




**ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO****Participação social em saúde, gestão da educação e do trabalho: quem foram os participantes das últimas Conferências Nacionais de Saúde?**

Social participation in health, education and work management: who were the participants in the last National Health Conferences?

Participación social en la gestión de la salud, la educación y el trabajo: ¿quiénes fueron los participantes en las últimas Conferencias Nacionales de Salud?

William Pereira Santos<sup>1</sup> , Tânia Aparecida de Araújo<sup>2</sup> , Alcindo Antônio Ferla<sup>3</sup> 

1 - Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

2 - Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó, Santa Catarina, Brasil

3 - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

**RESUMO**

Objetivou-se realizar a comparação do perfil sociodemográfico e econômico das pessoas participantes das 16ª (2019) e 17ª (2023) Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (4ª CNGTES, 2024). Estudo transversal, com abordagem quantitativa conduzido no âmbito do projeto “Saúde e Democracia: Estudos Integrados sobre Participação Social nas Conferências Nacionais de Saúde”. Os resultados evidenciaram mudanças no perfil dos participantes, refletindo maior diversidade em alguns aspectos, mas persistem desigualdades que impactam o trabalho em saúde. A participação limitada de determinados grupos pode comprometer a representatividade e a construção de políticas públicas mais equitativas, essenciais para fortalecer o SUS. As conferências de saúde são importantes para fortalecer o SUS por meio da representatividade e da expressão de diferentes lugares de fala. As três conferências analisadas atravessaram o tempo recente mais desafiador para a democracia brasileira, mantendo-se fortes enquanto iniciativas governamentais asfixiavam a participação, a expressão das diversidades e os direitos humanos.

**Palavras-chave:** Conferências Nacionais de Saúde; Direito à saúde; Educação em saúde; Participação social; Trabalho em saúde.

**Histórico do Artigo**

Recebido	25 Abril 2025
Aprovado	18 Junho 2025

**Correspondência**

William Pereira Santos  
Rua Catulo Breviglieri s/nº, Santa  
Catarina, CEP: 36036-110 - Juiz de Fora,  
Minas Gerais, Brasil.  
E-mail: pereirasantoswilliam85@gmail.com

**Como citar**

Santos WP, Araújo TA, Ferla AA. Participação social em saúde, gestão da educação e do trabalho: quem foram os participantes das últimas Conferências Nacionais de Saúde? Rev. Saúde Col. UEFS 2025; 15(2): e11719.



## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, especificamente a partir do Artigo 196, e é uma conquista da sociedade, resultado de muitas lutas e reivindicações pelo acesso à saúde, de qualidade, integral, equânime e universal. É, portanto, uma conquista associada à democracia e ao entendimento sobre um conceito mais ampliado de saúde. Na perspectiva do SUS, a saúde é compreendida como uma abordagem de cuidado mais abrangente e integral, que considera aspectos biológicos, socioeconômicos, psicológicos, ambientais e culturais, capazes de promover saúde ou, ao contrário, contribuir para o adoecimento quando esses fatores se apresentam de forma desfavorável ou estão ausentes<sup>1,2</sup>.

Cabe destacar que a concepção ampliada da saúde foi adotada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, por sua vez, foi convocada e manteve ampla participação das organizações da sociedade civil, como pessoas delegadas eleitas, incluindo diversos coletivos, como representações de sindicatos, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, de entidades acadêmicas e científicas comprometidas com a área da saúde. A presença desses coletivos foi fundamental para defender e promover a saúde pública, fortalecendo a participação social e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas<sup>3,4,5,6</sup>. Nesse contexto, a formação em saúde, a educação permanente em saúde e a garantia de condições de trabalho dignas destacam-se como pilares indispensáveis para a consolidação de um SUS eficaz. Além disso, a articulação entre as demandas por melhores condições de trabalho e a ampliação do acesso à educação em saúde reforça a concepção ampliada de saúde, que integra esses elementos como componentes essenciais para garantir a equidade e a universalidade do sistema<sup>7</sup>.

A ocupação nos espaços das conferências de saúde é oportuna para requerer melhores condições de vida, com foco na elaboração, implantação e/ou implementação de políticas públicas que supram as necessidades das pessoas e grupos em todos os territórios brasileiros. Dessa forma, essas políticas precisam assegurar que os direitos já garantidos, como educação, habitação, alimentação, trabalho e renda, sejam efetivamente resguardados, compreendendo que saúde não é apenas a ausência de doenças, mas o conjunto de aspectos que interagem e influenciam o bem-estar das pessoas<sup>1,5,8</sup>.

Na luta por essa saúde mais acessível, as conferências devem ser amplamente ocupadas, como é previsto na Lei 8.142, que prevê a participação da comunidade no processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. A lei estabelece que as conferências, que são espaços de discussão e deliberação, devem envolver representantes da sociedade civil, dos trabalhadores da saúde, dos gestores e prestadores de serviços, com o objetivo de garantir que as necessidades e demandas da população sejam ouvidas e atendidas. Quando a participação é diminuída e o acesso é mais restrito a

algumas pessoas nesses espaços, fragiliza-se o processo de reconhecimento das necessidades diversas, violando os princípios do SUS, a equidade e a universalidade à saúde de caráter essencialmente público e, portanto, um direito das pessoas. Isso traduz a violação dos direitos humanos e a diminuição do esforço de integração nacional, conquistado com e a partir da 8ª CNS<sup>3,5,6</sup>.

