização e a participação de entidade que seja proponente da tecnologia em avaliação, e determina que a organização selecionada permanecerá como representante durante todo o processo de análise. Há, porém, um dispositivo que merece registro: na hipótese de ausência de inscrições de organização da sociedade civil específica para a especialidade da condição clínica avaliada, a cadeira restará vaga. A décima sétima cadeira é, assim, a única cuja ocupação é condicional. O quórum mínimo de nove, por sua vez, não é ajustado nessa hipótese.

4 O QUE AS DECISÕES PUBLICADAS MOSTRAM

Entre 1º de janeiro de 2022 e 17 de outubro de 2026 foram publicadas 319 portarias de decisão na Seção 1 do Diário Oficial da União. O Gráfico 2 distribui esse total por ano e por desfecho.

Gráfico 2. Portarias de decisão publicadas por ano e desfecho, 2022 a 2026



Nota: 319 portarias de decisão identificadas na Seção 1 do Diário Oficial da União entre 1º de janeiro de 2022 e 17 de outubro de 2026, pela data de publicação.

Fonte: elaboração própria a partir da Seção 1 do Diário Oficial da União, consulta em 17 de outubro de 2026.

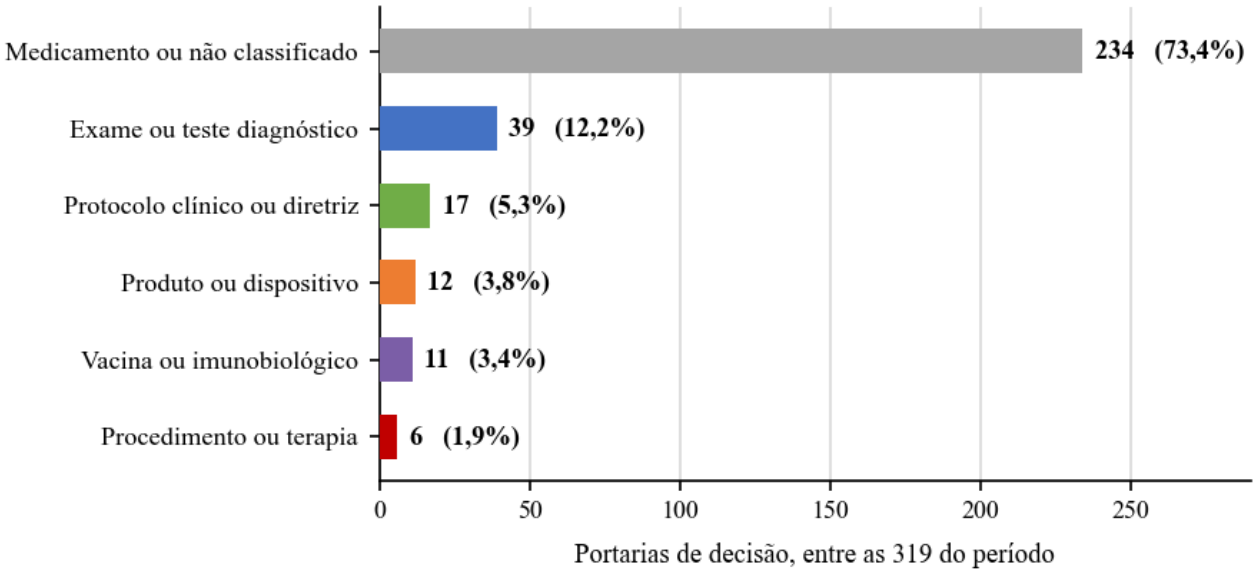
O desfecho predominante é a incorporação, com 176 portarias, ou 55,2% do total. A não incorporação responde por 115 portarias, ou 36,1%. Juntas, as duas respostas binárias concentram 291 decisões, isto é 91,2% do conjunto. A ampliação de uso aparece em 21 portarias e a exclusão em apenas 7. O ano de 2025 é o de maior volume, com 90 decisões, e também o único em que todos os quatro desfechos aparecem com mais de três registros. Seguem-se 2022, com 73 decisões, 2024, com 57, e 2023, com 52. O ano de 2026 reúne 47 decisões, mas está incompleto, pois o recorte se encerra em 17 de outubro.

A escassez de exclusões merece nota. Sete decisões de exclusão em quase cinco anos, contra 176 de incorporação, indicam que o fluxo é fortemente assimétrico: o sistema decide muito mais sobre o que entra do que sobre o que sai. Estudo dedicado ao perfil das recomendações de exclusão da comissão entre 2012 e 2023 já havia descrito esse padrão, e a série aqui levantada o confirma para o período subsequente. A assimetria tem consequência direta para o argumento deste artigo: quanto mais a decisão se concentra na entrada, mais o conhecimento sobre o uso efetivo das tecnologias já

incorporadas, que é o conhecimento tipicamente distribuído entre as profissões que operam o cuidado, fica fora do ciclo decisório.

