

**ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS CONSELHOS DE
SAÚDE BRASILEIROS**

**SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO – 2026**

MARTA ROCHA CAVALCANTE

**ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS
CONSELHOS DE SAÚDE BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof(a). Dr(a). Judith Rafaelle Oliveira Pinho

**SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO-2026**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Rocha Cavalcante, Marta.

ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS
CONSELHOS DE SAÚDE BRASILEIROS / Marta Rocha Cavalcante. -
2026.

68 p.

Orientador(a): Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São
Luis, Maranhão, 2026.

1. Conselhos de Saúde. 2. Profissionais de Saúde. 3.
Participação Social. 4. Sistema Único de Saúde. 5.
Controle Social. I. Oliveira Pinho, Judith Rafaelle. II.
Título.

**ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NOS
CONSELHOS DE SAÚDE BRASILEIROS**

Marta Rocha Cavalcante

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho
Orientador
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Dra. Paola Trindade Garcia
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dr. Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Júnior
Examinador Externo
Universidade de Pernambuco (UPE)

Ao meu filho Davi, que é o meu maior projeto
de vida, a minha fonte inesgotável de alegria e
a razão pela qual busco, todos os dias,
contribuir para um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

Com o coração transbordando de alegria e reconhecimento, expresso minha mais profunda gratidão a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me conceder saúde, sabedoria e perseverança ao longo desta jornada. Nos momentos de incerteza, foi a Tua presença que me sustentou e guiou. Esta conquista é expressão da Tua infinita bondade em minha vida.

Aos meus pais, Eugeni e Fernando, pela vida, pelo amor incondicional e pelos valores que me formaram.

Ao meu marido, Filipe, pelo apoio constante e por ser minha fortaleza. Obrigada por acreditar em mim e por me fazer reconhecer meu próprio potencial. Ao meu amado filho, Davi, meu maior incentivo. Minha vontade de crescer e vencer é alimentada pelo amor que sinto por você. Vocês são a razão de todo o meu esforço.

À minha orientadora, Profa. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho, pela orientação exemplar, pelas contribuições valiosas, pelo rigor acadêmico e pela confiança depositada em meu potencial. Sua experiência no campo do Controle Social no SUS foi fundamental para a construção e qualidade deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelo ambiente de aprendizado, pelas discussões enriquecedoras e pela formação crítica que ampliou minha compreensão sobre o SUS e a gestão em saúde.

Aos amigos do HU-UFMA: Rafael, Joseildes e Cecília, e aos colegas do mestrado, em especial Sheila, por compartilharem momentos de aprendizado, apoio e descontração ao longo dessa caminhada.

*"A educação é a arma mais poderosa que você
pode usar para mudar o mundo."*

Nelson Mandela

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação do universo de análise, Brasil, 2025

33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMRIGS - Associação médica do Rio Grande do Sul

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CIB - Comissões Intergestores Bipartites

CIT - Comissões Intergestores Tripartite

CF - Constituição Federal

CMS - Conselho Municipal de Saúde

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

CPF - Cadastro de Pessoa Física

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CREMES - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul

EC - Emenda Constitucional

FPV - Frente Pela Vida

HSA - Health System Agencies

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS - Leis Orgânicas da Saúde

MRSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SUS - Sistema Único de Saúde

SIACS - Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

TES - Trabalho, Educação e Saúde

CAVALCANTE, Marta Rocha. **Análise da representação dos profissionais de saúde nos conselhos de saúde brasileiros**. 2025. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2025.

RESUMO

A participação social constitui um princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizada por meio dos Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas responsáveis pela formulação de estratégias e pelo controle da execução das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, a representação dos trabalhadores da saúde assume papel relevante ao possibilitar a incorporação de conhecimentos técnicos e das demandas profissionais nos processos deliberativos. O presente estudo teve como objetivo analisar a distribuição das entidades representativas de profissionais de nível superior nos Conselhos de Saúde das regiões de saúde do Brasil, com base em dados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários do SIACS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os resultados evidenciaram distribuição desigual das representações profissionais, com maior presença de determinadas categorias e baixa participação de outras profissões da área da saúde. Observou-se ainda que 47,8% das regiões de saúde não apresentavam registro de entidades representativas de profissionais de nível superior no SIACS, indicando importantes lacunas informacionais sobre a composição dos Conselhos de Saúde. Esses achados sugerem fragilidades no monitoramento da participação dos trabalhadores da saúde nas instâncias de controle social e possíveis assimetrias na representatividade profissional nesses espaços. Conclui-se que o fortalecimento da governança participativa no SUS requer aprimoramento dos sistemas de informação e estratégias institucionais que favoreçam maior diversidade e equilíbrio na representação das categorias profissionais nos Conselhos de Saúde.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Participação Social. Profissionais de Saúde. Sistema Único de Saúde. Controle Social.

CAVALCANTE, Marta Rocha. **Análise da representação dos profissionais da saúde nos Conselhos de Saúde brasileiros**. 2025. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2025.

ABSTRACT

Social participation is a structural principle of the Brazilian Unified Health System (SUS), institutionalized through Health Councils, which are collegiate bodies responsible for formulating strategies and monitoring the implementation of public health policies. In this context, the representation of health workers plays an important role by incorporating technical knowledge and professional demands into deliberative processes. This study aimed to analyze the distribution of representative entities of higher-level health professionals in Health Councils across Brazilian health regions, based on data from the Health Councils Monitoring System (SIACS). This is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach, using secondary data from SIACS and the National Registry of Health Establishments (CNES). The results revealed an unequal distribution of professional representation, with greater participation of certain professional categories and lower presence of other health professions. It was also observed that 47.8% of health regions did not record representative entities of higher-level health professionals in SIACS, indicating significant informational gaps regarding the composition of Health Councils. These findings suggest weaknesses in monitoring the participation of health workers in social control institutions and possible asymmetries in professional representation within these deliberative spaces. It is concluded that strengthening participatory governance in the SUS requires improvements in information systems and institutional strategies that promote greater diversity and balance in the representation of professional categories in Health Councils.

Keywords: Health Councils. Social Participation. Health Professionals. Unified Health System. Social Control.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	17
2.1 Geral	17
2.2 Específicos	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Conselhos de saúde e o controle social	18
3.2 Declínio dos movimentos sindicais e a participação dos profissionais nos conselhos de saúde	20
3.3 Representação nos Conselhos de Saúde no SUS	23
3.4 Historicidade das profissões de saúde no Brasil e a participação no movimento da reforma sanitária	25
3.5 Sistema de Acompanhamento de Conselho de Saúde (SIACS)	28
3.6 Regiões de Saúde e Organização Territorial do SUS	29
4. MÉTODOS	31
4.1 Tipo de Estudo	31
4.2 Cenário de Estudo	32
4.3 Critérios de Inclusão	33
4.4 Procedimentos de Coleta de Dados	33
4.5 Análise dos Dados	34
4.6 Aspectos Éticos	35
5. RESULTADOS	36
5.1 Artigo	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	55
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	60
ANEXO B – NORMA DA REVISTA	62

1. INTRODUÇÃO

A participação social na formulação e no controle das políticas públicas de saúde no Brasil está diretamente associada ao processo de redemocratização ocorrido nas décadas de 1970 e 1980. Nesse período, emergiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), articulando intelectuais, trabalhadores da saúde, gestores públicos e movimentos sociais em torno da defesa da saúde como direito universal e dever do Estado. Esse movimento não se restringiu à crítica ao modelo assistencial vigente, baseado na lógica previdenciária e hospitalocêntrica, mas propôs uma profunda transformação institucional, política e social do sistema de saúde brasileiro (Paim, 2008; Escorel, 2012).

As reivindicações do movimento sanitarista culminaram na incorporação da saúde como direito social na Constituição Federal de 1988, marco fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição estabeleceu princípios estruturantes para o sistema de saúde brasileiro, entre os quais se destacam a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a equidade na distribuição de recursos e a participação da comunidade na gestão das políticas públicas de saúde (Brasil, 1988; Paim, 2008; Fleury, 2009).

A regulamentação do SUS ocorreu por meio das Leis Orgânicas da Saúde (LOS), representadas pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Durante o processo de tramitação da Lei nº 8.080/1990, dispositivos relacionados à participação social foram parcialmente vetados pelo Poder Executivo, gerando forte mobilização de setores da sociedade civil e do movimento sanitário. Como resultado desse processo político, foi promulgada a Lei nº 8.142/1990, responsável por assegurar a institucionalização dos mecanismos de controle social no sistema de saúde brasileiro, estabelecendo as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias permanentes de participação social na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde (Brasil, 1990; Finkelman, 2002; Faria, 2003; Souza, 2003).

Nesse contexto, os Conselhos de Saúde foram instituídos como órgãos colegiados, permanentes e deliberativos do SUS, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários. Esses espaços participativos possuem a atribuição de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, configurando-se como importante instrumento de democratização da gestão pública e de fortalecimento da cidadania no campo da saúde (Brasil, 1990; Costa et al., 2022).

A composição dos Conselhos de Saúde deve obedecer ao princípio da paridade, no qual os usuários ocupam 50% das vagas, enquanto os demais 50% são distribuídos entre

representantes dos trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços. Essa configuração institucional busca assegurar equilíbrio entre os diferentes interesses presentes no sistema de saúde e ampliar a legitimidade das decisões tomadas nesses espaços deliberativos (Brasil, 2012).

A literatura sobre participação social e controle democrático das políticas públicas destaca que a institucionalização de mecanismos participativos representa um avanço significativo para a consolidação da democracia, pois amplia as possibilidades de intervenção da sociedade civil nas decisões estatais. No campo da saúde, os Conselhos de Saúde configuram-se como uma das experiências mais abrangentes de institucionalização da participação social no Brasil, reunindo representantes de diferentes segmentos sociais em processos deliberativos que influenciam a formulação e a implementação das políticas públicas (Avritzer, 2008; Gerschman, 2004).

Apesar dos avanços institucionais proporcionados pela criação dos Conselhos de Saúde, diversos estudos apontam desafios importantes para a efetividade da participação social nesses espaços. Entre as principais dificuldades identificadas na literatura destacam-se a assimetria de informações entre os diferentes segmentos representados, a baixa qualificação técnica de parte dos conselheiros, a presença de relações clientelistas e corporativas, além das limitações estruturais e institucionais que podem comprometer o funcionamento dessas instâncias participativas (Sposati; Lobo, 1992; Gerschman; Durán, 2014; Junglós et al., 2019; Silva; Lima, 2021).

No campo da organização do trabalho em saúde, o SUS caracteriza-se pela atuação de uma ampla diversidade de profissões que compõem equipes multiprofissionais responsáveis pela oferta de serviços à população. A Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde reconheceu oficialmente quatorze categorias profissionais como integrantes da área da saúde, evidenciando a natureza interdisciplinar das práticas assistenciais e a importância da cooperação entre diferentes saberes na produção do cuidado em saúde (Brasil, 1998). Mais recentemente, a Lei nº 14.725/2023 regulamentou a profissão de sanitário, ampliando o reconhecimento institucional de profissionais vinculados ao campo da saúde coletiva e reforçando a relevância das competências relacionadas ao planejamento, à gestão e à vigilância em saúde no âmbito do SUS.

A relevância da participação desses profissionais torna-se ainda mais evidente diante da magnitude do sistema de saúde brasileiro. O país possui uma população superior a 200 milhões de habitantes e conta com uma extensa rede de estabelecimentos de saúde e milhões de trabalhadores distribuídos em diferentes níveis de atenção e complexidade

assistencial. Essa estrutura evidencia a importância da força de trabalho em saúde para a operacionalização do sistema e para a garantia do direito à saúde da população (IBGE, 2017; Brasil, 2025).

Entretanto, embora o SUS seja sustentado por uma força de trabalho numerosa e diversificada, a participação efetiva dos profissionais de saúde nos espaços institucionais de controle social ainda apresenta limitações importantes. Transformações recentes no mundo do trabalho, incluindo processos de precarização das relações laborais, fragmentação das categorias profissionais e enfraquecimento da organização sindical, têm impactado as formas de participação dos trabalhadores nas instâncias de deliberação das políticas públicas (Machado et al., 2023; Lacaz et al., 2019).

Nesse cenário, observa-se uma lacuna relevante na produção científica acerca da representação dos profissionais da saúde nos Conselhos de Saúde. Embora existam diversos estudos voltados à análise da participação social no SUS, poucos investigam de forma sistemática a composição desses conselhos no que se refere à diversidade de categorias profissionais e às possíveis desigualdades na representação entre diferentes áreas da saúde.

Considerando a diversidade de categorias profissionais que atuam no sistema de saúde brasileiro, espera-se que esses diferentes saberes estejam representados nos espaços institucionais responsáveis pela deliberação e fiscalização das políticas públicas. A presença plural de profissionais pode contribuir para qualificar o debate técnico, ampliar a compreensão das necessidades do sistema e fortalecer a gestão participativa das políticas de saúde (Silva et al., 2021).

Diante desse contexto, emerge a seguinte questão de pesquisa: como os profissionais da saúde estão sendo representados nos Conselhos de Saúde brasileiros? Parte-se da hipótese de que a representação profissional nesses espaços ocorre de forma desigual entre as diferentes categorias da área da saúde, com concentração em determinados grupos e sub-representação de outros.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a representação das diferentes profissões de saúde de nível superior no segmento de trabalhadores dos Conselhos de Saúde dos municípios-sede das Regiões de Saúde brasileiras, buscando identificar padrões de distribuição entre categorias profissionais e possíveis disparidades na composição desses espaços de controle social.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a representação das diferentes profissões de saúde de nível superior, no segmento trabalhadores dos Conselhos de Saúde dos municípios-sede das Regiões de Saúde do Brasil.