A participação ativa das pessoas nos espaços das conferências é essencial para o exercício da democracia, garantindo que as vozes de todos sejam ouvidas e consideradas nas decisões políticas<sup>5,9</sup>. Nesse sentido, o projeto “Saúde e Democracia: Estudos Integrados sobre Participação Social nas Conferências Nacionais de Saúde” (CAAE nº 14851419.0.0000.0008), idealizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Associação Brasileira Rede Unida foi desenvolvido para pesquisar a participação social nas conferências de saúde, considerando que a participação social é um dos pilares do SUS e central na garantia da saúde como direito a todas as pessoas. O projeto busca investigar como a participação das pessoas nas conferências de saúde contribui para a construção de políticas mais inclusivas e eficazes. A participação não se limita apenas à presença nas conferências, mas envolve um engajamento ativo na discussão e na deliberação sobre as necessidades de saúde. Isso inclui a saúde em seu conceito ampliado e reflete a ideia de que a participação é um processo contínuo e não um evento isolado<sup>6,9</sup>.

Desde 2019, na 16ª CNS, o projeto se aproxima da representação, analisando como diferentes grupos sociais são representados nas conferências e como suas vozes são levadas (ou não) em consideração nas decisões políticas. Com uma metodologia híbrida de coleta de dados (quantitativa e qualitativa), o projeto coleta informações dos participantes, por meio da estratégia de aplicação de questionários e de entrevistas semiestruturadas ou em profundidade realizadas de forma individual ou em grupos focais. O projeto também analisa como as condições de trabalho e a formação dos participantes das conferências podem influenciar a construção de políticas públicas que integram e fortalecem o SUS. Aliás, ambos, a educação e o trabalho em saúde, impactam na saúde da população, pois influenciam diretamente a qualidade dos serviços oferecidos. O trabalho em saúde, por sua vez, reflete as condições estruturais, organizacionais e sociais que afetam tanto os trabalhadores quanto os usuários, tornando a valorização e o fortalecimento desses dois pilares para a promoção de um sistema de saúde mais eficiente e acessível<sup>7</sup>.

O objetivo deste artigo é realizar a comparação do perfil sociodemográfico e econômico das pessoas participantes das últimas conferências nacionais de saúde, a 16ª CNS (2019), a 17ª CNS (2023) e a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (4ª CNGTES, 2024), compreendendo o que mudou na última em relação às anteriores.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com uma abordagem quantitativa conduzido no âmbito do projeto “Saúde e Democracia: Estudos Integrados sobre Participação Social nas Conferências Nacionais de Saúde”.

A participação foi voluntária e confirmada mediante o aceite no formulário eletrônico. Os participantes das Conferências Nacionais foram incentivados a realizar o autopreenchimento do formulário; no entanto, monitores do projeto acompanharam todo o processo de preenchimento e estavam disponíveis para oferecer auxílio, quando necessário. Foram consideradas válidas apenas as respostas de pessoas com idade igual ou superior a 18 anos.

As variáveis consideradas foram sexo: feminino e masculino; identidade de gênero: mulher cis, mulher trans, homem cis, homem trans, travesti, não binário(a), não sabe ou não respondeu; idade, variável contínua e categorizada em: <30 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e  $\geq 60$  anos; deficiência: sim ou não; raça/cor da pele: branca, parda, preta, amarela e indígena; e renda, questionou-se a renda mensal do entrevistado e, posteriormente, foram agrupadas nas categorias: <R\$3.000,00,  $\geq 3.000,00$  e <R\$6.000,00 e  $\geq R\$6.000,00$ .

A variável ocupação foi definida com base na atividade remunerada exercida no momento da entrevista, sendo oferecidas as seguintes opções: bolsista, trabalhador autônomo, empresário, servidor público, desempregado, voluntário, trabalhador da iniciativa privada e aposentado. Devido ao baixo número de participantes em algumas categorias, foi necessário agrupá-las para uma melhor análise, resultando nos seguintes grupos: trabalhador autônomo e empresário, desempregado e voluntário.

Em relação à escolaridade, foi perguntado aos entrevistados qual era o maior nível de escolaridade completo, com as seguintes opções de resposta: alfabetização, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, especialização, residência, mestrado e doutorado. Devido ao menor número de participantes em algumas categorias, também foi necessário realizar o agrupamento das seguintes categorias: alfabetização e ensino fundamental, especialização e residência, mestrado e doutorado.

Os dados foram analisados no software Stata® 14.0. Para avaliar as diferenças entre as conferências (16ª CNS, 17ª CNS e 4ª CNGTES) em relação às variáveis categóricas (sexo, identidade de gênero, orientação sexual, idade, deficiência, raça/cor da pele, renda, atividade remunerada/ocupação e escolaridade), utilizou-se o teste qui-quadrado. Realizou-se comparações específicas para identificar as diferenças entre as conferências (i) 16ª CNS vs. 17ª CNS e (ii) 17ª CNS vs. 4ª CNGTES. Os resultados com significância estatística (nível de significância >95%) e as diferenças específicas foram detalhadas nas comparações par a par.

O projeto, conforme as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do CNS, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), registrado na Plataforma Brasil sob o CAAE nº 14851419.0.0000.0008 (Parecer nº 6.153.447).

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos e econômicos dos participantes da 16ª CNS, 17ª CNS e 4ª CNGTES, Brasil, 2019, 2023 e 2024