O Gráfico 3 classifica as mesmas 319 decisões pelo tipo de tecnologia nomeado na ementa.

Gráfico 3. Objeto das 319 portarias de decisão, por tipo de tecnologia



Nota: classificação lexical da ementa de cada portaria, conservadora: a categoria residual reúne medicamentos e as ementas sem marcador reconhecido. Ao menos 85 decisões (26,6%) tratam de tecnologias que não são medicamentos.

Fonte: elaboração própria a partir das ementas publicadas na Seção 1 do Diário Oficial da União.

A categoria residual, que reúne medicamentos e ementas sem marcador reconhecido, concentra 234 portarias, ou 73,4%. As demais 85 decisões, isto é 26,6%, tratam explicitamente de tecnologias que não são medicamentos: 39 exames ou testes diagnósticos, 17 protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas, 12 produtos ou dispositivos, 11 vacinas ou imunobiológicos e 6 procedimentos ou terapias. Como a classificação é conservadora, esse percentual é um piso. A proporção de decisões sobre tecnologias que não são medicamentos sobe ao longo da série: 19,2% em 2022, 26,9% em 2023, 21,1% em 2024, 30,0% em 2025 e 38,3% em 2026. A tendência é consistente, embora o último ano esteja incompleto e a base anual seja pequena, o que recomenda leitura como indicação e não como projeção.

É nesse ponto que as duas camadas do estudo se encontram. Os 17 protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas decididos no período são, por definição legal, documentos que organizam condutas de uma linha de cuidado inteira. Os 39 exames e testes diagnósticos envolvem coleta, processamento laboratorial, interpretação e comunicação de resultado. Os 12 produtos e dispositivos e os 6 procedimentos envolvem indicação, aplicação, manejo e acompanhamento. Nenhuma dessas 85 decisões diz respeito a um objeto cuja operação caiba a uma única profissão. E todas elas foram

tomadas por colegiados em que as únicas duas cadeiras reservadas a saber profissional pertencem à mesma profissão.

A verificação lexical completa o quadro e é talvez o achado mais direto deste estudo. A palavra multiprofissional não aparece nenhuma vez no texto consolidado da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com mais de setenta mil caracteres, nem no texto consolidado do Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, com mais de quarenta e seis mil caracteres, nem na Portaria GM/MS nº 8.817, de 21 de novembro de 2025. Os termos interdisciplinar e equipe multiprofissional também estão ausentes dos três atos. A única ocorrência de multidisciplinar na lei orgânica está no § 2º do art. 19-I, que trata do atendimento e da internação domiciliares, matéria estranha à avaliação de tecnologias.

Não se trata de ausência de menção a profissões em geral. O decreto nomeia conselhos, agências, secretarias, núcleos e organizações. Trata-se de ausência específica: o vocabulário que a própria política de saúde brasileira usa para descrever o trabalho em equipe não foi transportado para o texto que organiza a decisão sobre as tecnologias que essa equipe utiliza. A literatura internacional publicada em periódico brasileiro já havia formulado a questão nestes termos ao tratar da participação da enfermagem na avaliação de tecnologias em saúde como assunto pendente.

Vale registrar também o que o desenho efetivamente ampliou. O período estudado viu três alargamentos reais da mesa: a entrada do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde, que conecta a decisão nacional à capacidade técnica instalada em hospitais e universidades; a entrada da Secretaria de Informação e Saúde Digital, que responde ao crescimento das tecnologias digitais no conjunto avaliado; e a entrada da organização da sociedade civil com direito a voto, que materializa, no colegiado, uma demanda de participação social que a literatura vinha documentando nas consultas públicas da comissão. São movimentos consistentes de abertura. Apenas não foram movimentos na direção das demais profissões de saúde.

Há ainda um ponto de desenho que não se resolve pela composição. Os Comitês reúnem-se ordinariamente uma vez por mês, de fevereiro a dezembro, conforme o art. 7º-B incluído em 2025, com quórum mínimo de nove entre dezessete. Com reunião cancelada por falta de quórum, e com uma das dezessete cadeiras podendo restar vaga por ausência de inscrição de entidade da sociedade civil, o colegiado pode deliberar validamente com nove dos dezesseis membros efetivamente disponíveis. Em um arranjo assim, a pergunta sobre quem está na mesa é inseparável da pergunta sobre quem comparece, e esta segunda não é respondível a partir dos atos publicados no Diário Oficial, que registram a decisão e não a presença.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O decreto que rege a avaliação de tecnologias em saúde no Brasil anuncia, em seu primeiro artigo, que dispõe sobre composição, competências e funcionamento. Examinados esses três eixos com fontes primárias, o resultado é consistente e verificável. A competência pessoal exigida de quem decide é profissionalmente neutra: o § 9º do art. 7º pede capacitação em avaliação de tecnologias ou pós-graduação na área, sem referência a categoria profissional. A coordenação é concentrada e nominalmente instável: a mesma secretaria preside os colegiados, abriga a Secretaria-Executiva e assina a decisão final, e trocou de denominação quatro vezes no período das 319 decisões analisadas. A composição decisória cresceu de treze para dezessete cadeiras, mas o crescimento não tocou a representação profissional.