2.2 Específicos

a) Identificar as categorias profissionais de saúde de nível superior mais e menos representadas no segmento de trabalhadores dos Conselhos de Saúde.

b) Descrever a distribuição da representação das diferentes categorias profissionais de saúde entre os Conselhos de Saúde dos municípios-sede das Regiões de Saúde brasileiras.

c) Comparar a representação das categorias profissionais de saúde nos Conselhos de Saúde com a distribuição dessas categorias na força de trabalho em saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conselhos de saúde e o controle social

Em 1988, no Brasil, a participação social em saúde foi introduzida na Constituição Federal Brasileira, além da saúde passar a ser direito de todos e dever do Estado. Para a garantia desse direito, criou-se em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e a 8.142/90 que dispõe sobre a participação social enquanto pilar básico do sistema, com o objetivo de apoiar políticas públicas de saúde e compor espaços que fomentem discussões acerca do fortalecimento de uma saúde universal, equânime e integral ao povo brasileiro (Paim, 2008).

Os Conselhos de Saúde atuam como órgãos colegiados com função de participar da formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, promovendo avanços na implementação do SUS, construindo uma rede integrada de serviços de saúde (Brasil, 2016). Dessa forma, exercem um importante papel no ciclo de planejamento da política de saúde, fiscalizando, avaliando e emitindo pareceres sobre todos os instrumentos de gestão em saúde (Brasil, 2012). A participação da comunidade para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se um eixo que estimula a práxis da cidadania, na perspectiva de um controle social, em que o indivíduo passa a ter voz na elaboração, avaliação e fiscalização das políticas públicas de saúde (Junglos et al., 2019).

Além das funções deliberativas dos conselhos está o desenvolvimento de atividades de educação permanente, condição para o exercício efetivo das capacidades deliberativas dos conselhos. Assim, o acesso e a participação em programas permanentes de atividades educativas são importantes para que os conselheiros exerçam suas atribuições com autonomia, aumentando a efetividade do controle social no SUS. Em outras palavras, a qualificação dos conselheiros é uma estratégia potencial para um controle social efetivo (Rezende, 2018). Nesse aspecto é fundamental que os seus representantes, compreendam que, além de reconhecerem o seu papel como conselheiros, é preciso que saibam como exercê-lo e como participar do processo de construção dos instrumentos de gestão na área da saúde (Manorov et al., 2017).

O controle social é um complemento indispensável ao controle institucional realizado pelos órgãos que fiscalizam os recursos públicos. Essa participação é importante, pois

contribui para a boa e correta aplicação dos recursos, fazendo com que as necessidades da sociedade sejam atendidas de forma eficiente (Paludo, 2013).

Os conselheiros que representam a sociedade civil (usuários, trabalhadores e prestadores de serviços) devem ser eleitos em fórum especialmente convocado para esse fim, que indicará a entidade que ocupará a vaga para o respectivo segmento (Silva et al., 2021). Do mesmo modo, representa o seu segmento e manifesta as ideias e as demandas de seu grupo ou da instituição que representa, fazendo o elo entre o conselho e sua coletividade. Além de propor, discutir e definir questões, é fundamental que os conselheiros acompanhem a execução das decisões da política de saúde, para que haja fiscalização e controle por parte da sociedade.

Os representantes eleitos são signatários dos interesses daqueles que representam e, por isso, podem atuar na fiscalização e deliberação sobre a política pública de saúde. No entanto, quando não há engajamento e participação dos representados, ocorre distanciamento entre os conselheiros e suas bases (Ventura et al., 2017).

A organização do SUS no território nacional se baseia na regionalização. As Regiões de Saúde são formadas por municípios fronteiriços que compartilham identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes. A finalidade dessas regiões é integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2022). O Brasil possui quatrocentos e cinquenta (450) regiões de saúde (Brasil, 2024).

O quantitativo de conselheiros varia de acordo com o tamanho da população local (Brasil, 2012). Atualmente, são mais de 5.570 Conselhos Municipais de Saúde, 26 conselhos estaduais, 36 conselhos distritais de saúde indígena e o Conselho Nacional de Saúde (Silva et al., 2020; Santos et al., 2020; CNS, 2017). Embora os conselhos de saúde possibilitem a proximidade entre a comunidade e a gestão dos serviços de saúde, somente a sua existência formal não garante a participação social efetiva, tendo em vista que os espaços de controle social enfrentam inúmeras barreiras (Fontes, et al., 2021; Silva; Lima, 2021).

Gerschman e Durán (2014) apontam como as análises sobre os Conselhos de Saúde podem espelhar as relações de proximidade e/ou distanciamento entre sociedade e Estado. Nesse sentido, considerando a participação dos profissionais da saúde nos conselhos, pouco se sabe sobre a representação dos profissionais, assim como, quais categorias são mais frequentes dentro dos conselhos. A atuação dos profissionais influencia na fortificação para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde e garantia de direitos assegurados a partir da constituição.

Da mesma forma outras diretrizes incluídas na Resolução 453/2012 remetem à questão da representação no campo da política pública de saúde. O critério de paridade para a composição dos conselhos e a realização de eleição também contribui para garantir a representação e o equilíbrio de forças entre sociedade civil e governo na tomada de decisões. Assim, o documento afirma que os conselhos devem ser organizados com composição paritária, ou seja, 50% dos componentes necessariamente deverão ser representantes de usuários do Sistema Único de Saúde e os 50% restantes serão distribuídos igualmente entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço da área de saúde pública. Além disso, os conselhos deverão ter um presidente eleito entre seus membros, em reunião plenária (Silva *et al*, 2021).

3.2 Declínio dos movimentos sindicais e a participação dos profissionais nos conselhos de saúde

No final dos anos 1970, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), de maneira explícita, assume como campo de luta as relações de trabalho e saúde. Mesmo sob ditadura empresarial-militar, o MRSB reivindicava saúde no trabalho, negociando com o empresariado sem a intervenção do Estado. De modo autônomo, construía convenções e acordos coletivos de trabalho, mediante a negociação de cláusulas relativas à organização nos locais de trabalho visando ao controle da nocividade, e em defesa da saúde, ou criando assessorias técnicas sindicais para credenciar-se nos embates com o capital (Lacaz *et al*. 2019).

Do ponto de vista socioeconômico e político, a Constituição Federal de 1988 representou um marco na ampliação dos direitos sociais no Brasil ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, já no próprio texto constitucional podem ser identificadas tensões estruturais que marcariam o desenvolvimento posterior do sistema. Um exemplo relevante é o artigo 199 da Constituição, que permite a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, prevendo a atuação complementar do setor privado no sistema público. Tal dispositivo revela uma ambiguidade institucional presente desde a origem do SUS, na medida em que o mesmo arcabouço constitucional que institui um sistema público universal também admite a presença do mercado no setor saúde. Essa tensão tornou-se ainda mais evidente a partir da década de 1990, quando reformas orientadas por princípios neoliberais passaram a redefinir o papel do Estado e a ampliar a presença do setor privado na provisão de serviços de saúde. Nesse contexto, embora o Brasil tenha instituído uma Constituição socialmente avançada, sua

implementação passou a enfrentar limites relacionados às transformações do Estado e às novas orientações da política econômica e social, que tensionaram o projeto universalista do SUS (Bresser-Pereira et al., 1998; PAIM, 2008; Fleury, 2009; Bahia, 2018).

Historicamente, os sindicatos são, segundo Rossi e Gerab (2009):

[...] organismos sociais, que se destinam à defesa dos interesses econômicos e sociais dos componentes das suas respectivas categorias profissionais, individual ou coletivamente. Esses interesses são voltados para as melhorias salariais, das condições de trabalho e das condições de vida, em geral. Justamente por tratar de questões comuns às trabalhadoras e aos trabalhadores da sua base social, esses organismos unificam todas e todos que os integram, sem distinção de sexo, raça, credo religioso, orientação sexual ou opção política.

Percebe-se que, no percurso histórico das lutas sindicais, o centro destas é no das relações de trabalho ou laborais com o horizonte de superação do controle privado de produção pelo domínio público, o que possibilitou a construção de direitos do trabalho, a regulação das jornadas de trabalho e das condições de trabalho, por exemplo. Todas essas temáticas determinam a saúde do trabalhador, logo, isso também está presente na constituição da organização do trabalho e operacionalização do SUS, como um dos cerne da saúde laboral e da construção de parâmetros públicos que pudessem o distinguir da lógica mercadológica (Lacaz, 2007).

Diversos fatores contemporâneos têm contribuído para o enfraquecimento dos movimentos sindicais e para a reconfiguração das formas de organização coletiva dos trabalhadores. Entre esses fatores destacam-se as profundas transformações ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas, associadas à globalização econômica, às mudanças na divisão internacional do trabalho e às novas formas de organização sociotécnica da produção. Nesse contexto, a classe trabalhadora contemporânea apresenta maior heterogeneidade e complexidade em comparação ao período de predominância do modelo fordista-taylorista, marcado por maior estabilidade ocupacional e maior concentração de trabalhadores em grandes unidades produtivas (Boas; Brito, 2019).

De acordo com Antunes (2005), a classe trabalhadora passou a assumir configurações mais fragmentadas, multifacetadas e marcadas por múltiplas formas de inserção laboral, fenômeno que dificulta a construção de identidades coletivas e impacta a capacidade de mobilização sindical. No plano institucional, transformações recentes nas legislações trabalhistas também têm contribuído para intensificar esse processo. No Brasil, a reforma trabalhista instituída pela Lei nº 13.467/2017 introduziu mudanças significativas na

Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ampliando modalidades contratuais mais flexíveis e favorecendo processos de terceirização e de pejetização das relações de trabalho. Segundo estudos sobre os efeitos dessa reforma, tais mudanças tendem a fragilizar os vínculos formais de emprego e a reduzir a capacidade de organização coletiva dos trabalhadores, ao fragmentar as bases tradicionais de representação sindical (Krein; Gimenez; Santos, 2018).

Apesar desse declínio estrutural, um elemento pouco explorado, mas fundamental para compreender a atual participação dos profissionais de saúde nos Conselhos, refere-se à reconfiguração das pautas sindicais no período pós-constitucional. Estudos recentes têm apontado transformações relevantes na agenda de atuação das organizações sindicais no Brasil. Parte dessa literatura indica que, paralelamente à redução da densidade organizativa dos sindicatos nas últimas décadas, observou-se também uma reorientação de suas pautas reivindicatórias. Em diversos processos de negociação coletiva, demandas relacionadas à obtenção de benefícios privados, especialmente planos de saúde empresariais ou coletivos, passaram a ocupar posição de destaque nas agendas sindicais. Pesquisas sobre negociações trabalhistas no país indicam que a inclusão de planos de saúde como benefício contratual tornou-se uma das reivindicações mais frequentes nas convenções e acordos coletivos, refletindo a centralidade crescente desse tema nas relações de trabalho (Cardoso, 2015; Krein; Biavaschi, 2015).

Esse movimento sinaliza uma mudança significativa em relação ao período de redemocratização brasileira, quando parte expressiva das organizações sindicais esteve diretamente envolvida nas mobilizações em defesa da construção de um sistema público universal de saúde. Nesse sentido, alguns estudos sugerem que determinadas estratégias sindicais contemporâneas podem contribuir, ainda que de forma indireta, para a expansão do mercado de planos privados de saúde no país, evidenciando as tensões existentes entre demandas corporativas e a defesa do fortalecimento do sistema público de saúde (Tesser; Serapioni, 2021; Bahia, 2018; Menicucci, 2014). Tais transformações também podem repercutir nas formas de participação política e institucional dos trabalhadores no campo da saúde, influenciando sua presença e atuação em instâncias de controle social do sistema, como os Conselhos de Saúde, espaços nos quais se expressam diferentes interesses e projetos em disputa na formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde (Cortes, 2009; Avritzer, 2012).

Essa transição tem implicações diretas para a composição e atuação dos Conselhos de Saúde. Ao defenderem benefícios vinculados ao mercado suplementar, muitos profissionais

passam a ingressar nos Conselhos com interesses ambivalentes: por um lado, reconhecem o valor do SUS enquanto política pública estruturante; por outro, mantêm vínculos materiais e simbólicos com operadoras privadas, que moldam expectativas e percepções sobre o que deve ser considerado como “bom cuidado”. Assim, o entusiasmo político que marcou a atuação da classe trabalhadora durante a Reforma Sanitária encontra-se, hoje, diluído pela lógica corporativa e pelo acesso segmentado à assistência (Teodoro; Csapo, 2021).

Além disso, a literatura demonstra que a expansão do setor suplementar foi impulsionada pela própria migração dos trabalhadores formalizados para planos privados desde os anos 1990, movimento que reduziu a presença das classes médias e assalariadas nos serviços públicos e enfraqueceu a pressão social por melhorias estruturais no SUS. A ausência desses grupos, tradicionalmente mais organizados e com maior capacidade de vocalização, contribuiu para a perda de legitimidade política do sistema público e diminuiu a vitalidade participativa em espaços como os Conselhos de Saúde (Tesser; Serapioni, 2021).

Os mesmos autores destacam que esse fenômeno se agrava ao se observar que grande parte dos próprios servidores públicos e profissionais do SUS utiliza planos privados subsidiados pelo Estado. Essa prática produz uma contradição simbólica e política relevante: defendem a universalidade do SUS, mas não o utilizam como sua principal via de cuidado. Esse paradoxo, frequentemente sintetizado como a defesa de um SUS que não se usa, fragiliza a coerência do discurso sanitarista e sua capacidade de mobilização social.

Nesse contexto, o distanciamento entre sindicatos e o movimento sanitário, ambos protagonistas históricos do MRSB, evidencia uma descontinuidade estratégica que impacta diretamente a representação profissional nos Conselhos. A Reforma Sanitária não conseguiu incorporar plenamente o trabalhismo como dimensão política de sua luta, resultando em uma base de apoio social insuficiente para enfrentar o subfinanciamento crônico e a crescente mercantilização da saúde no país (Santos, 2014).