	16ª CNS	17ª CNS	4ª CNGTES	p-valor
Sexo				<0,001 <sup>a</sup>
Feminino	55,26%	60,75%	62,38%	
Masculino	44,74%	39,25%	37,62%	
Identidade de Gênero				<0,001 <sup>a</sup>
Mulher cis	50,34%	57,54%	59,31%	
Mulher trans	0,47%	0,87%	0,62%	
Homem cis	41,55%	37,27%	36,24%	
Homem trans	0,33%	0,43%	0,62%	
Travesti	0,07%	0,34%	0,16%	
Não binário(a)	0,29%	0,81%	0,94%	
Não sabe/Não quer responder	6,95%	2,73%	2,10%	
Orientação sexual				<0,001 <sup>a</sup>
Lésbica	2,05%	2,45%	1,40%	
Gay	5,54%	5,96%	7,01%	
Bissexual	4,28%	6,40%	6,86%	
Heterossexual	87,45%	80,83%	80,67%	
Pansexual	0,40%	0,84%	0,78%	
Assexual	0,11%	0,22%	0,47%	
Outro (demisssexual/queer)	0,18%	0,12%	0,00%	
Não sabe/não respondeu	0,00%	3,17%	2,81%	
Idade				<0,001 <sup>b</sup>
<30 anos	15,53%	12,53%	15,76%	
30 a 39 anos	23,98%	22,34%	19,89%	
40 a 49 anos	22,73%	27,72%	27,69%	
50 a 59 anos	23,66%	21,69%	20,59%	
$\geq 60$ anos	14,10%	15,63%	16,07%	
Deficiência				0,793
Sim	6,66%	6,27%	6,24%	
Não	93,34%	93,73%	93,76%	
Raça/cor da pele				<0,001 <sup>b</sup>
Branca	38,00%	39,70%	37,88%	
Parda	39,00%	36,00%	40,37%	
Preta	20,00%	18,16%	17,77%	
Amarela	1,00%	1,02%	0,31%	
Indígena	2,00%	4,75%	3,04%	
Renda				<0,001 <sup>b</sup>
<R\$3.000,00	51,76%	38,64%	33,89%	
R\$3.000 a R\$6.000,00	27,78%	30,58%	34,69%	
>R\$6.000,00	20,46%	30,78%	31,41%	

Fonte: Os autores, 2025.

<sup>a</sup>A diferença estatística encontrada indica uma variação na frequência dos valores observados na 17ª CNS em comparação com a 16ª CNS. A comparação entre a 17ª CNS e a 4ª CNGTES, no entanto, não revelou diferenças estatisticamente significativas.

<sup>b</sup>A diferença estatística encontrada indica uma variação na frequência dos valores na 17ª CNS em comparação à 16ª CNS e na 4ª CNGTES em relação à 17ª CNS.

## RESULTADOS

Os dados analisados, considerando as respostas válidas, referem-se a 2.834 participantes na 16ª CNS, 3.205 participantes na 17ª CNS e 1.276 participantes na 4ª CNGTES. Comparando-se com a 16ª CNS, nota-se que a participação feminina aumentou significativamente na 17ª CNS. Enquanto proporcionalmente a participação de pessoas que se declararam heterossexuais diminuiu, a frequência de gays, bissexuais, pansexuais e assexuais aumentou. Já a participação de lésbicas aumentou na 17ª CNS, mas diminuiu na 4ª CNGTES.

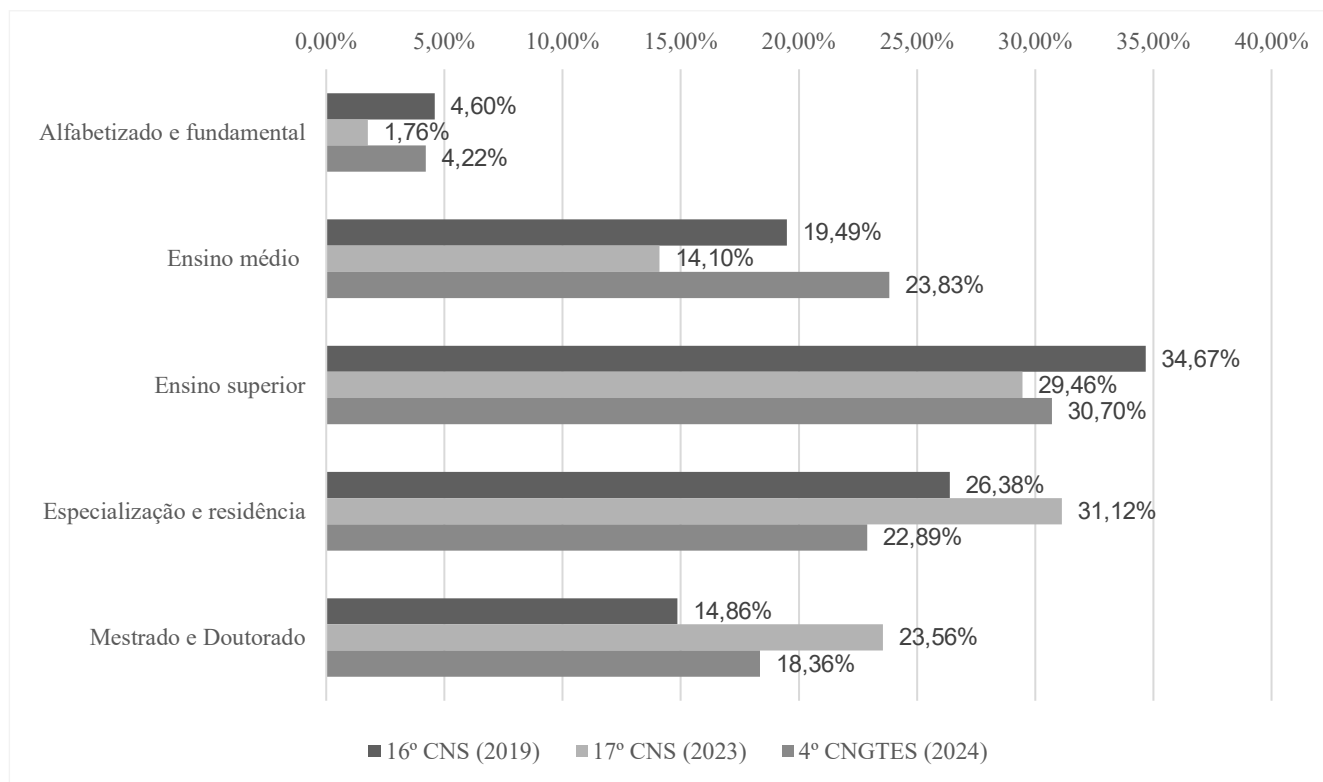
Em relação à idade, é interessante notar que a 4ª CNGTES apresentou maior frequência nos extremos (<30 anos e idade igual ou superior a 60 anos). Apesar de não significativa, ocorreu ainda uma menor proporção de participantes com deficiência. E, embora tenha registrado uma maior participação de pessoas pardas, observou-se uma menor presença de pessoas pretas, a participação de indígenas, por

sua vez, foi menor em comparação com a 17ª CNS, mas maior do que na 16ª CNS.