As duas únicas cadeiras reservadas a expertise profissional são do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira, ambas ancoradas no mesmo dispositivo legal e ambas médicas. Até nove lugares de convidado sem voto foram reservados ao sistema de justiça. Nenhum lugar, titular ou convidado, foi reservado a conselho federal de outra profissão da saúde. A palavra multiprofissional não aparece em nenhum dos três atos centrais da cadeia normativa.

Ao mesmo tempo, ao menos 85 das 319 decisões do período, isto é 26,6%, recaíram sobre exames, protocolos clínicos, dispositivos, vacinas e procedimentos, e essa proporção subiu de 19,2% em 2022 para 38,3% em 2026. Essa é a distância que o estudo mede: a composição decisória permaneceu monoprofissional na parte reservada ao saber profissional, enquanto o objeto decidido se tornou progressivamente menos restrito ao medicamento.

O único dispositivo que abre a avaliação à perspectiva profissional foi introduzido em novembro de 2025 e tem três características que limitam seu alcance: não é estrutural, porque não cria assento nem voto; é profissionalmente indeterminado, porque fala em profissional de saúde especialista no tema sem definir quem o é nem como será ouvido; e é condicional, porque vem acompanhado da cláusula quando couber. É uma porta, não uma cadeira.

Três limites devem ser explicitados. Primeiro, o recorte temporal começa em 2022 e não cobre a década anterior de funcionamento da comissão, de modo que as séries aqui descritas não autorizam afirmações sobre tendências de longo prazo. Segundo, a classificação por tipo de tecnologia é lexical e conservadora, o que torna a proporção de decisões não medicamentosas um piso e não uma medida exata. Terceiro, o estudo descreve o desenho formal e o produto publicado, e não observa a dinâmica interna das reuniões, as presenças efetivas nem a origem profissional concreta dos membros indicados, informação que não consta dos atos publicados no Diário Oficial.

ISSN: 2177-3246

Dentro desses limites, o que se pode afirmar com segurança é modesto e preciso. A norma brasileira de avaliação de tecnologias em saúde construiu, ao longo de catorze anos e cinco reescritas, um colegiado que ampliou a presença do Estado, dos reguladores, da capacidade técnica instalada e, mais recentemente, da sociedade civil organizada. Nesse mesmo período, a representação do saber profissional permaneceu exatamente onde começou, acrescida de uma segunda entidade da mesma profissão. Medir essa permanência não resolve a questão de como ela deveria ser alterada, nem se deveria. Mas torna impossível discuti-la sem reconhecê-la.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Andrija Oliveira; PORTUGAL, Clarice Moreira; SOUZA, Andrea Brígida de; SACRAMENTO, Adriana Prates; BARROS, Melina Sampaio de Ramos. Considerações sobre limites e perspectivas da consulta pública como ferramenta de gestão e participação social no processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde no SUS. Boletim do Instituto de Saúde - BIS, v. 25, n. 2, p. 45-52, 2024. DOI: 10.52753/bis.v25i2.41404. Acesso em: 17 out. 2026.

ALVES, Karollyna Andrade. Avaliação de tecnologia em saúde: relatórios da Conitec entre 2023 e 2025. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 12, n. 2, p. 1-12, 2026. DOI: 10.51891/rease.v12i2.24375. Acesso em: 17 out. 2026.

BARROS, Melina Sampaio de Ramos; SACRAMENTO, Adriana Prates; MENESES, Aérica de Figueiredo Pereira; SOUZA, Andrea Brígida de; ALMEIDA, Andrija de Oliveira; PORTUGAL, Clarice Moreira. Participação social na Conitec. Boletim do Instituto de Saúde - BIS, v. 25, n. 2, p. 125-131, 2024. DOI: 10.52753/bis.v25i2.41427. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Decreto nº 11.161, de 4 de agosto de 2022. Altera o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 ago. 2022. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Decreto nº 12.708, de 31 de outubro de 2025. Altera o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 nov. 2025. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Decreto nº 12.716, de 12 de novembro de 2025. Altera o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2025. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2011. Texto consolidado. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.655, de 23 de agosto de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir representante da Associação Médica Brasileira na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2023. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.120, de 7 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para assegurar a participação de representante de organização da sociedade civil na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abr. 2025. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Texto consolidado. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.817, de 21 de novembro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o fluxo de solicitação de

incorporação de tecnologias em saúde no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 nov. 2025. Acesso em: 17 out. 2026.