Essa descontinuidade histórica não se limita ao plano político-discursivo, manifestando-se também na reconfiguração das pautas sindicais e corporativas. A transição das reivindicações trabalhistas para a intermediação de planos de saúde coletivos por adesão, regulados pela ANS, transformou sindicatos em entidades contratantes que negociam benefícios privados, prática que desloca o foco da luta pelo sistema público universal para o fortalecimento do mercado suplementar (BRASIL, 1999; DIEESE, 2009). Paralelamente, conselhos profissionais e ordens de classe, cuja função primordial é regulatória e ética, passaram a firmar convênios com operadoras de planos, posicionando-se como intermediários

que oferecem descontos e condições diferenciadas aos inscritos, reforçando a lógica mercantil do acesso à saúde e criando tensões entre o interesse público e vantagens corporativas privadas (Brasil, 1999; CREA-AM, 2023).

Um exemplo emblemático dessa reconfiguração é o caso da Unimed, cooperativa médica fundada em 1967 por dirigentes sindicais em Santos (SP) como reação às medicinas de grupo empresariais, visando autonomia profissional e remuneração justa por meio de cooperativas de trabalho médico. O Sistema Unimed expandiu-se rapidamente, congregando hoje centenas de singulares, federações e uma confederação nacional, tornando-se a maior cooperativa de saúde suplementar do mundo, com milhões de beneficiários em planos coletivos empresariais e por adesão, tensionando assim a articulação público-privada e os princípios da Reforma Sanitária (Ferreira Neto; Souza, 2001; UNIMED, 2024). Essa trajetória ilustra como atores originalmente vinculados ao movimento sanitário e sindical migraram para o setor privado, atuando como vetores de expansão da saúde suplementar e diluindo a coesão política nos Conselhos de Saúde.

3.3 Representação nos Conselhos de Saúde no SUS

A representação constitui elemento central dos regimes democráticos e refere-se ao processo pelo qual determinados indivíduos ou organizações atuam em nome de interesses coletivos em espaços institucionais de decisão. Nesse contexto, os Conselhos de Saúde configuram-se como espaços institucionais de participação social, nos quais esse princípio democrático se materializa por meio da atuação de representantes de diferentes segmentos da sociedade (Santos; Avritzer, 2003).

Nos conselhos, esse processo se expressa pela presença e participação efetiva dos diferentes segmentos da sociedade na tomada de decisões e na gestão das políticas de saúde (Silva & Lima, 2021). A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde indica que a representação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviço deve se dar por meio da presença de entidades (associações, movimentos sociais, organizações civis, sindicatos, federações, conselhos de classe, comunidade científica, entidades públicas, patronais e de prestadores de serviços) e representantes do Governo (Brasil, 2012).

Nessa perspectiva, a representação, entendida como delegação, comporta a ideia de que alguém é delegado a exercer o papel de porta voz do representado e promovendo a defesa de seus interesses. Não se trata de representação direta e individualizada, mas de falar em nome

de um determinado grupo, como é o caso de associações políticas, religiosas, de categorias profissionais, dentre outros (Silva et al., 2021). Os conselhos comprovam que a representação é um atributo importante dos processos democráticos (Santos; Avritzer, 2003).

Ademais, a representação como “espelho” centra-se nos efeitos da atividade representativa que busca ampliar a participação de diferentes grupos sociais, considerando a participação dos que são eleitos para representar a população (Archanjo, 2011). A qualidade da representação está diretamente relacionada a oportunidades de participação, que devem ser ampliadas para alcançar um maior número de representados (Silva & Novaes, 2021).

Representação e representatividade são conceitos importantes nos debates sobre democracia, inclusão e justiça social. Embora muitas vezes utilizados como sinônimos, possuem significados distintos e implicações diferentes para a sociedade. A representação se refere à presença da população em cargos políticos, instituições ou espaços de decisão. A representatividade nos Conselhos é uma forma de representação que colabora para a democracia participativa, onde a prática de representação se torna mais consolidada estando aliada ao envolvimento dos representados (Fontes, 2021).

Problemas como baixa representação e representatividade; pouca qualificação e informação dos conselheiros; autoritarismo, corporativismo e atuação danosa de partidos políticos; insuficiência na formação da consciência cidadã; aumento do número de conselheiros sem o crescimento proporcional de uma base participativa são apontados como fragilidade nos conselhos de saúde (Marshall et al., 2021) (Paim, 2023). Talvez esses problemas tenham refletido no fato de durante os anos de 2016 a 2018 as políticas públicas de saúde terem demonstrado pouco sobre as recomendações do controle social (M. dos S. Brito et al., 2021a).

A participação dos profissionais de saúde nos Conselhos do SUS contribui para qualificar os processos deliberativos, ao incorporar experiências do trabalho assistencial e demandas das categorias profissionais. Essa presença pode favorecer a formulação de políticas mais aderentes às necessidades do sistema e fortalecer o controle social (Guizardi, 2015).

Dentre esses profissionais, destacam-se os da Estratégia Saúde da Família (ESF), que apresentam maior presença nos Conselhos devido à alta capilaridade dessa estratégia no SUS, abrangendo cerca de 80% da população brasileira por meio de mais de 42 mil equipes multiprofissionais distribuídas em territórios definidos, o que facilita sua articulação com instâncias locais de controle social (Brasil, 2017; Brasil, 2024a). Essa predominância reflete a dinâmica de oferta de serviços no SUS, na qual a ESF atua como porta de entrada, resolvendo até 80% das demandas em Atenção Primária e coordenando fluxos integrados de cuidado, em

articulação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), que fornece insumos estratégicos como medicamentos, vacinas e equipamentos para ações territoriais, reduzindo vulnerabilidades externas e promovendo inovação industrial (Brasil, 2024b; Fiocruz, 2024).

Categoricamente, esses profissionais são mais organizados por meio de sindicatos como a Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde (Fenasps) e a Confederação Nacional de Saúde (CNS), além de associações como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN/CORENs), que mobilizam demandas por direitos trabalhistas, carga horária de 40 horas semanais e ampliação de técnicos no Programa Saúde da Família, fortalecendo assim sua voz representativa nos Conselhos apesar das fragilidades corporativistas apontadas (Fenasps, 2025; COFEN, 2024; Coren-MA, 2020). Essa estrutura organizacional contribui para uma representação mais efetiva, tensionando pautas como subfinanciamento do SUS, mas também evidencia desafios de fragmentação setorial em contextos de precarização laboral (CNS, 2023).

Nesse contexto, o tema da representação emerge como uma discussão atual e necessária para compreender a dinâmica dos conselhos de saúde. Estudos anteriores, baseadas em estudos de casos, evidenciaram aspectos relacionados a legitimidade da representação nos conselhos e a compreensão de atores sociais sobre seu papel e a representação de instâncias participativas no Sistema Único de Saúde (Bispo & Gerschman, 2015b; Avritzer, 2008).

A rarefação teórica das pesquisas relacionadas a representação nos conselhos de saúde indica, inclusive, que o conhecimento produzido sobre o tema ainda é superficial, necessitando de um maior aprofundamento epistemológico capaz de produzir interpretações contextualizadas dos dados.

3.4 Historicidade das profissões de saúde no Brasil e a participação no movimento da reforma sanitária

A história revela-se um elemento crucial para o fundamento e o direcionamento das profissões. A compreensão do desenvolvimento histórico de eventos vivenciados pelas categorias profissionais é que possibilita a construção de identidades sólidas, as quais são mediadas pelas organizações representativas. Tais organizações refletem a dinâmica das intenções e contribuições para a formação identitária, respeitando as divergências e transformações nos contextos econômico, cultural, social e político do mundo do trabalho, direcionando a vida em sociedade (Bellaguarda et al., 2020).

A formalização e o reconhecimento de uma prática como profissão dependem de critérios rigorosos. Conforme Freidson e Pereira Neto (2009), para se enquadrar no conceito de profissão, uma disciplina deve possuir escolas próprias, apresentar credencialismo em educação, e dispor de disciplinamento e diretrizes profissionais, ainda que com uma autonomia superficial. Sob essa ótica, o ideal de profissionalização é constituído por elementos interdependentes, tais como um trabalho especializado suportado por um corpo teórico específico, a ética no uso do conhecimento e das competências, o reconhecimento social do trabalho, um programa formal de ensino, credenciais, uma jurisdição própria e uma clara divisão do trabalho.

Nesse sentido, ao considerar os critérios que definem uma profissão, torna-se possível analisar a trajetória de reconhecimento das categorias que compõem o campo da saúde no Brasil. A fundação do sistema de saúde profissional teve seu marco legal primordial em 1931, com a promulgação do Decreto nº 20.931. Este ato estabeleceu a regulamentação simultânea de três categorias essenciais, formalizando o controle da prática e inaugurando uma nova fase na estruturação das carreiras que comporiam a espinha dorsal do atendimento à população. As categorias regulamentadas em 1931 incluíram o Médico, cuja prática foi formalizada sob forte enfoque no modelo biomédico; o Enfermeiro, cuja base de atuação técnica e ética o definiu como pilar do cuidado assistencial e da saúde coletiva; e o Odontólogo, que consolidou sua transição para a ciência da saúde bucal e sua importância na atenção primária.

A necessidade de uma atenção integral, por sua vez, impulsionou a expansão do campo. As categorias de Biólogo e Biomédico tiveram seu reconhecimento formal e concomitante em 1979, a partir da Lei nº 6.684/79, que instituiu seus respectivos sistemas de conselhos. Mais tarde, em 1998, a regulamentação do Profissional de Educação Física pela Lei nº 9.696/98 consolidou sua inclusão no setor, especialmente na dimensão da promoção e prevenção. Essa análise cronológica revela marcos distintos que expandiram o reconhecimento legal do escopo multiprofissional, o qual viria a ser integralmente formalizado pela Resolução CNS nº 287/98.

É nesse contexto de ampliação profissional que se insere a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Emergindo como fruto das mobilizações populares na redemocratização nos anos 1980, movimento que envolveu múltiplas forças sociais, com prevalência de setores acadêmicos e médios, e sem se configurar como movimento de massas (Paim, 2008), a RSB elevou o papel das profissões de saúde e consolidou o ideário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, a participação das profissões de saúde na defesa da RSB e do SUS é desafiada pela persistente precarização das relações de trabalho no setor. O debate atual sobre a sustentabilidade do sistema ressalta a importância de uma política de recursos humanos que avance para além dos modelos gerencialistas, os quais frequentemente resultam na degradação dos vínculos de trabalho, terceirizações e no aviltamento de carreiras e salários. Essa deterioração afeta diretamente a capacidade de concretização do projeto sanitário, pois a qualidade e a integralidade da atenção dependem da estabilidade e da valorização dos trabalhadores. Assim, a luta por uma Carreira de Estado no SUS se torna uma pauta de vanguarda, articulando a defesa do direito universal à saúde com a garantia dos direitos do trabalhador (Lourenço & Bertani, 2007).

A relevância das profissões e do ideário da RSB ganhou contornos dramáticos na conjuntura recente, marcada por crises políticas e, notadamente, pela pandemia de COVID-19. Apesar da urgência na valorização e estabilidade do trabalho, a experiência da pandemia, que impôs sobrecargas extremas, evidenciou justamente o contrário. A crise sanitária expôs e intensificou as vulnerabilidades do sistema, conferindo uma dimensão crítica à historicidade das catorze profissões de saúde. O papel fundamental de cada categoria (conforme Resolução CNS nº 287/98) no enfrentamento da COVID-19 não apenas reafirmou a importância da atuação interprofissional e da integralidade do cuidado, mas também tornou incontornável o debate sobre a coerência entre o ideal sanitário e a realidade laboral (Cerchiari et al., 2023).

Esse período evidenciou a centralidade do SUS como política de Estado, ao mesmo tempo que expôs suas fragilidades, especialmente o crônico subfinanciamento e o impacto da Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95). Nesse cenário, os profissionais de saúde, articulados em movimentos como a Frente Pela Vida (FPV), transcenderam o assistencialismo, retomando o engajamento político para defender a ciência, a democracia e a necessidade de ampliação do financiamento e da capacidade de resposta do SUS, reafirmando os princípios universalistas da RSB frente a ameaças de desmonte (Paim, 2023).

3.5 Sistema de Acompanhamento de Conselho de Saúde (SIACS)

Com o objetivo de fortalecer a transparência e a participação do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) disponibiliza para os conselhos estaduais, municipais e distrital o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). O sistema é uma ferramenta de comunicação e informação, criada para

contribuir com a efetividade do Controle Social e resulta em um retrato detalhado dos conselhos de saúde de todo o país, mostrando a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao SUS. Os Conselhos de Saúde Brasileiros deverão se registrar na referida plataforma (Brasil, 2024).

O cadastramento no SIACS é realizado mediante solicitação de acesso ao sistema pelos conselhos de saúde, e posterior emissão de senha exclusiva pelo Conselho Nacional de Saúde, para que cada conselho registre as informações requeridas para compor o banco de dados. Está em funcionamento desde 2012 com o objetivo de mostrar “a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2012).

Nesse sentido, o SIACS servirá de base para conhecimento dos atos normativos dos conselhos de saúde (Saúde et al., 2013).

Os dados inseridos no sistema constituem uma rede com informações dos 5.570 conselhos municipais, 26 conselhos estaduais, 36 conselhos distritais de saúde indígena e do conselho do Distrito Federal, junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde. O SIACS tem o objetivo de mapear o controle social na área da Saúde no Brasil a partir do levantamento de informações relacionadas à atual composição dos conselhos, verificando-se, inclusive, o cumprimento da paridade. O Acórdão nº 1.660, de 22 de março de 2011, do Tribunal de Contas da União (TCU) ressalta que, em março de 2011, estabeleceu que o Ministério da Saúde só deve repassar recursos para os estados e municípios cujos conselhos de saúde sejam compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores. A paridade está prevista no artigo 4º da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na 3ª diretriz da Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2024).