Além disso, a 4ª CNGTES contou com mais participantes nos estratos de renda acima de R\$3.000,00. No entanto, é importante considerar que, com o passar do tempo, é esperado um aumento na renda da população em geral, o que não necessariamente indica um maior poder aquisitivo dos participantes ou uma maior participação destas pessoas.

O Gráfico 1 apresenta a escolaridade dos participantes nas conferências avaliadas. Observa-se que, em 2023, na 17ª CNS, houve um aumento na frequência de participantes com níveis de escolaridade mais elevados, como especialização/residência e mestrado/doutorado, enquanto se verificou uma diminuição na participação de pessoas com alfabetização/ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. Por outro lado, em 2024, na 4ª CNGTES, registrou-se uma maior participação de pessoas com menor escolaridade, com destaque para o ensino médio, que apresentou a maior proporção de participantes em comparação com a 16ª CNS e a 17ª CNS.

**Gráfico 1.** Dados das pessoas participantes das conferências conforme escolaridade, Brasil, 2019, 2023 e 2024

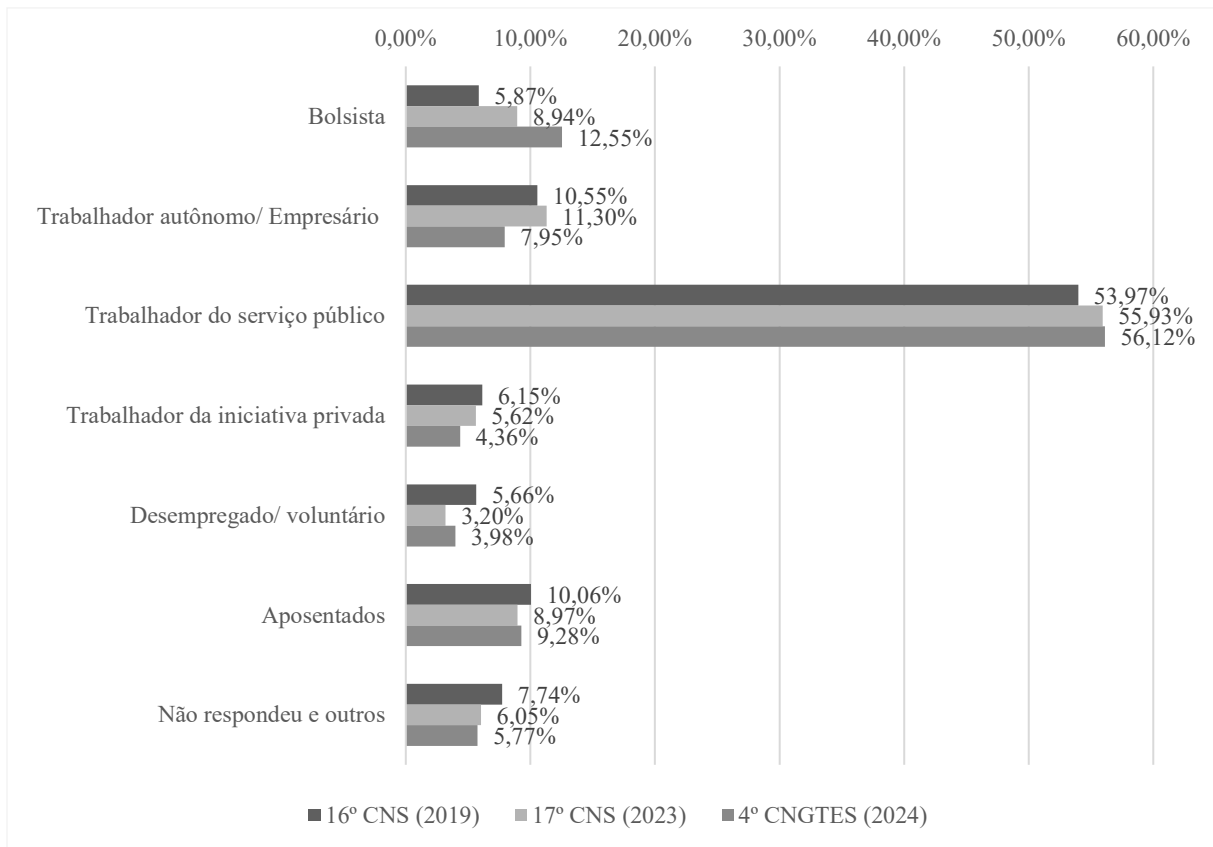


Fonte: Os autores, 2025.

<sup>a</sup>A diferença estatística encontrada indica uma variação tanto na frequência dos valores na 17ª CNS em comparação à 16ª CNS quanto na 4ª CNGTES em relação à 17ª CNS.

O Gráfico 2 apresenta a atividade remunerada (ocupação) exercida no momento da entrevista, de acordo com a conferência em que o participante estava presente. Observa-se um aumento na participação de bolsistas e trabalhadores

do serviço público ao longo das edições. Em contrapartida, em 2024, na 4ª CNGTES, registra-se a menor participação de trabalhadores da iniciativa privada e de trabalhadores autônomos/empresários.