COLACINO, Lucas; MAGALHÃES, Fernanda Wolski; DEGENSZAJN, Rebeca Diaz. Contribuições em consulta pública e reversões de recomendação pela Conitec. Boletim do Instituto de Saúde - BIS, v. 25, n. 2, p. 69-78, 2024. DOI: 10.52753/bis.v25i2.41409. Acesso em: 17 out. 2026.

DANIEL, Lucas Pedroza. Regulação e governança clínica de tecnologias em sistemas universais de saúde. Lumen et Virtus, v. 14, n. 32, p. e11425, 2024. DOI: 10.56238/levv14n32-046. Acesso em: 17 out. 2026.

GALDINO, Johnathan Portela da Silva; CAMARGO, Erika Barbosa; ELIAS, Flavia Tavares Silva. Sedimentação da avaliação de tecnologias em saúde em hospitais: uma revisão de escopo. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 9, 2021. DOI: 10.1590/0102-311x00352520. Acesso em: 17 out. 2026.

GRUNHO, Livia de Araujo; COSTA, Julia do Nascimento Santos; MUSSOLINO, Maria Fernanda. Doenças raras na Conitec: padrões de submissão, tempo de avaliação e incorporação de tecnologias no SUS (2012-2026). Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, v. 11, 2026. DOI: 10.22563/2525-7323.2026.v11.e00575. Acesso em: 17 out. 2026.

LACALLE-REMIGIO, Juan Ramón; BENOT-LÓPEZ, Soledad. Participação da enfermagem na avaliação de tecnologias em saúde: um assunto pendente? Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 32, 2024. DOI: 10.1590/1518-8345.0000.4246. Acesso em: 17 out. 2026.

LOPES, Ana Carolina de Freitas; SOÁREZ, Patrícia Coelho de. Estado, sociedade civil e democracia na perspectiva da participação social para incorporação de tecnologias no SUS. Boletim do Instituto de Saúde - BIS, v. 25, n. 2, p. 21-27, 2024. DOI: 10.52753/bis.v25i2.41401. Acesso em: 17 out. 2026.

PINHEIRO, Francielli Salles; BORGES, Stéfani Sousa; RODRIGUES, Fernanda d'Athayde. Avaliação de tecnologias em saúde no Sistema Único de Saúde: perfil das recomendações de exclusão na Conitec, de 2012 a 2023. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 33, 2024. DOI: 10.1590/s2237-96222024v33e20240057.pt. Acesso em: 17 out. 2026.

RODRIGUES FILHO, Francisco José; PEREIRA, Michelly Cristiny. O perfil das tecnologias em saúde incorporadas no SUS de 2012 a 2019: quem são os principais demandantes? Saúde em Debate, v. 45, n. 130, p. 707-719, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113011. Acesso em: 17 out. 2026.

SCHNEIDER, Nayê Balzan; ETGES, Ana Paula Beck da Silva; POLANCZYK, Carisi Anne. Análise do período pós-incorporação de tecnologias de saúde incorporadas ao SUS entre 2012 e 2022. Revista de Saúde Pública, v. 59, p. 29, 2025. DOI: 10.11606/s15188787.2025059006732. Acesso em: 17 out. 2026.

SOÁREZ, Patrícia Coelho de. Avaliação de tecnologias em saúde: informada pela ciência ou a serviço da política? Revista de Saúde Pública, v. 55, p. 64, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003234. Acesso em: 17 out. 2026.

TAVARES, Rosa Amélia Durans; SILVEIRA, Cinthia Cristina Sousa de Menezes da; SANTOS, Valéria Regina Cavalcante dos. Fortalecimento dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) no SUS: relato de experiência em hospital público da Região Norte. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 25, n. 9, p. e21703, 2025. DOI: 10.25248/reas.e21703.2025. Acesso em: 17 out. 2026.

VICENTE, Rimaelle Faustino Vito de Castro; THOME, Paula Vanuza Rohden; ARAÚJO, Elias Flávio Quintino de; D'ALVIA, Thiago. Desafios de implementação: por que tratamentos complexos aprovados pela Conitec nem sempre chegam ao paciente no SUS. Aracê, v. 8, n. 7, p. e13671, 2026. DOI: 10.56238/arev8n7-008. Acesso em: 17 out. 2026.