3.6 Regiões de Saúde e Organização Territorial do SUS

A regionalização constitui diretriz estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida como estratégia fundamental para a organização territorial dos serviços, para a garantia da integralidade da atenção e para a otimização dos recursos disponíveis. Segundo Viana e Lima (2011), o processo de regionalização busca conformar redes de atenção à saúde que articulem serviços de diferentes níveis de complexidade em recortes territoriais que superem a fragmentação municipal e que possibilitem economia de escala, complementaridade entre serviços e acesso mais equitativo da população às ações de saúde.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a descentralização como princípio organizativo do SUS, com ênfase na municipalização dos serviços e da gestão. Nas décadas subsequentes, particularmente nos anos 1990, a municipalização avançou significativamente,

com a transferência de responsabilidades e recursos para os mais de 5.500 municípios brasileiros. Conforme apontam Dourado e Elias (2011), esse processo produziu avanços importantes em termos de capilaridade do sistema e de aproximação da gestão às realidades locais, mas também gerou fragmentação, duplicação de estruturas e dificuldades de garantir acesso a serviços de maior complexidade, especialmente em municípios de pequeno porte.

Diante desses desafios, a regionalização emergiu, a partir dos anos 2000, como estratégia de superação desses limites, buscando construir arranjos cooperativos entre municípios que permitissem compartilhamento de serviços especializados, referência e contrarreferência entre níveis de atenção e planejamento integrado em escala regional. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), editada em 2001 e 2002, representou a primeira iniciativa mais estruturada de indução da regionalização, estabelecendo a organização de regiões de saúde e de municípios-polo como referência regional (Brasil, 2001).

O Pacto pela Saúde, instituído em 2006, consolidou a regionalização como eixo estruturante da governança do SUS, estabelecendo as regiões de saúde como espaços privilegiados de planejamento, pactuação e gestão compartilhada entre entes federativos. Posteriormente, o Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde, trouxe definição precisa ao estabelecer que região de saúde constitui "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (Brasil, 2011).

A conformação das regiões de saúde no território brasileiro apresenta significativa heterogeneidade, refletindo as diversidades geográficas, demográficas, econômicas e de organização dos serviços que caracterizam o país. Dados do Ministério da Saúde indicam que foram instituídas 450 regiões de saúde no Brasil, abrangendo a totalidade dos municípios e organizadas de forma pactuada entre gestores estaduais e municipais nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) de cada estado (Brasil, 2015). Essas regiões variam amplamente em termos de extensão territorial, população abrangida, número de municípios integrantes e capacidade instalada de serviços. Enquanto algumas regiões, particularmente em estados mais urbanizados e com melhor infraestrutura de serviços, compreendem poucos municípios de médio e grande porte, com distâncias relativamente curtas entre eles e com oferta diversificada de serviços, outras regiões, especialmente em áreas menos densamente povoadas ou com

municípios dispersos, abrangem extensos territórios, grande número de municípios de pequeno porte e apresentam significativa escassez de serviços especializados (Albuquerque *et al.*, 2017).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório-descritivo fundamentado na análise de dados secundários provenientes do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) e do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). O SIACS é um sistema que se configura como uma plataforma pública e oficial vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, responsável pela consolidação de informações referentes aos conselhos de saúde nas esferas municipal, estadual, distrital e nacional (Brasil, 2024).

A opção pela abordagem quantitativa justifica-se pela necessidade de mensurar e analisar dados numéricos que possibilitem a identificação de padrões, tendências e relações entre variáveis de interesse no contexto do controle social em saúde. Segundo Richardson (2017), a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto na coleta quanto no tratamento das informações, mediante técnicas estatísticas que visam garantir a precisão dos resultados e minimizar possíveis distorções de análise e interpretação.

O caráter exploratório-descritivo do estudo fundamenta-se na proposta de investigar um fenômeno ainda pouco explorado na literatura científica, proporcionando maior familiaridade com o problema e aprimorando ideias ou descobrindo intuições (Gil, 2019). Concomitantemente, o componente descritivo permite a exposição detalhada das características de determinada população ou fenômeno, estabelecendo relações entre variáveis mediante a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (Prodanov; Freitas, 2013).

4.2 Local de Estudo

Para a realização deste estudo, foram utilizados dados provenientes de dois sistemas oficiais de informação do Sistema Único de Saúde (SUS): o Sistema de Informação e Apoio aos Conselhos de Saúde (SIACS) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A escolha dessas bases de dados deve-se à sua abrangência nacional e ao fato de reunirem informações sistematizadas sobre, respectivamente, as instâncias de participação social na saúde e a estrutura da força de trabalho e dos serviços de saúde no país.

O CNES é o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, no tocante à realidade da capacidade instalada e

mão-de-obra assistencial, independentemente de sua natureza jurídica (pública ou privada) ou de integrarem o SUS (Brasil, 2022). A utilização dos sistemas SIACS e CNES como fonte de dados configura uma estratégia metodológica que viabiliza o acesso a informações oficiais, sistematizadas e atualizadas sobre a estrutura e o funcionamento dos conselhos de saúde em todo o território nacional e sobre a força de trabalho em saúde. Esses sistemas representam um importante instrumento de transparência no âmbito do SUS. O SIACS possibilita o monitoramento e a avaliação das instâncias de participação social na saúde, enquanto o CNES funciona como ferramenta de apoio para a tomada de decisão e o planejamento de ações, ao permitir maior visibilidade do mapeamento assistencial de saúde nos territórios (CNS, 2022).

4.3 Cenário de Estudo

Foram analisadas informações disponíveis sobre a representação de categorias de profissionais da saúde de nível superior nos conselhos de saúde de municípios brasileiros que fazem parte das sedes das regiões de saúde brasileiras.

As categorias profissionais consideradas nesta investigação foram estabelecidas com base na Resolução nº 287/98 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), marco normativo que reconheceu oficialmente quatorze profissões da área da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. Integram esse conjunto os assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (Brasil, 1998). Considerou-se, também, o profissional de saúde Sanitarista regulamentado pela Lei Nº 14.725/2023 (Brasil, 2023).

Reconhece-se que o espectro de profissionais que atuam no campo da saúde transcende as categorias mencionadas, abrangendo outros trabalhadores igualmente relevantes para o funcionamento do sistema. Todavia, a opção por essa delimitação justifica-se pelo papel estratégico que a representação desses segmentos profissionais desempenha nos conselhos de saúde, particularmente no que concerne ao fortalecimento do debate e à proposição de ações voltadas para o aprimoramento do dimensionamento da força de trabalho em saúde. Conforme evidenciado por Possa et al. (2022), o dimensionamento da força de trabalho em saúde é um processo que deve ser construído com base na realidade local, na participação dos trabalhadores e na representação estratégica nos espaços de gestão e controle social, de modo a qualificar a força de trabalho e fortalecer a gestão do trabalho em saúde.

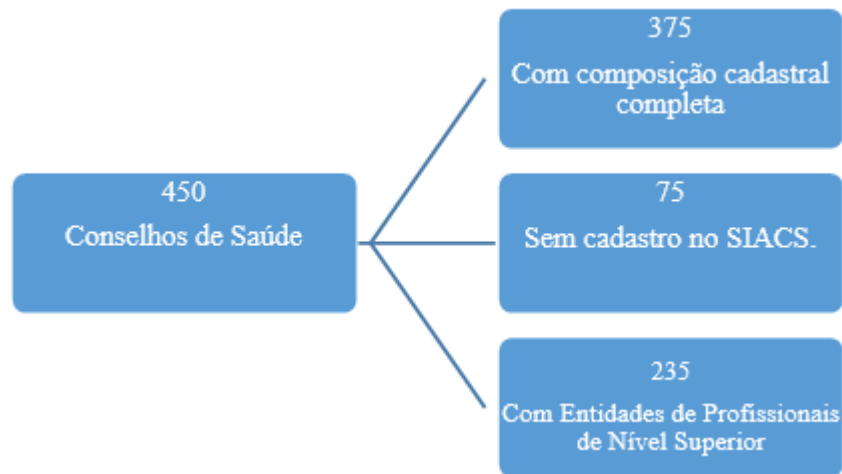
A análise centrada nos municípios-sede das Regiões de Saúde justifica-se pela sua função estratégica na Rede de Atenção à Saúde. Conforme o Decreto nº 7.508/2011, a delimitação regional baseia-se em identidades socioeconômicas e infraestrutura compartilhada, conferindo unicidade ao território. Nesse contexto, o município-sede define-se como o polo de referência regional, detentor da capacidade instalada necessária para ofertar a totalidade dos serviços de saúde de complexidade intermediária (primeiro nível de referência). Ele deve garantir autossuficiência não apenas para sua própria demanda, mas também para a população dos municípios adscritos, conforme pactuado na programação integrada entre gestores (Brasil, 2002; 2011)

A função de município-sede implica, portanto, em atribuições ampliadas no âmbito da governança regional, incluindo a coordenação de ações intermunicipais, a mediação de conflitos, a articulação de pactos regionais e o desenvolvimento de estratégias voltadas para a garantia do acesso e da integralidade da atenção à saúde em escala regional (Albuquerque *et al.*, 2019).

4.3 Critérios de Inclusão

Para a coleta de dados foram incluídos os Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS. Para análise detalhada a região de saúde deveria apresentar pelo menos uma entidade representativa de profissionais da saúde de nível superior durante o período da coleta de dados.

Figura 1 - Representação do universo de análise, Brasil, 2025



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

4.4 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados secundários foi realizada por meio do levantamento de informações contidas no SIACS quanto a composição dos conselhos de saúde das regiões de saúde brasileiras no segmento trabalhadores de saúde. Para isso, foi realizado um levantamento inicial, no portal do Ministério da Saúde, da nomenclatura das regiões de saúde existentes e suas localidades. A coleta foi realizada no período de novembro de 2024 a dezembro de 2025.

As variáveis coletadas foram: registro do conselho no SIACS (sim ou não), presença de representação dos profissionais da saúde de nível superior (descrição de qual categoria participa e a quantidade) por município.

Embora o Sistema de Informações sobre Conselhos de Saúde (SIACS) possibilite a estratificação dos conselheiros por segmentos: usuários, trabalhadores e gestores/ prestadores, a plataforma apresenta uma lacuna metodológica ao não oferecer filtros para a distinção do nível de escolaridade dos representantes. Ante essa limitação, a presente pesquisa adotou um procedimento de identificação manual para catalogar os profissionais de saúde de nível superior. Os dados foram extraídos mediante análise descritiva da composição dos conselhos e sistematizados em uma base de dados própria (Microsoft Excel), estruturada segundo as regiões de saúde e seus respectivos municípios-sede, garantindo assim a precisão necessária à caracterização do perfil acadêmico dos membros.

Para efeitos comparativos, utilizou-se também, dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referentes ao Cadastro Brasileiros de Ocupação (CBO) das diferentes profissões de nível superior da área da saúde com o objetivo de comparar a força de trabalho determinada pela quantidade de profissionais de saúde. Ressalta-se que o CNES realiza a contagem dos profissionais pelo número de vínculos que possuem com os estabelecimentos de saúde cadastrados.

O uso de dados secundários é reconhecido como estratégia válida para avaliar políticas públicas de saúde, garantindo economicidade, amplitude territorial e confiabilidade, uma vez que os dados provêm de fontes oficiais (Cellard, 2012; Flick, 2013).

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, elaboração de tabelas comparativas. Essa abordagem permitiu

identificar as categorias de profissionais da saúde mais e menos frequentes, bem como comparar a representação dos profissionais de saúde de nível superior entre as diferentes regiões do país.

A abordagem analítica foi adequada para identificar quais categorias de profissionais da saúde apresentaram maior e menor frequência de representação nos conselhos municipais de saúde dos municípios-sede das regiões de saúde brasileiras.

4.6 Aspectos Éticos e legais

Essa pesquisa faz parte do projeto Perfil dos Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob parecer nº 5.248.583 (ANEXO A).

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público, não envolvendo identificação de indivíduos. Portanto, não apresenta riscos éticos relevantes.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo

**Representação dos profissionais de saúde nos Conselhos de Saúde:
análise da composição dos Conselhos de Saúde dos municípios- sede
das Regiões de Saúde Brasileiras a partir do SIACS**

(a ser submetido à Revista Trabalho, Educação e Saúde (TES) e-ISSN: 1981-774, Qualis B1).

NORMAS: ANEXO B.

Representação dos profissionais da saúde nos Conselhos de Saúde: análise da composição dos Conselhos de Saúde dos municípios sede das Regiões de Saúde Brasileiras a partir do SIACS

Marta Rocha Cavalcante (<https://orcid.org/0000-0002-5019-2456>)¹

Judith Rafaelle Oliveira Pinho (<https://orcid.org/0000-0001-8857-8138>)²

RESUMO

O estudo analisou a composição dos Conselhos de Saúde dos municípios-sede das regiões de saúde brasileiras, com foco na representação de profissionais de nível superior no segmento dos trabalhadores, utilizando dados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). A investigação, de caráter descritivo e quantitativo, revelou que, apesar de 83,3% dos conselhos apresentarem composição cadastrada, 47,8% não registram profissionais de nível superior no SIACS, indicando sérias lacunas informacionais ou estruturais na composição. Entre as categorias registradas, há uma predominância concentrada em Enfermagem, Odontologia e Medicina. Profissões essenciais como Biologia, Biomedicina, Educação Física e Nutrição apresentam representação residual, limitando a diversidade de saberes nas deliberações. Identificou-se também uma acentuada desigualdade regional, com mais de 67% dos representantes concentrados nas regiões Sudeste e Nordeste, e sub-representação crítica no Norte e Centro-Oeste. A análise comparativa com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sugere que a representação é influenciada por fatores políticos e organizacionais da categoria, e não apenas pelo volume de profissionais. Conclui-se que o padrão de representação é díspar e concentrado, desafiando a diversidade multiprofissional e a equidade regional da participação social no SUS. A superação das lacunas de registro no SIACS e o fortalecimento das categorias sub-representadas são cruciais para a consolidação democrática do controle social.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Representação; Profissionais de Saúde; Sistemas de Informação; Controle Social.