**Gráfico 2.** Dados das pessoas participantes das conferências conforme ocupação, Brasil, 2019, 2023 e 2024

Fonte: Os autores, 2025.

<sup>a</sup>A diferença estatística encontrada indica uma variação tanto na frequência dos valores na 17ª CNS em comparação à 16ª CNS quanto na 4ª CNGTES em relação à 17ª CNS.

## DISCUSSÃO

A Tabela 1 revela a baixa porcentagem de mulheres trans, homens trans, travestis e pessoas de identidade não binária, mostrando que as identidades cisgêneras são a maioria nas conferências analisadas. Essa distribuição reflete a representatividade dessas identidades na população geral, mas demonstra a dificuldade de ampliar a vocalização do segmento mais vulnerável a condições de risco e adoecimento, como as violências de gênero.

O último Censo, 2022, não incluiu perguntas sobre identidade de gênero ou orientação sexual para caracterizar a diversidade da população brasileira, limitando-se à coleta de dados binários sobre sexo (masculino e feminino). Assim, torna-se difícil a comparação entre os dados desta pesquisa com a população geral. Uma coleta mais completa de informações pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), visando obter informações mais precisas sobre a população LGBTQIAP+, seria fundamental para subsidiar políticas públicas que promovam a inclusão, a equidade e o combate às desigualdades<sup>10</sup>.

A análise dos dados obtidos nesta pesquisa, porém, pode oferecer *insights* sobre o processo de invisibilidade nos espaços das conferências, que pode ser uma consequência

e reflexo da baixa participação nas conferências municipais e estaduais prévias à etapa nacional. A participação nas conferências locais de saúde é importante, pois nelas há eleição de pessoas delegadas, ampliando a representação vinculada às necessidades das pessoas, grupos e do território. Além disso, a participação na etapa municipal possibilita a elaboração de propostas para as etapas subsequentes. Nessa etapa, as propostas podem ser formuladas livremente conforme os levantamentos com bases populacionais e territoriais. A baixa representação, portanto, dificulta a inclusão de várias vezes na formação da opinião pública sobre questões de saúde. Dessa forma, o que chega à etapa nacional pode ser menor do que realmente as pessoas precisam<sup>11,12</sup>.

Mesmo a 17ª CNS sendo considerada uma conferência que destacou a diversidade, a mobilização social – o retorno e fortalecimento da democracia no Brasil, sobretudo por marcar a superação do período tenso de quatro anos ao qual o Brasil esteve submetido –, não deixou de expressar os desafios que se enfrenta para garantir uma saúde universal, equânime e de qualidade<sup>12,13</sup>. Como já observado por Santos et al.<sup>12</sup> no estudo sobre participação da população LGBTQIAPN+ nas Conferências Livres (CL) da 17ª CNS, a ocupação social desse grupo ainda é associada aos lugares vulnerabilizados ou sexualizados. Os autores ainda reforçam que as conferências

são lugares para demarcar seu lugar de fala, nas quais grupos historicamente marginalizados expressem suas demandas, lutem por visibilidade e proponham políticas que atendam às suas necessidades específicas.

Assim, a presença de mulheres trans, homens trans, travestis e pessoas de identidade não binária, apesar de tímida nas conferências, como mostra a Tabela 1, fala a favor da resistência nos espaços políticos para debates sobre saúde. Essa presença e a vocalização podem traduzir um comportamento anticolonial, visto que, nas conferências, exercem seu local de fala, revertendo a condição histórica de marginalização e sub-representação, inclusive, nos espaços de saúde<sup>12</sup>.

Ainda na Tabela 1, quanto à raça/cor da pele, nota-se uma sub-representação de pessoas pretas e amarelas. Os números refletem desigualdades estruturais e podem indicar barreiras no acesso aos serviços de saúde ou nos espaços coletivos das conferências, especialmente entre grupos historicamente marginalizados, como pessoas pretas. O estudo de Oliveira et al.<sup>14</sup> mostra que os indicadores de saúde que revelam disparidades na população negra incluem taxas mais altas de mortalidade infantil, menor expectativa de vida, maior prevalência de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, maior incidência de doenças infecciosas como tuberculose, além de condições relacionadas à saúde mental.

A população negra, composta pela soma de indivíduos autodeclarados pretos ou pardos, ultrapassa 50% desde o Censo de 1940. Com base no perfil racial registrado no Censo de 2022, percebe-se uma tendência de maior representatividade da população negra em comparação com censos anteriores<sup>15</sup>. Contraditoriamente, essa representatividade não se refletiu plenamente nas conferências de saúde analisadas, nas quais a participação da população preta foi menor, evidenciando a persistência de barreiras sociais e estruturais que dificultam sua presença nos espaços deliberativos e de formulação de políticas públicas.

A participação da comunidade negra na formulação de políticas de saúde é importante para garantir que as decisões atendam às necessidades específicas dessa população. A inclusão da comunidade não apenas permite que suas vozes e experiências sejam reconhecidas, contribuindo para a criação de políticas mais eficazes e justas, mas repara as injustiças históricas e estruturais, promovendo um sistema de saúde mais equitativo e inclusivo<sup>14</sup>.

A porcentagem de pessoas que se identificam como indígenas apresentou um aumento de 2% para 4,75%, entre a 16ª CNS e 17ª CNS, essa proporção, no entanto, diminuiu na 4ª CNGTES. Este crescimento pode ser resultado de maior visibilidade e de políticas públicas de reconhecimento dessa população, ou de um maior engajamento com as questões de identidade indígena e com a importância de participar das conferências de saúde.

A população indígena no Brasil, conforme os resultados do Censo Demográfico de 2022, é de 1.693.535 pessoas. Esse número representa um aumento de 88% em relação ao censo anterior de 2010, que contabilizou aproximadamente 890 mil

indígenas. A população indígena passou a constituir 0,6% da população nacional, em 2022, em comparação com 0,5%, em 2010<sup>16</sup>.

O acesso de pessoas indígenas à saúde no Brasil é um tema complexo e multifacetado, refletindo uma série de desafios históricos, sociais e estruturais. Na saúde, pode ser motivado por questões como falta de políticas adequadas, escassez de serviços de saúde nas áreas rurais e remotas, além de barreiras culturais e linguísticas que dificultam a comunicação entre profissionais de saúde e as comunidades indígenas. Outro fator importante é a sub-representação de indígenas nos quadros de profissionais de saúde, o que pode afetar a qualidade do atendimento e a compreensão das necessidades de saúde dessa população<sup>16</sup>.

A ampliação da visibilidade e a da participação ativa dos povos indígenas são fundamentais para melhorar as condições de saúde dessa população.

Apesar das conferências de saúde serem um espaço significativo de expressão da democracia participativa, há disparidade na participação, revelando variações quanto ao perfil, muitas vezes influenciada pela escolaridade das pessoas. Pessoas com maior nível de escolaridade tendem a ter mais acesso a informações, o que lhes permite maior conhecimento. Na formação relacionada à saúde, pode ser uma condição para acessar e compreender conteúdos relacionados à saúde pública, facilitando o envolvimento em processos participativos, como as conferências. O Gráfico 1 mostra que pessoas com nível de formação mais elevado (graduação e especializações) estiveram mais presentes nas conferências analisadas.

A presença de pessoas com menor escolaridade pode traduzir as barreiras no acesso e compreensão de assuntos e questões relacionadas ao SUS, que prevê a participação social nos espaços deliberativos, mas esbarra em desafios como o acesso à educação e formação em saúde. Nos espaços das conferências, tal situação reforça a sub-representação desses grupos, diminuindo, conseqüentemente, a pluralidade nos processos de decisão das políticas públicas.

Vale ressaltar que, no Brasil, o trabalhador técnico é geralmente considerado de nível médio, o que torna o resultado apresentado no Gráfico 1 ainda mais impactante. No SUS, os trabalhadores técnicos são a maior força de trabalho<sup>17</sup>, mas as conferências não representaram essa realidade. Na 4ª CNGTES, houve, proporcionalmente, um aumento no percentual de pessoas com ensino médio, sendo positivo para a ampliação do alcance das discussões, refletindo um maior engajamento social e alcance da participação social.

A simples formalização dos espaços de controle social não garante a efetiva participação política da sociedade. Além da questão da formação, já apresentada, o acesso e a representação nas conferências mantêm relação com o trabalho em saúde. Os desafios relacionados à representação incluem a falta de iniciativa local, o que resulta em baixa adesão popular na etapa nacional das conferências, ampliando, assim, a distância entre a representação e a vocalização da população nas conferências<sup>18</sup>.

Para além da jornada de trabalho extenuante, os trabalhadores técnicos da saúde frequentemente lidam com a falta de apoio institucional, diminuindo a participação nas discussões importantes relacionadas ao SUS e à formulação de políticas públicas, enfraquecendo a voz dos trabalhadores técnicos. Dentre as possíveis barreiras, destaca-se a dificuldade de liberação dos trabalhadores técnicos para participar das conferências. Esse fato evidencia que, mesmo quando há interesse em participar, as condições de trabalho e a estrutura organizacional acabam limitando a participação<sup>18,19,20</sup>. Essa situação é preocupante, pois compromete a pluralidade e a legitimidade das decisões tomadas nas conferências nacionais, que deveriam ser um reflexo das vozes de toda a sociedade.

Na saúde, o trabalho está diretamente relacionado à formação. Uma formação que promova uma educação crítica e reflexiva sobre o SUS, a participação e o controle social parece ser um caminho promissor para incentivar a participação nos espaços das conferências de saúde. O documento orientador da 4ª CNGTES ressalta que a maioria dos cursos de formação em saúde é ofertada por instituições privadas<sup>21</sup>. Um estudo realizado pelo Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) revela que, apesar dos técnicos em saúde totalizarem 88% dos trabalhadores do SUS, 80% deles recebem sua formação na rede de ensino privada. Essa concentração resulta, em grande parte, em uma formação de nível técnico e superior com pouca conexão com o SUS<sup>22</sup>. A formação oferecida não aborda as particularidades do trabalho em saúde, evidenciando a demanda por conteúdos que promovam uma formação crítica e política, além de uma educação permanente que prepare esses profissionais para atuar nas diversas instâncias do SUS<sup>20</sup>. Como consequência, apontam-se: desalinhamento com os princípios do SUS; déficit na qualificação para o setor público com profissionais sem entendimento de políticas públicas, com impacto na qualidade do atendimento; e menor engajamento na participação social, enfraquecendo o controle social e a participação cidadã.

Nos resultados apresentados no Gráfico 2, nota-se que a participação de trabalhadores da iniciativa privada foi a menor verificada entre as conferências analisadas. Dessa forma, é possível supor que trabalhadores dos serviços privados de saúde tiveram pouca representatividade na 4ª CNGTES, o que pode limitar a visibilidade e a resolução de demandas específicas desse segmento no âmbito das discussões e deliberações realizadas. Em muitos locais, o setor da saúde é predominantemente composto por profissionais terceirizados, contratados por meio de Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), que seguem as regras do setor privado, segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)<sup>23</sup>. Esses profissionais, em geral, enfrentam condições de trabalho mais precarizadas em comparação aos trabalhadores do setor público, especialmente os efetivos/concursados<sup>24</sup>.