Representation of healthcare professionals in health councils: analysis of the composition of the Health Councils of the municipalities that are seats of the Brazilian Health Regions based on SIACS

ABSTRACT

The study analyzed the composition of the Health Councils of municipalities that serve as headquarters for Brazilian health regions, focusing on the representation of higher-education professionals within the workers' segment, using data from the Health Councils Monitoring System (SIACS). The investigation, of a descriptive and quantitative nature, revealed that, although 83.3% of the councils had registered compositions, 47.8% did not register higher-education professionals in SIACS, indicating serious informational or structural gaps in the composition. Among the registered categories, there is a concentration in Nursing, Dentistry, and Medicine. Essential professions such as Biology, Biomedicine, Physical Education, and Nutrition have minimal representation, limiting the diversity of knowledge in deliberations. An acute regional inequality was also identified, with over 67% of representatives concentrated in the South and Southeast regions, and critical underrepresentation in the North and Central-West. The comparative analysis with the National Registry of Health Establishments (CNES) suggests that representation is influenced by political and organizational factors of the category, and not just by the number of professionals. It is concluded that the pattern of representation is uneven and concentrated, challenging the multiprofessional diversity and regional equity of social participation in the SUS. Overcoming registration gaps in the SIACS and strengthening underrepresented categories are crucial for the democratic consolidation of social control.

Keywords: Health Councils; Representation; Health Professionals; Information Systems; Social Control.

Representación de los profesionales de la salud en los consejos de salud: análisis de la composición de los Consejos de Salud de los municipios sede de las Regiones de Salud Brasileñas a partir del SIACS

RESUMEN

El estudio analizó la composición de los Consejos de Salud de los municipios que sirven como sedes de las regiones de salud brasileñas, enfocándose en la representación de profesionales con educación superior dentro del segmento de trabajadores, utilizando datos del Sistema de Monitoreo de Consejos de Salud (SIACS). La investigación, de carácter descriptivo y cuantitativo, reveló que, aunque el 83,3% de los consejos tenían composiciones registradas, el 47,8% no registraba profesionales con educación superior en SIACS, lo que indica graves lagunas informativas o estructurales en la composición. Entre las categorías registradas, existe una concentración en Enfermería, Odontología y Medicina. Profesiones esenciales como Biología, Biomedicina, Educación Física y Nutrición tienen una representación mínima, limitando la diversidad de conocimientos en las deliberaciones. También se identificó una aguda desigualdad regional, con más del 67% de los representantes concentrados en las regiones Sur y Sureste, y una subrepresentación crítica en el Norte y Centro-Oeste. El análisis comparativo con el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES) sugiere que la representación está influenciada por factores políticos y organizativos de la categoría, y no solo por el número de profesionales. Se concluye que el patrón de representación es desigual y concentrado, desafiando la diversidad multiprofesional y la equidad regional de la participación social en el SUS. Superar las brechas de registro en el SIACS y fortalecer las categorías subrepresentadas es crucial para la consolidación democrática del control social.

Palabras clave: Consejos de Salud; Representación; Profesionales de Salud; Sistemas de Información; Control Social.

1. INTRODUÇÃO

A participação social constitui princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado pela Lei nº 8.142/1990, que instituiu os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo. Esses espaços devem contar com representação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços, configurando arranjo institucional que busca democratizar as decisões sobre políticas de saúde (Brasil, 1990).

A representação nos conselhos trata-se da presença e participação efetiva dos diferentes segmentos da sociedade na tomada de decisões e na gestão das políticas de saúde (Silva & Lima, 2021). A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde indica que a representação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviço deve se dar por meio da presença de entidades (associações, movimentos sociais, organizações civis, sindicatos, federações, conselhos de classe, comunidade científica, entidades públicas, patronais e de prestadores de serviços) e representantes do Governo (Brasil, 2012).

Entre os diversos segmentos que compõem os conselhos, os trabalhadores de saúde ocupam posição estratégica, pois detêm conhecimento técnico-científico e vivência cotidiana dos serviços. A Resolução CNS nº 287/1998 reconhece 14 categorias profissionais essenciais para as ações de saúde: medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, assistente social, biologia, biomedicina, educação física e medicina veterinária. Soma-se à esse cenário a profissão de sanitarista regulamentada pela Lei nº 14.725, de 16 de novembro de 2023, ainda que não esteja listada na Resolução CNS (Brasil, 2023). A presença diversificada dessas categorias nos conselhos pode enriquecer as deliberações com múltiplas perspectivas técnicas e experiências profissionais.

Apesar da reconhecida relevância da composição multiprofissional para a legitimidade e efetividade dos conselhos de saúde, evidências empíricas indicam a persistência de fragilidades significativas na representação dos trabalhadores nesses espaços deliberativos, especialmente no que concerne aos limites da representatividade política e à atuação efetiva dos conselheiros (SIQUEIRA et al., 2020). Tais fragilidades manifestam-se, entre outros aspectos, na predominância de determinadas categorias profissionais em detrimento de outras, na ausência ou sub-representação de grupos estratégicos do campo da saúde e na insuficiência de apoio técnico-administrativo para o adequado funcionamento dessas instâncias colegiadas. Esse cenário compromete não apenas o equilíbrio representativo, mas também a capacidade dos conselhos de incorporar, de maneira plural e qualificada, a diversidade de saberes, práticas e

experiências que caracteriza o trabalho em saúde, limitando, conseqüentemente, o potencial democrático e deliberativo desses espaços de participação social.

O monitoramento sistemático da composição dos conselhos representa desafio importante para gestores e pesquisadores. O Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), implementado nacionalmente, busca preencher essa lacuna ao registrar informações sobre os representantes das instâncias participativas. A análise dos dados disponíveis nesse sistema permite caracterizar padrões de representação profissional e identificar fragilidades tanto na composição dos conselhos quanto na qualidade das informações registradas.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar os padrões de desigualdade na representação de profissionais de saúde de nível superior nos Conselhos de Saúde dos municípios-sede das Regiões de Saúde brasileiras, examinando sua relação com a distribuição da força de trabalho em saúde no país. A partir de dados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), busca-se identificar assimetrias na participação dos trabalhadores nos espaços institucionais de controle social do Sistema Único de Saúde, contribuindo para o debate sobre governança participativa, gestão do trabalho e fortalecimento democrático do SUS.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como estudo descritivo de abordagem quantitativa, voltado à análise da representação profissional nos Conselhos de Saúde. O cenário da investigação compreendeu os Conselhos de Saúde dos 450 municípios-sede das Regiões de Saúde brasileiras, cuja seleção fundamentou-se no papel estratégico que esses municípios desempenham como referências regionais na organização, coordenação e governança da Rede de Atenção à Saúde.

A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre novembro de 2024 e dezembro de 2025, utilizando-se exclusivamente bases de dados públicas e de acesso irrestrito disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Foram empregadas duas fontes principais: o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), destinado à obtenção de informações referentes à composição e ao cadastramento dos Conselhos de Saúde, e o Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES), utilizado para a extração de dados relativos ao quantitativo da força de trabalho em saúde no país, que subsidiaram as análises comparativas.

Para a análise da frequência e da distribuição da representação profissional, foram consideradas elegíveis as Regiões de Saúde cujos Conselhos de Saúde dos municípios-sede apresentaram pelo menos uma entidade representativa de profissionais de saúde de nível superior devidamente cadastrada no SIACS. As análises foram realizadas por meio de planilhas eletrônicas no software Microsoft Excel®.

As entidades representativas identificadas foram classificadas de acordo com as categorias profissionais de nível superior em saúde, conforme disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287/1998 e na Lei nº 14.725/2023. Para fins de comparação entre a representação nos Conselhos de Saúde e a força de trabalho em saúde, adotou-se a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente às categorias profissionais selecionadas no CNES.

Adicionalmente, foi identificado e quantificado o fenômeno da repetição de representação, definido como a presença de mais de uma entidade da mesma categoria profissional em um mesmo Conselho de Saúde (Figura 1). A análise considerou o número total de entidades representativas por categoria profissional (frequência absoluta), permitindo avaliar a intensidade da participação e o potencial de concentração da representação em determinadas categorias.

Os dados coletados foram processados e submetidos à análise estatística descritiva. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para caracterizar o panorama de cadastramento dos Conselhos de Saúde (Tabela 1), a frequência das categorias profissionais representadas (Figura 1), a comparação entre a representação nos conselhos e a força de trabalho em saúde (Tabela 2) e a distribuição regional da representação profissional segundo macrorregiões brasileiras (Figura 2).

Para analisar a relação entre a presença das categorias profissionais na força de trabalho em saúde e sua participação nos Conselhos de Saúde, foi calculado o Índice de Representação Profissional (IRP). O índice corresponde à razão entre a proporção de representações de cada categoria profissional registradas no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) e a proporção de vínculos profissionais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Valores inferiores a 1 indicam sub-representação, valores próximos de 1 indicam representação proporcional e valores superiores a 1 indicam super-representação das categorias profissionais nos Conselhos de Saúde.

O estudo foi conduzido em conformidade com as diretrizes éticas vigentes para pesquisas que utilizam bases de dados públicas e de acesso irrestrito, não havendo necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS

Nesta etapa, apresentam-se os resultados referentes ao cadastramento e à seleção das regiões de saúde elegíveis. A análise abrange, ainda, a mensuração da frequência das categorias profissionais e a caracterização de sua distribuição regional junto aos Conselhos de Saúde analisados.

3.1 Cadastro e Elegibilidade dos Conselhos de Saúde

Os dados consolidados na Tabela 1 apresentam o panorama do cadastramento dos Conselhos de Saúde relativos aos municípios-sede das 450 Regiões de Saúde brasileiras, conforme os registros do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Tabela 1 – Panorama do cadastro e da elegibilidade dos municípios sede das Regiões de Saúde no SIACS para análise da composição dos Conselhos de Saúde, Brasil, 2025.

Indicador	Descrição	Quantidade	Percentual (%)
Total de Regiões de Saúde do Brasil	Regiões de Saúde do Brasil	450	100,0%
Regiões com composição cadastrada	Regiões com composição cadastral	375	83,3%
Regiões com composição ausente no cadastro	Regiões sem cadastro no SIACS	75	16,7%
Regiões com dados incompletos	Regiões com dados incompletos (genéricos) da composição	140	31,3%
Regiões com entidades de nível superior	Regiões com pelo menos uma entidade de profissional de saúde de nível superior cadastrado	235	52,2%
Regiões com lacunas informacionais	Regiões sem entidade de profissional de nível superior	215	47,8%

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

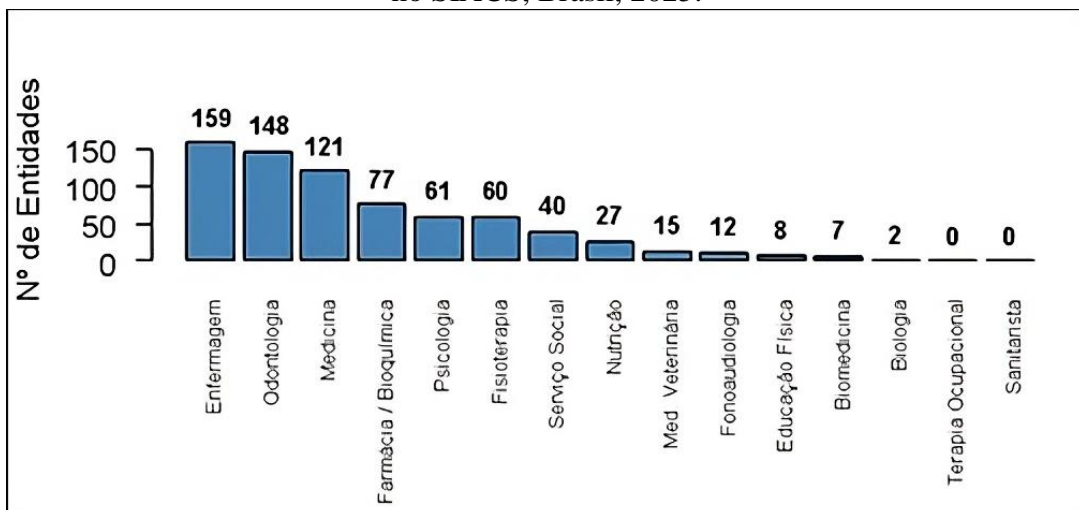
Dos 450 municípios-sede das Regiões de Saúde brasileiras, 375 (83,3%) apresentavam registro da composição dos Conselhos de Saúde no SIACS, enquanto 75 (16,7%) não possuíam qualquer cadastro. Entre os conselhos cadastrados, 140 (31,3%) apresentavam dados incompletos ou registros genéricos sobre sua composição, o que dificultou a identificação das categorias profissionais representadas.

Considerando especificamente a presença de entidades de profissionais de saúde de nível superior, 235 conselhos (52,2%) apresentaram pelo menos uma entidade representativa registrada no sistema, enquanto 215 (47,8%) não registraram nenhuma entidade desse segmento.

3.2 Frequência das Categorias Profissionais nos Conselhos de Saúde

O quantitativo de representações é detalhado na Figura 1, evidenciando um universo de 737 entidades. Esses dados referem-se ao conjunto de 235 municípios-sede de Regiões de Saúde que apresentaram registros de entidades de profissionais de saúde de nível superior no sistema.

Figura 1 – Categorias de Profissionais da Saúde Mais e Menos Frequentes no SIACS, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

As categorias profissionais com maior quantitativo de representações foram Enfermagem (159), Odontologia (148) e Medicina (121). Em contraste, as categorias menos frequentes foram Educação Física (8), Biomedicina (7) e Biologia (2). Durante a análise, observou-se a ocorrência de múltiplas representações de uma mesma categoria profissional dentro de um mesmo conselho de saúde. Em alguns casos, a categoria médica apresentou até cinco representações distintas em um único conselho, enquanto enfermagem e odontologia registraram até três e duas representações, respectivamente.

Ademais, a análise das frequências revela lacunas críticas na representação de categorias fundamentais para o modelo de atenção integral. Não foram identificados registros

de representação para as categorias de Terapia Ocupacional e Sanitarismo no sistema SIACS durante o período analisado.

3.3 Comparação com a Força de Trabalho (CNES)

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos vínculos profissionais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e das entidades representadas no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), bem como o Índice de Representação Profissional (IRP), calculado para estimar a relação entre a presença das categorias na força de trabalho em saúde e sua participação institucional nos Conselhos de Saúde.