A gestão do trabalho em saúde é complexa, envolvendo aspectos como vínculo, remuneração e regimes de trabalho. O estudo de Lopes et al.<sup>25</sup>, por exemplo, identificou que gestores frequentemente percebem melhor desempenho em profissionais terceirizados e com vínculo de trabalho mais frágil quando comparados aos concursados – o que reflete a influência de fatores sanitários, políticos e socioeconômicos na organização da saúde, especialmente na Atenção Básica (AB). Quanto aos serviços hospitalares, Druck<sup>24</sup> discute o papel de estratégias organizativas da administração indireta e empresas privadas, destacando os impactos negativos, como maior precarização do trabalhador. Segundo a autora, a precarização do trabalho pode estar associada ao aumento da carga horária, a adoção de contratos de trabalho mais desfavoráveis (de efetivos a celetistas) e o crescimento dos índices de adoecimento entre os profissionais como consequências negativas dessa gestão<sup>24</sup>.

O setor privado, que responde às pressões do capitalismo e tende a reagir mais diretamente a essas demandas, pode influenciar a forma como os profissionais desses setores percebem e se envolvem com questões relacionadas ao controle social, já que as prioridades e pressão enfrentadas em cada ambiente de trabalho são tensionadas pelas demandas diárias de trabalho<sup>26</sup>. Essa dinâmica gera desmotivação e dificulta a inserção desses profissionais em coletivos e entidades representativas<sup>20</sup>.

Neste estudo, a maior quantidade de pessoas entrevistadas vinculadas ao serviço público, em comparação aos demais vínculos, pode ainda refletir um aspecto importante sobre a dinâmica de trabalho: a possibilidade de se desligarem do ambiente de trabalho e considerarem a importância do controle social e da ocupação dos espaços deliberativos. A participação nas conferências de saúde enfrenta diversos desafios estruturais, institucionais e sociais. A precarização do trabalho na saúde, marcada por vínculos frágeis e baixas remunerações, desmotiva que trabalhadores se comprometam aos movimentos das conferências de saúde. A gestão do trabalho, muitas vezes, prioriza interesses privados sobre assuntos de relevância pública e social. A baixa participação de pessoas vinculadas ao setor privado de trabalho, observada neste estudo, pode representar um distanciamento da construção e deliberação das políticas públicas de saúde, como as conferências e conselhos de saúde. Dessa forma, os direitos de participação, garantidos no SUS, são fragilizados, limitando a participação ativa nos processos de decisão<sup>27</sup>.

Quanto a outras formas de remuneração por meio de atividade laboral, neste estudo, interessantemente, quando comparado às demais conferências nacionais, observa-se uma maior proporção de indivíduos que relataram exercer atividades remuneradas por meio de “bolsas”. Eberhardt, Carvalho e Murofuse<sup>28</sup> consideram esse tipo de vínculo uma forma de precarização, já que não oferece proteção social aos trabalhadores. Nesse contexto, Lopes et al.<sup>25</sup> ressaltam o crescimento do trabalho informal na saúde, que além das

bolsas, inclui modalidades como remuneração por produção, conhecida como “salário por peça”, contratação via pessoa jurídica (PJ), além de estágios e contratos temporários, o que desfavorece a qualificação dos trabalhadores e dos processos de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação nas conferências deve ser vista como uma oportunidade de vocalização às demandas sociais e proporcionar melhorias no SUS. Contudo, para que essa participação seja eficaz, é necessário superar barreiras como a desigualdade no acesso à informação e formação, ampliando as estratégias desencadeadas até agora pelo Conselho Nacional de Saúde, como as Conferências Livres e outros dispositivos que ampliam e diversificam a participação social, fortalecendo lugares de fala de pessoas e grupos mais vulnerabilizados e invisibilizados no cotidiano. A expansão de políticas sociais de inclusão e equidade e o fortalecimento da participação e vocalização de demandas e de opiniões no desenho das iniciativas de ações governamentais e de incidência na cultura são fundamentais.

O fortalecimento da expressão das diversidades sociais e humanas nos espaços de participação inclui estratégias que incentivem a participação nas conferências locais e estaduais, garantindo que as vozes de todos os segmentos da população sejam ouvidas e cheguem até a etapa nacional da conferência, por meio do fomento da inclusão e da equidade. Isso não apenas fortalece a democracia participativa, como também contribui para a construção de políticas de saúde mais justas e eficazes, que atendam às reais necessidades da população.

A 4ª CNGTES foi uma conferência setorial, em comparação com as duas conferências nacionais anteriores, e demonstrou uma mudança no perfil de escolaridade dos participantes, ampliando a participação de estudantes e residentes, assim como de servidores públicos.

Naturalmente, mobilizou de forma diferenciada as pessoas com algum vínculo com o segmento da educação e do trabalho na saúde. O estágio atual da pesquisa ainda não permite identificar efeitos da diversificação no conteúdo das deliberações, mas, considerando que os processos participativos também são espaços de educação permanente em saúde, fica suposto que a onda ascendente de participação também foi de democratização de interfaces entre a educação e a saúde, incidindo sobre processos de trabalho nos sistemas e serviços de saúde, assim como nos espaços de formação.

Os resultados instigam ao aprofundamento de investigações sobre as políticas públicas, o fortalecimento da sociedade civil e a consolidação da democracia, dado que as três conferências atravessaram com determinação um tempo desafiador para a democracia brasileira, onde a participação foi esvaziada pela ação governamental.