Tabela 2 – Quantidade de vínculos de profissionais da saúde segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Índice de Representação Profissional (IRP), Brasil, 2025.

Categoria Profissional	CBO	Vínculos (CNES)	% Vínculos	Representações (SIACS)	% Representações	IRP
Médico	2251	578.614	31,87%	121	16,42%	0,52
Enfermeiro	2235	439.888	24,23%	159	21,57%	0,89
Odontólogo	2232	212.883	11,73%	148	20,08%	1,71
Fisioterapeuta	2236	140.917	7,76%	60	8,14%	1,05
Psicólogo	2515	129.049	7,11%	61	8,28%	1,16
Farmacêutico	2234	112.206	6,18%	77	10,45%	1,69
Nutricionista	2237*	50.952	2,81%	27	3,66%	1,30
Assistente Social	2516	47.173	2,60%	40	5,43%	2,09
Fonoaudiólogo	2238	34.336	1,89%	12	1,63%	0,86
Biomédico	2212	27.485	1,51%	7	0,95%	0,63
Terapeuta Ocupacional	2239*	14.434	0,79%	0	0,00%	0,00
Educador Físico	2241	13.468	0,74%	8	1,09%	1,47
Biólogo	2211	7.687	0,42%	2	0,27%	0,64
Médico Veterinário	2233	5.290	0,29%	15	2,04%	7,03
Sanitarista	1312	1.217	0,07%	0	0,00%	0,00
Total	–	1.815.599	100%	737	100%	–

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025).

Nota: IRP = Índice de Representação Profissional, calculado pela razão entre a porcentagem de representações registradas no SIACS e a porcentagem de vínculos profissionais registrados no CNES.

A análise do Índice de Representação Profissional (IRP) evidencia padrões distintos de participação institucional entre as categorias profissionais. Profissões como Odontologia (IRP = 1,71), Farmácia (IRP = 1,69), Nutrição (IRP = 1,30) e Assistente Social (IRP = 2,09) apresentam super-representação, indicando participação proporcionalmente superior à sua

presença na força de trabalho registrada no CNES. Em contraste, a Medicina apresenta índice de 0,52, caracterizando sub-representação relativa nos Conselhos de Saúde quando comparada ao seu peso na estrutura ocupacional do setor. Categorias como Fisioterapia (IRP = 1,05) e Psicologia (IRP = 1,16) apresentam níveis de representação próximos à proporcionalidade entre vínculos profissionais e participação institucional. Destaca-se ainda a Medicina Veterinária, com o maior índice de representação (IRP = 7,03), indicando participação institucional significativamente superior à sua presença na força de trabalho. Por outro lado, Terapia Ocupacional e Sanitarismo não registraram representação no SIACS durante o período analisado, resultando em IRP igual a zero.

Considerando o total de 1.815.599 vínculos registrados no CNES e as 737 entidades representadas no SIACS, observa-se que a participação institucional das categorias profissionais nos Conselhos de Saúde não reflete proporcionalmente a estrutura da força de trabalho em saúde. A Medicina, embora concentre o maior contingente de profissionais (31,9% dos vínculos), apresenta participação inferior nos Conselhos de Saúde, corroborando o padrão de sub-representação identificado pelo IRP.

Em contraste, categorias como Farmácia e Assistente Social apresentam participação institucional relativamente superior à sua presença na força de trabalho, indicando maior capacidade de inserção nos espaços de representação. A Enfermagem (24,2% dos vínculos e 21,6% das representações) apresenta participação institucional próxima à proporção observada na força de trabalho, enquanto a Odontologia (11,7% dos vínculos e 20,1% das representações) se destaca por apresentar participação institucional proporcionalmente elevada.

No bloco de densidade intermediária, observa-se que Psicologia (7,1% dos vínculos e 8,3% das representações) e Fisioterapia (7,8% dos vínculos e 8,1% das representações) mantêm um equilíbrio notável entre sua força de trabalho e sua inserção institucional, com participações que guardam estreita proporcionalidade. Somadas à Farmácia e aos Assistentes Sociais, essas quatro categorias totalizam 238 entidades, configurando um conjunto de categorias com presença institucional relevante, cuja representação supera, de forma agregada, a participação de todas as demais profissões de menor frequência na tabela. Destaca-se que, enquanto Psicologia e Fisioterapia apresentam paridade em relação aos seus contingentes no CNES, o Assistente Social e a Farmácia evidenciam um fenômeno de amplificação institucional, garantindo espaços de decisão que superam significativamente sua participação numérica na assistência direta.

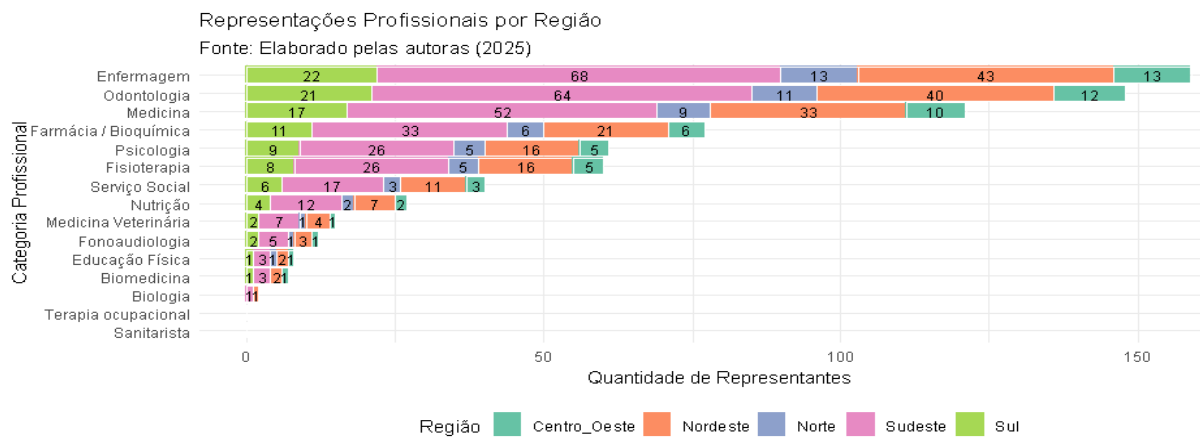
Categorias com menor densidade na força de trabalho apresentam presença reduzida nos Conselhos de Saúde, como Biomedicina (1,5% dos vínculos e 0,9% das representações) e Fonoaudiologia (1,9% e 1,6%). Já Terapia Ocupacional (0,8% dos vínculos) e Sanitarismo (0,1% dos vínculos) não registraram representação institucional no SIACS no período analisado. A Medicina Veterinária, por sua vez, apresenta padrão distinto, com 0,3% dos vínculos no CNES e 2,0% das representações no SIACS, indicando participação proporcionalmente superior à sua presença na força de trabalho.

De modo geral, esses resultados indicam que a ocupação de assentos nos Conselhos de Saúde não acompanha de forma proporcional a distribuição da força de trabalho em saúde no país, revelando padrões diferenciados de organização profissional, capacidade associativa e inserção institucional entre as categorias da área da saúde. Esses achados sugerem que a representação institucional nos Conselhos de Saúde não depende exclusivamente da magnitude da força de trabalho, mas também de fatores como grau de organização profissional, tradição de participação política e capacidade de articulação institucional das categorias no campo da saúde.

3.4 Distribuição Regional da Representação

A distribuição dos representantes das categorias profissionais nos Conselhos de Saúde segundo as macrorregiões brasileiras é apresentada na Figura 2.

Figura 2- Distribuição das representações das categorias profissionais da saúde nos Conselhos de Saúde por região brasileira, Brasil, 2025.



Fonte: autoras, 2025.

A Região Sudeste apresenta o maior número absoluto de representações em quase todas as categorias profissionais, totalizando 317 entidades. Nessa região concentram-se 42,8% das representações da Enfermagem (68 de 159), 43,2% da Odontologia (64 de 148) e 43,0% da Medicina (52 de 121), indicando que aproximadamente 42% das representações dessas três categorias estão localizadas no Sudeste.

O Nordeste ocupa a segunda posição, com 199 representantes (27%), seguido pelas regiões Sul (104), Centro-Oeste (60) e Norte (57). Em termos absolutos, as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam os menores quantitativos de representação institucional. Especificamente na Região Norte, observam-se apenas 13 entidades de Enfermagem, 11 de Odontologia e 9 de Medicina.

Quando comparada à distribuição regional da força de trabalho em saúde registrada no CNES, observa-se que a concentração de entidades representantes nos Conselhos de Saúde segue padrão semelhante, com maior presença nas regiões Sudeste e Nordeste e menores quantitativos nas regiões Norte e Centro-Oeste.

De modo geral, os resultados indicam que, embora exista correspondência parcial entre a distribuição regional da força de trabalho e das representações institucionais, a ocupação de assentos nos Conselhos de Saúde não reproduz de forma proporcional a estrutura regional da força de trabalho em saúde, evidenciando padrões diferenciados de inserção institucional entre as categorias profissionais e as regiões do país. Esse padrão pode refletir a maior densidade institucional e organizativa das entidades profissionais nas regiões com maior concentração de serviços e profissionais de saúde.

4. DISCUSSÃO

4.1. Desigualdades na Representação Profissional e Agendas Corporativas

A análise da composição dos Conselhos de Saúde, por meio do SIACS, revela padrões significativos de representação profissional, os quais impactam diretamente a capacidade dessas instâncias de exercerem o controle social de forma equânime e abrangente. A predominância de categorias como Enfermagem, Odontologia e Medicina aponta para uma hegemonia profissional dentro do segmento dos trabalhadores da saúde (Barros, 2024; Brasil, 2025).

Contudo, ao confrontar os dados do SIACS com o volume de vínculos profissionais registrados no CNES, emerge uma nuance fundamental: a relevância da proporcionalidade

política. Enquanto Enfermagem e Medicina dominam em termos absolutos, observa-se uma expressiva representação dos assistentes sociais. Embora formem um contingente numérico menor no estoque total da força de trabalho em saúde, sua presença nos Conselhos é proporcionalmente elevada. Esse fenômeno sugere que o Assistente Social mantém uma tradição de ocupação dos espaços deliberativos que transcende o tamanho da categoria, evidenciando um engajamento orgânico com o controle social e com o projeto ético-político da profissão, historicamente vinculado à defesa dos direitos sociais (Iamamoto, 2007; Bravo; Matos, 2006).

Por outro lado, a ocupação múltipla de cadeiras por uma mesma profissão, como o caso emblemático de Santa Rosa/RS, com cinco representações de Medicina, revela que, em certas categorias, o poder de mobilização é canalizado para uma hiper-representação. Essa concentração compromete a abrangência da deliberação: além de empobrecer a diversidade de perspectivas técnicas, reflete a primazia de grupos com maior poder de negociação sindical e maior inserção no setor suplementar (Abers; Gerschman, 2015).

A disparidade na representação e a persistência de pautas corporativistas remetem, em última análise, aos desafios da formação profissional em saúde no Brasil. Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) preconizem uma formação orientada para o SUS e para a participação social, observa-se que o preparo para o exercício do controle social ainda se apresenta de forma incipiente nos currículos acadêmicos. Esse cenário sugere a necessidade de maior incorporação, nos processos formativos, de conteúdos e experiências pedagógicas voltadas à compreensão da participação social, do funcionamento das instâncias deliberativas do SUS e do papel dos profissionais de saúde na defesa de direitos sociais fundamentais. O fortalecimento dessas dimensões pode contribuir para ampliar o engajamento dos profissionais nas arenas institucionais de participação, como os Conselhos de Saúde, favorecendo uma atuação menos centrada em interesses corporativos e mais orientada pela defesa do direito universal à saúde (Brasil, 2001; Ceccim; Feuerwerker, 2004; Avritzer, 2012).

A hegemonia de determinadas categorias nesses espaços reflete não apenas o maior contingente de profissionais, mas também trajetórias formativas que frequentemente priorizam a competência técnica em detrimento da dimensão política e social necessária à gestão democrática do sistema. Nesse contexto, a educação permanente desses trabalhadores torna-se estratégica para que a participação nos Conselhos transcenda a defesa de interesses de categoria e se alinhe aos princípios da universalidade e da equidade que orientam o SUS (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Cortes, 2009).

Esses resultados indicam que a ocupação dos Conselhos de Saúde não se explica exclusivamente pela distribuição quantitativa da força de trabalho no sistema, mas também por tradições políticas, estratégias organizativas e identidades profissionais historicamente construídas por determinadas categorias. Nesse sentido, a configuração observada pode produzir um déficit de pluralidade multiprofissional nesses espaços deliberativos. A baixa presença de categorias fundamentais para a integralidade do cuidado, como terapeutas ocupacionais, biólogos ou sanitaristas, tende a limitar a diversidade de perspectivas técnicas e sociais mobilizadas no processo deliberativo. A literatura sobre governança participativa em saúde tem ressaltado que a efetividade das instâncias de controle social depende, em grande medida, da diversidade de atores envolvidos, condição essencial para ampliar a capacidade deliberativa e a legitimidade das decisões coletivas (Avritzer, 2012; Fleury; Lobato, 2010).

4.2 Declínio Sindical, Corporativismo e Reorientação das Demandas Trabalhistas

A fragilidade da representação observada e o limitado engajamento dos trabalhadores nas instâncias de participação social devem ser compreendidos à luz de transformações mais amplas no campo político e nas formas de organização do trabalho. O enfraquecimento da ação sindical nas últimas décadas, associado à emergência de dinâmicas neocorporativistas, tem contribuído para a reorientação das agendas de representação profissional, frequentemente direcionadas à defesa de interesses específicos de categoria em detrimento de pautas mais amplas relacionadas à universalização do direito à saúde (Visser et al., 2015; Teodoro; Csapo, 2021).

Nesse contexto, sindicatos que historicamente tiveram papel relevante nas mobilizações da Reforma Sanitária brasileira passaram, em muitos casos, a priorizar negociações voltadas à obtenção de benefícios restritos, como planos de saúde coletivos ou empresariais. Tal dinâmica pode contribuir, ainda que indiretamente, para o fortalecimento do setor suplementar de saúde. Esse processo também se expressa em iniciativas de aproximação entre conselhos profissionais e operadoras privadas, o que tende a tensionar as fronteiras entre a defesa do sistema público e os interesses mercadológicos de determinadas categorias. Um exemplo frequentemente citado dessa articulação é o sistema UNIMED, que ilustra como estruturas organizadas a partir de bases profissionais podem atuar como vetores de expansão do setor privado de saúde (Cunha, 2016; Tesser; Serapioni, 2021).

De forma mais ampla, essas transformações refletem uma reconfiguração das formas de ação coletiva no mundo do trabalho contemporâneo. A literatura tem apontado que o declínio das agendas coletivas associadas aos movimentos sociais e sindicais que protagonizaram a Reforma Sanitária contribuiu para o deslocamento das estratégias de representação profissional em direção a pautas mais corporativas, vinculadas à regulação do trabalho e à negociação de benefícios específicos. Tal inflexão ajuda a compreender, ao menos em parte, as dinâmicas atuais de participação dos trabalhadores da saúde nos Conselhos, nas quais a defesa de interesses de categoria tende a coexistir, por vezes de forma tensionada, com os princípios universalistas que orientam o Sistema Único de Saúde (Antunes, 2018; Visser et al., 2015).

4.3 Assimetrias Regionais, ESF e Complexo Econômico-Industrial da Saúde

As diferenças regionais na representação profissional observadas nos Conselhos de Saúde acompanham, em grande medida, a própria distribuição desigual da oferta de serviços e da força de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa dinâmica é influenciada tanto pela disponibilidade de profissionais quanto pela organização produtiva do setor saúde, fortemente marcada pela atuação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CIS), que condiciona a formação de profissionais, a incorporação de tecnologias e a distribuição de equipamentos no território nacional (Brasil, 2025).

Nesse contexto, a Região Sudeste concentra a maior presença das principais categorias profissionais analisadas, Enfermagem, Odontologia e Medicina, situação que reflete fatores estruturais como maior densidade populacional, dinamismo econômico e uma tradição historicamente consolidada de organização profissional e sindical (Correia, 2006; Costa et al., 2022). Em contraste, regiões como Norte e Centro-Oeste apresentam menor presença dessas categorias nos espaços de representação institucional. Tal cenário está associado, entre outros fatores, à existência dos chamados “vazios sanitários”, caracterizados por baixa densidade de estabelecimentos de saúde e limitações na infraestrutura técnico-administrativa, condições que podem dificultar a organização e a participação sistemática dos profissionais nos espaços de controle social (Tinkelman, 2002; Faria, 2003).

No caso da Enfermagem, sua presença destacada nos Conselhos pode ser compreendida a partir de sua ampla inserção na Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo organizativo da atenção primária no SUS. A capilaridade dessa categoria nas redes

assistenciais, associada à sua participação histórica na implementação de políticas e programas estratégicos do sistema, contribui para sua presença nos espaços de gestão e deliberação institucional (Correia, 2006; Brasil, 2025). A Odontologia apresenta dinâmica semelhante, impulsionada pela expansão das políticas de saúde bucal no SUS e pela tradição organizativa da categoria em entidades profissionais e sindicais (Cohn et al., 2022; Sobrinho et al., 2020).

Por outro lado, a participação proporcionalmente mais limitada da Medicina nos Conselhos de Saúde, particularmente em determinadas regiões do país, pode estar associada a padrões diferenciados de inserção profissional da categoria. Estudos indicam que médicos tendem a concentrar sua atuação em posições de gestão, em instituições hospitalares ou no setor privado e suplementar, o que pode influenciar sua presença mais restrita em instâncias participativas de controle social (Costa et al., 2022).

Em contraste, a análise evidencia o protagonismo político do Assistente Social nesses espaços deliberativos. Embora a categoria apresente um contingente menor de vínculos profissionais quando comparada a outras profissões da saúde, sua presença proporcionalmente expressiva nos Conselhos pode ser compreendida à luz de sua tradição histórica de atuação nos campos das políticas públicas e da defesa dos direitos sociais. Essa trajetória profissional tem favorecido a inserção de assistentes sociais em instâncias de participação e controle social, consolidando sua presença nos processos deliberativos do sistema de saúde (Correia, 2006).

Em termos mais amplos, as assimetrias regionais observadas na composição dos Conselhos refletem as próprias desigualdades estruturais que caracterizam o sistema de saúde brasileiro. Regiões com menor densidade de serviços, menor disponibilidade de profissionais e maiores limitações institucionais tendem a apresentar maior fragilidade na organização da participação social. Assim, a ocupação desses espaços deliberativos acompanha a distribuição territorial da força de trabalho em saúde e das capacidades institucionais dos sistemas locais, fenômeno amplamente descrito na literatura sobre regionalização e desigualdades em saúde no país (Viana; Lima, 2011; Giovanella et al., 2018).

4.4 Lacunas de Informação e Controle Social

As lacunas informacionais identificadas no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), nas quais uma parcela significativa das regiões não registra entidades de profissionais de nível superior, evidenciam limitações importantes no monitoramento da composição dos Conselhos de Saúde. Para além de um problema técnico de

registro, essa ausência compromete a capacidade de acompanhar a paridade e a diversidade na representação dos segmentos, dificultando a compreensão mais precisa do funcionamento dessas instâncias participativas (Costa et al., 2022; Oliveira et al., 2023).

A literatura sobre gestão participativa tem destacado que a efetividade do controle social depende não apenas da existência formal de conselhos, mas também de condições institucionais que garantam seu funcionamento adequado. Nesse sentido, a fragilidade do apoio técnico-administrativo e a ausência de sistemas de informação consistentes podem limitar a transparência e o acompanhamento das atividades deliberativas, configurando obstáculos relevantes ao exercício pleno da participação social. Assim, o fortalecimento da gestão democrática no SUS demanda não apenas a ocupação formal das cadeiras nos Conselhos, mas também investimentos institucionais voltados à qualificação dos registros, à capacitação dos atores envolvidos e à consolidação de bases de dados confiáveis (Brasil, 2019; Jesus et al., 2021).

De forma mais ampla, a análise evidencia que a consolidação do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente relacionada à disponibilidade de informações públicas sistematizadas sobre a composição e o funcionamento dessas instâncias. Sistemas de informação robustos desempenham papel central na transparência da gestão pública e na qualificação dos processos deliberativos, ao permitir o monitoramento da representatividade e da efetividade das instâncias participativas. Na ausência de dados consistentes e acessíveis, o acompanhamento social das políticas públicas torna-se limitado, reduzindo a visibilidade e a capacidade de avaliação do funcionamento dos Conselhos de Saúde (Paim, 2015; Labra, 2002).

4.5 Limitações do Estudo

Uma das principais limitações desta análise reside na incompletude dos registros no SIACS, o que dificultou a detecção precisa da representação de profissionais de nível superior em diversas localidades. O preenchimento adequado do sistema foi observado em apenas 52,2% dos municípios-sede das Regiões de Saúde, restringindo a identificação detalhada das categorias profissionais. Ademais, a classificação das entidades seguiu estritamente os critérios do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o que pode ter gerado sobreposições ou a não captura de subcategorias específicas. Por fim, o caráter transversal do estudo e a ausência de dados longitudinais impedem a análise de tendências temporais na composição dos conselhos.

Essas fragilidades informacionais do SIACS não são apenas um problema técnico, mas um obstáculo ao controle social, pois dificultam o monitoramento da participação efetiva dos trabalhadores. A carência de dados precisos e acessíveis limita a capacidade de avaliação das representações profissionais, o que pode, em última análise, reforçar desigualdades e ineficiências na gestão democrática da saúde pública.

4.6 Recomendações e Contribuições do Estudo

Os resultados deste estudo evidenciam a existência de padrões assimétricos na representação de profissionais de saúde nos Conselhos de Saúde, com predominância de determinadas categorias e sub-representação de outras. Esse cenário indica a necessidade de estratégias institucionais voltadas ao fortalecimento da diversidade profissional nesses espaços deliberativos. A ampliação da participação de categorias historicamente menos presentes pode contribuir para enriquecer o debate técnico e político nos Conselhos, ampliando a pluralidade de perspectivas mobilizadas no processo deliberativo e fortalecendo o caráter multiprofissional que orienta a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, as assimetrias regionais identificadas sugerem que o fortalecimento do controle social deve considerar as desigualdades estruturais que marcam a distribuição da força de trabalho em saúde e das capacidades institucionais no território nacional. Nesse sentido, políticas de apoio institucional e de capacitação voltadas especialmente às regiões Norte e Centro-Oeste podem contribuir para reduzir as lacunas de participação observadas, favorecendo maior equilíbrio na composição dos Conselhos de Saúde e ampliando a efetividade dos mecanismos de gestão participativa.

Outro aspecto relevante evidenciado pelo estudo refere-se às fragilidades informacionais do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). A incompletude dos registros limita a capacidade de monitorar adequadamente a composição das instâncias de controle social e dificulta a produção de diagnósticos mais precisos sobre a participação dos trabalhadores da saúde nesses espaços. Assim, o fortalecimento dos sistemas de informação relacionados à gestão participativa, incluindo a qualificação do registro de dados e o aprimoramento das rotinas de atualização do SIACS, constitui medida fundamental para ampliar a transparência e a capacidade de acompanhamento do funcionamento dos Conselhos. Do ponto de vista acadêmico, este estudo contribui para o campo da saúde coletiva ao apresentar uma análise de abrangência nacional sobre a composição profissional nos Conselhos de Saúde,

tema ainda pouco explorado de forma sistemática na literatura. Os resultados evidenciam a predominância de determinadas categorias profissionais, como Enfermagem, Odontologia e Medicina, bem como a ocorrência de fenômenos como a repetição de representação por uma mesma profissão e a presença de assimetrias regionais significativas. Esses achados ampliam a compreensão sobre as dinâmicas de representação profissional nas instâncias de controle social e fornecem subsídios empíricos para o debate sobre o papel das categorias profissionais na governança participativa do SUS.

Por fim, a inclusão da categoria dos sanitaristas na análise contribui para atualizar o debate sobre a diversidade profissional nos Conselhos de Saúde, abrindo novas possibilidades de investigação sobre o papel de diferentes campos de formação na qualificação dos processos deliberativos. Pesquisas futuras poderão aprofundar a análise da qualidade das deliberações nesses espaços, explorando de que maneira a composição profissional influencia as agendas discutidas, os processos decisórios e a efetividade do controle social no sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ABERS, R.; GERSCHMAN, E. Participação social na gestão pública: desafios e horizontes. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 569-583, 2015.
- ANTUNES, R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- AVRITZER, L. *Participação social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2012.
- BARROS, M. Controle social no SUS: hegemonias profissionais e viés corporativo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 112-125, 2024.
- BRASIL. Lei nº 14.725, de 16 de novembro de 2023. Dispõe sobre o exercício da profissão de sanitarista; e altera a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 28 dez. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Demografia médica no Brasil 2025*. Conselho Federal de Medicina; Associação Médica Brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A saúde como direito e o serviço social. In: BRAVO, M. I. S. et al. (org.). *Saúde e serviço social*. São Paulo: Cortez, 2006.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- COSTA, A. M. et al. Representação profissional nos conselhos de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 89-104, 2022.
- CUNHA, C. L. F. *Assistência suplementar aos servidores públicos e militares no Brasil: dos esquemas corporativos tradicionais ao mercado subsidiado*. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- DE JESUS, M. et al. Sistemas de informação e controle social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, e00012320, 2021.
- DIAS FILHO, J. A. Sindicalismo e reforma sanitária: ambiguidades na 8ª CNS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 45-58, 2007.
- FARIA, N. Participação em conselhos: desafios regionais. *Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 45-60, 2003.
- FAVERET, A. C.; OLIVEIRA, J. A. Efeito adverso da universalização do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 289-302, 1990.
- FLEURY, S.; LOBATO, L. Participação, democracia e saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e desigualdades regionais no Brasil. *The Lancet*, 2018.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço social em tempo de capital fetiche: anotações no cotidiano de trabalho*. São Paulo: Cortez, 2007.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios da participação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2002.

OLIVEIRA, R. et al. Lacunas informacionais no SIACS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 57, p. 23, 2023.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

SOBRINHO, J. et al. Saúde bucal no SUS: avanços e limites. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00124519, 2020.

TESSER, C. D.; SERAPIONI, M. Obstáculos à universalização do SUS: gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2323-2333, 2021.

TEODORO, R.; CSAPO, M. O SUS no horizonte trabalhista: a tradição corporativa de direitos e a privatização da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 4, e200894, 2021.

TINKELMAN, D. Desigualdades regionais na participação social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 78-92, 2002.

VIANA, A. L. d'Á.; LIMA, L. D. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011.

VISSER, J. et al. Neocorporativismo e enfraquecimento sindical. *European Journal of Industrial Relations*, v. 21, n. 2, p. 123-140, 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória desta pesquisa permitiu desvelar que o controle social no Brasil, embora robusto em seu arcabouço legal, opera sob uma representação profissional assimétrica e geograficamente desigual. Ao analisar a composição dos Conselhos de Saúde nas sedes das regiões de saúde, confirmou-se que a ocupação desses espaços de poder não é reflexo direto do tamanho das categorias profissionais, mas sim de um complexo jogo de forças políticas, tradições corporativas e disparidades de acesso à informação.

Os achados deste estudo trazem contribuições importantes ao demonstrar que a hegemonia de profissões como Enfermagem, Odontologia e Medicina nos conselhos pode estar criando um "vácuo" de perspectivas multiprofissionais. A ausência ou baixa representação de categorias fundamentais para a integralidade do cuidado, como sanitaristas, terapeutas ocupacionais e biólogos, aponta para a necessidade de o SUS repensar como incentivar a diversidade no segmento dos trabalhadores.

Além disso, a precariedade dos registros no SIACS, evidenciada nesta dissertação, não é apenas um problema técnico, mas um obstáculo à própria democracia sanitária. Sem dados confiáveis, o controle social torna-se invisível para a gestão e para a própria sociedade, dificultando a fiscalização e a renovação democrática das instâncias de controle.

Como síntese desta investigação, fica claro que o "Quadrilátero da Formação" em saúde, que integra ensino, gestão, atenção e controle social, ainda carece de maior equilíbrio em sua quarta face. A participação social não pode ser vista como uma atividade periférica, mas como parte intrínseca do exercício profissional em saúde.

Por fim, este trabalho não encerra a discussão, mas abre caminhos para que futuras pesquisas investiguem qualitativamente os motivos que levam certas profissões a se omitirem desses espaços. Espera-se que estes resultados sirvam de subsídio para conselhos e entidades de classe na busca por uma representação mais equânime, plural e capaz de refletir a verdadeira complexidade do sistema público de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ABERS, R.; GERSCHMAN, E. Participação social na gestão pública: desafios e horizontes. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 569-583, 2015.
- ABRUNHOSA, M. A.; MACHADO, F. R. de S.; PONTES, A. L. de M. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 3, 2020.
- LOURENÇO, E. de S.; BERTANI, Í. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 32, n. 115, 2007.
- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 2005.
- AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. *Opinião Pública*, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-64, 2008.
- BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2018.
- BARROS, E. M. et al. Representation and representativeness in health councils: between formalization and participatory legitimacy. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 12, 2024.
- BARROS, M. Controle social no SUS: hegemonias profissionais e viés corporativo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 112-125, 2024.
- BELLAGUARDA, M. L. dos R.; PADILHA, M. I.; NELSON, S. Eliot Freidson's sociology of professions: an interpretation for Health and Nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, n. 6, 2020.
- BISPO, J. P.; GERSCHMAN, S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 183-193, 2015.
- BOAS, A. A. V.; BRITO, L. *Trabalho e transformações contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2019.
- BRASIL. Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeiro. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União, 11 jan. 1932.
- BRASIL. Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979. Regulamenta as profissões de biólogo e biomédico. Brasília, DF: Diário Oficial da União, p. 12761, 4 set. 1979.
- BRASIL. Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de educação física. Brasília, DF: Diário Oficial da União, p. 1, 2 set. 1998.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei nº 14.725, de 16 de novembro de 2023. Dispõe sobre o exercício da profissão de sanitário. Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 195, de 16 de setembro de 1999. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 17 set. 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em: 15 nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Demografia médica no Brasil 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br>. Acesso em: 7 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br>. Acesso em: 7 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica: estabelecimentos. Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://novasage.saude.gov.br>. Acesso em: 1 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/siacs/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A saúde como direito e o serviço social. In: BRAVO, M. I. S. et al. (org.). *Saúde e serviço social*. São Paulo: Cortez, 2006.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34, 1998.

BRITO, M. dos S. et al. O controle social nas políticas públicas em saúde da era Temer. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 24598–24615, 2021.

BROWN, C.; HARRISON, D.; BURNS, H. Governance for health equity: taking forward the equity values of Health 2020 in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, 2014.

CARDOSO, A. M. A construção da sociedade do trabalho no Brasil. Rio de Janeiro: FGV, 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CERCHIARI, E. A. N. et al. Saúde do trabalhador na atenção básica à saúde na pandemia de COVID-19. [S. l.]: Editora BAGAI, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Sobre a CNSaúde. Brasília, DF: Confederação Nacional de Saúde, 2023. Disponível em: <http://cnsaude.org.br>. Acesso em: 7 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Ministério da Saúde amplia presença de técnicos de enfermagem no PSF. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 7 dez. 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MARANHÃO. Entenda as diferenças entre as entidades da enfermagem: conselho, sindicato e associação. São Luís, 2020.

COSTA, A. M. et al. Representação profissional nos conselhos de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 89-104, 2022.

CORTES, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (org.). *Saúde e democracia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CREA-AM. Profissionais do conselho têm descontos diferenciados em planos de saúde. Manaus, 2023. Disponível em: <https://crea-am.org.br>. Acesso em: 7 dez. 2025.

CUNHA, C. L. F. Assistência suplementar aos servidores públicos e militares no Brasil: dos esquemas corporativos tradicionais ao mercado subsidiado. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

DE JESUS, M. et al. Sistemas de informação e controle social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, e00012320, 2021.

DIAS FILHO, J. A. Sindicalismo e reforma sanitária: ambiguidades na 8ª CNS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 45-58, 2007.

DIEESE. O trabalhador e a saúde complementar. Nota técnica, n. 82, São Paulo, 2009.

FARIA, N. Participação em conselhos: desafios regionais. *Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 45-60, 2003.

FAVERET, A. C.; OLIVEIRA, J. A. Efeito adverso da universalização do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 289-302, 1990.

FENASPS. Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde. Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://fenasps.org.br>. Acesso em: 7 dez. 2025.

FERREIRA NETO; SOUZA, L. E. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 817-830, 2001.

⚠ (Aqui falta o prenome de FERREIRA NETO — precisa corrigir na fonte original)

FIOCRUZ. SUS impulsiona política industrial com R\$ 120 bilhões. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br>. Acesso em: 7 dez. 2025.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009.

FREIDSON, E.; PEREIRA NETO, A. Eliot Freidson: progressão e condicionamentos na biografia de um intelectual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 16, n. 4, 2009.

GOMES, J. F. de F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 45, n. 131, p. 1199–1213, 2021.

GUIZARDI, F. L. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. *Saúde em Debate*, [S. l.], 2015.

IAMAMOTO, M. V. Serviço social em tempo de capital fetiche. São Paulo: Cortez, 2007.

JUNGLOS, C. et al. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. *Cogitare Enfermagem*, [S. l.], v. 24, 2019.

KEINERT, T. M. M.; OLIVEIRA, V. C. da S. e. Participação social em saúde no Brasil: produção técnico-científica entre 1990-2014. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 23, n. 75, 2018.

KREIN, J. D.; GIMENEZ, D. M.; SANTOS, A. L. dos. Reforma trabalhista no Brasil: promessas e realidade. Campinas: Instituto de Economia da UNICAMP, 2018.

LACAZ, F. A. de C. et al. Movimento da reforma sanitária e movimento sindical da saúde do trabalhador: um desencontro indesejado. *Saúde em Debate*, v. 43, n. esp. 8, p. 120–132, 2019.

LEITE, S. P. Participação social: o que e como está sendo abordada nos estudos nacionais. *Revista Brasileira de Administração Científica*, v. 13, n. 2, p. 224–239, 2023.

MACHADO, F. V. et al. Participação em saúde nas Américas: mapeamento bibliométrico da produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 2, p. 487–500, 2023.

MARSHALL, A. I. et al. Participatory and responsive governance in universal health coverage. *BMJ Global Health*, v. 6, n. 2, 2021.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

OLIVEIRA, R. et al. Lacunas informacionais no SIACS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 57, p. 23, 2023.

OPAS. Mapeamento e análise bibliométrica e cientométrica da produção científica sobre participação e controle social em saúde nas Américas. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PALUDO, A. V. Orçamento público e administração financeira e orçamentária. 4. ed. [S. l.], 2012.

POSSA, L. B. et al. Planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde. In: POSSA, L. B. et al. (org.). *Gestão do trabalho em saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. p. 14–27.

RICARDI, L. M.; SHIMIZU, H. E.; SANTOS, L. M. P. Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas, obstáculos e recomendações (1986-2016). *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 1, 2020.

SILVA, B. T. da; LIMA, I. M. S. O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 319–328, 2021.

SOBRINHO, J. et al. Saúde bucal no SUS: avanços e limites. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00124519, 2020.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 4, p. 366–378, 1992.

TESSER, C. D.; SERAPIONI, M. Obstáculos à universalização do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2323-2333, 2021.

TEODORO, R.; CSAPO, M. O SUS no horizonte trabalhista. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 4, e200894, 2021.

TINKELMAN, D. Desigualdades regionais na participação social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 78-92, 2002.

UNIMED DO BRASIL. Cooperativismo. São Paulo, 2024. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br>. Acesso em: 7 dez. 2025.

VENTURA, C. A. A. et al. Participatory culture: citizenship-building process in Brazil. *Interface: Communication, Health, Education*, v. 21, n. 63, p. 907–920, 2017.

VISSER, J. et al. Neocorporativismo e enfraquecimento sindical. *European Journal of Industrial Relations*, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 123-140, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 20 maio 2025.

NEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 5.248.583

Analisar as instâncias de controle social no Estado do Maranhão

Objetivo Secundário:

- Compreender a forma de composição dos conselhos
- Identificar influências políticas na composição dos conselhos
- Mapear a composição da mesa diretora dos conselhos no estado do Maranhão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo, por se tratar de um desenho ecológico, que analisará o funcionamento dos conselhos, não traz risco direto à saúde das pessoas, pode-se ter como um risco ou viés o envolvimento político dos representantes desses órgãos.

Benefícios:

Os benefícios desse estudo se relacionam à gestão em saúde, conhecer o funcionamento de conselhos é conhecer a estrutura organizacional de um sistema de saúde local.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS e 510/16 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1749850_E1.pdf	14/02/2022 16:58:41		Aceito
Outros	justificativa_prorroga.pdf	14/02/2022 16:56:55	Judith Rafaele Oliveira Pinho	Aceito
Projeto Detalhado	controle_social_CEP_renov.docx	14/02/2022	Judith Rafaele	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 5.248.583

/ Brochura Investigador	controle_social_CEP_renov.docx	16:48:52	Oliveira Pinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DE_LIBERACAO_CES.jpg	15/05/2018 16:30:00	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CES.docx	15/05/2018 16:29:04	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declara_UFMA.pdf	24/04/2018 15:55:19	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_CEP.pdf	26/03/2018 15:55:45	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_CEP.pdf	26/03/2018 15:12:53	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 17 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))


Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO B – NORMA DA REVISTA



Trabalho, Educação e Saúde



Pesquisar por título, auto 

Instruções aos autores

Solicitamos que, antes de submeter o seu manuscrito, os autores leiam a [Política editorial](#) da TES e a seção [Sobre a revista](#) para avaliar se seu texto está de acordo com o nosso escopo editorial.



Os manuscritos devem ser submetidos somente pelo sistema de avaliação *online* da Revista, [disponível aqui](#). Não serão consideradas contribuições enviadas por *e-mail*.

Para o envio do texto à revista, o autor responsável deve [cadastrar-se no sistema](#) e [depois cadastrar seu texto](#), informando o seu ORCID e os de eventuais coautores.

Ao submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação referidas pela revista.

Para informações adicionais, consultar os editores: revtes.epsjv@fiocruz.br

Forma e preparação de manuscritos

A revista aceita como submissões espontâneas artigos e artigos de revisão.

Os **Artigos** devem apresentar resultados de pesquisas de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar: títulos e resumos, referências bibliográficas, figuras e notas.

Os **Artigos de revisão** devem apresentar análises críticas, sistematizadas e metodologicamente consistentes da literatura científica sobre um tema prioritário para o periódico. Deverão explicitar objetivos, fontes pesquisadas, aplicações dos critérios de inclusão e exclusão. Tamanho: 4.000 a 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios, notas de conjuntura e debates devem ainda conter um resumo em português, espanhol e inglês de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês e espanhol, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações devem, necessariamente, estar inseridos no seu devido lugar no corpo do texto e ser também enviados separadamente como material suplementar. Não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.



Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Para elaboração das citações, *Trabalho, Educação e Saúde* (TES) baseia-se na norma NBR 10520:2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com ligeiras modificações. A TES adota o sistema Autor-data, com os sobrenomes dos autores escritos em caixa alta e baixa e ano da publicação, no corpo do artigo. Exemplo:
(Frigotto; Ciavatta, 2001).

A *citação direta*, no corpo do texto, de até três linhas, deve vir entre aspas duplas, sobrenome do autor e, entre parênteses, o ano e a página. Ou: citação direta, entre parênteses o nome do autor, ano e página. Aspas simples indicam citação no interior da citação. Exemplos:

Minayo (2001, p. 74) descreve: “[...] a análise de conteúdo é compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”.

Monografia “no sentido lato, é todo trabalho científico de ‘primeira mão’, que resulte da investigação científica” (Salomon, 1978, p. 219).

Se a citação direta exceder três linhas, deverá vir com recuo de 4 cm da margem esquerda, em corpo II. Exemplo:

O uso intensivo da microeletrônica e a crescente automação dos laboratórios, principalmente a partir da década de 1980, vem causando mudanças importantes no processo produtivo, na organização do trabalho e nas relações sociais (Deluiz, p. 99, 1995).

Nas *citações indiretas*, a indicação da(s) página(s) consultada(s) é opcional. A citação indireta ocorre quando o autor faz um texto baseado na obra do autor consultado. Exemplo:

As emoções, independentes da vinculação ou não com o ambiente organizacional, influenciam no desempenho das pessoas (Frost, 2003).

Se a citação tiver texto traduzido pelo autor, deve incluir o termo “tradução nossa”. Exemplo:

“Ao final de duas semanas, avalie sua experiência” (McGraw, Deane e Francis, 2009, p. 28, tradução nossa).

No caso de citação com três autores, todos devem ser nomeados; mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink *et al.* (2001).

Para enfatizar trechos da citação, destaque-os com a expressão “grifo nosso” entre parênteses, após a chamada da citação, ou “grifo do autor”, caso o destaque já faça parte da obra consultada. Exemplos:

A *hipótese da escassez* não explica sozinha o processo de mudança de valores de uma sociedade. (Okado; Ribeiro, 2017, p. 10, grifo do autor).

Em *termos de comportamento*, a motivação pode ser conceituada como esforço e tenacidade exercidos pela pessoa para fazer algo ou alcançar algo. (Chiavenato, 1994, p. 165, grifo nosso)

Adotar a ordem cronológica em que os documentos foram publicados, separados por ponto e vírgula, no caso de vários citados em sequência. Exemplo:

(Crespo, 2005; Costa; Ramalho, 2008; Moresi *et al.*, 2010).

(Frigotto; Ciavatta, 2001).