## REFERÊNCIAS

- Oliveira RB, Ragazzi JL, Tomelin GA. Sistema constitucional de direitos e as políticas de saúde no contexto do campo: reflexões à luz do direito à saúde. *Obs. Econ. Latinoam.* 2024; 22(4):e4207.
- Paim JS: O que é o SUS [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. [acesso em 2 jan 2025]. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>.
- Ministério da Saúde (BR). VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. 21 p. [acesso em 8 jan 2025]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf).
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988 [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988. [acesso em 7 jan 2025]. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf).
- Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 31.12.1990. [acesso em 7 jan 2025]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm).
- Sophia DC. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate. *Saúde Debate* 2012; 36(95):554-61.
- Ferla AA. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. *Saberes Plurais* 2021;5(2):81-94.
- Fonseca AF, editor. O território e o processo saúde-doença [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. [acesso em 8 jan 2025]. Disponível em: [http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio\\_e\\_o\\_processo\\_2\\_livro\\_1.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf)
- Farias RN, Marques RA, Finkelsztejn R, Gualdi CB. Participação da comunidade no SUS: o desafio da inserção das propostas de uma conferência estadual no plano de saúde correspondente. *Saúde em Redes* 2024; 10(1):4365.
- Boeckel C. Censo 2022 não tem dados sobre identidade de gênero e orientação sexual, diz IBGE. G1 [Internet]; 27/10/23 [acesso em 11 jan 2025]. Disponível em: <https://g1.globo>.

com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/10/27/censo-nao-tem-dados-sobre-identidade-de-genero.ghtml.

11. Faria CF, Lins IL. Participação e deliberação nas conferências de saúde do local ao nacional. In: Avritzer L, Souza CHL, editores. Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2013. [acesso em 10 jan. 2025]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8920/1/Cap.%203.pdf>.
12. Santos WP, et al. O lugar da fala e a fala do lugar: reverberações dos discursos da população LGBTQIAPN+ nas últimas Conferências Nacionais de Saúde. *Saúde em Redes* 2024; 10(1):e4500.
13. Travassos C, Lima LD. A participação social no comando: a memorável 17ª Conferência Nacional de Saúde. *Cad. saúde pública* 2023; 39(9):e00154023.
14. Oliveira LGF et al. Reflexões e perspectivas das desigualdades raciais e a saúde da população negra. *Rev. JRG Est. Acad.* 2024; 7(15):e151188.
15. Sá EB, Santos YL, Silva TD. Edição Censo Demográfico 2022. Ministério da Igualdade Racial. (Informe MIR- Monitoramento e avaliação, nº 3) [Internet] Brasília: 2024. [acesso em 13 jan 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial/diretoria-de-avaliacao-monitoramento-e-gestao-da-informacao/informativos/Informe-edicao-censo-demografico2022.pdf>.
16. Simoni AT, Guimarães BN, Santos RV. “Nunca mais o Brasil sem nós”: povos indígenas no Censo Demográfico 2022. *Cad. saúde pública* 2024; 40(4):e00232223.
17. Braga IF, Morosini MVGC, Koster I. Trabalhadores técnicos são a base do SUS e são mulheres negras – por uma educação profissional em saúde feminista afro-latinoamericano-centrada [Internet]. *Anais do 9º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*. 2023; [acesso em 24 dez 2024]. Disponível em: <https://proceedings.science/cshs/cshs-2023/trabalhos/trabalhadores-tecnicos-sao-a-base-do-sus-e-sao-mulheres-negras-por-uma-educacao?lang=pt-br>.
18. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde Soc.* 2017; 26(2):411-23.
19. Oliveira HS. Força e vulnerabilidade: a precarização das trabalhadoras da saúde no SUS durante a pandemia e os desafios na promoção à saúde e prevenção da violência [Internet]. [Dissertação Mestrado - Universidade Federal de Minas Gerais]. Belo Horizonte: UFMG; 2024. [acesso em 9 jan 2024]. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/78627/4/DISSERTACAO%20HILTON%20SOARES%20DE%20OLIVEIRA\\_09\\_12\\_PDF\\_A.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/78627/4/DISSERTACAO%20HILTON%20SOARES%20DE%20OLIVEIRA_09_12_PDF_A.pdf).
20. Passos J. Precarização, participação social e formação dos trabalhadores técnicos em saúde em debate. *Poli.* 2024; XVII(97):28-30.
21. Conselho Nacional de Saúde (BR). Documento orientador da 4ª CNGTES [Internet]. Brasília: CNS; 2024. [acesso em 11 jan 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/4a-cngtes/publicacoes/documento-orientador-da-4a-cngtes.pdf>.
22. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (BR). Conferência coloca em pauta o fortalecimento do SUS como escola. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024. [acesso em 11 jan 2025]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/conferencia-coloca-em-pauta-o-fortalecimento-do-sus-como-escola>.
23. Morosini MVGC. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. *Trab. Educ. Saúde* 2016; 14(1):5-13.
24. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab. Educ. Saúde* 2016; 14(1):15-43.
25. Lopes WP, Carvalho BG, Santini SML, Mendonça FF, Martins CP. Contexto sociopolítico e a organização da força de trabalho e oferta de serviços da Atenção Básica. *Trab. Educ. Saúde* 2023; 21:e02005221.
26. Maia FES, Lima FRC, Maia FES. O trabalhador, o trabalho, o capitalismo e as suas questões psicológicas. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*. 2015; 17(2):106.
27. Coelho JS. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde soc.* 2012; 21(supl. 1):138-51.
28. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde Debate* 2015; 39:18-29.

**ABSTRACT**

The aim was to compare the sociodemographic and economic profile of people participating in the 16th (2019) and 17th (2023) National Health Conferences (CNS) and the 4th National Conference on Work Management and Health Education (4th CNGTES, 2024). This is a cross-sectional study with a quantitative approach carried out as part of the project “Health and Democracy: Integrated Studies on Social Participation in National Health Conferences”. The results showed changes in the profile of the participants, reflecting greater diversity in some aspects, but inequalities persist which have an impact on health work. The limited participation of certain groups can compromise representativeness and the construction of more equitable public policies, which are essential for strengthening the SUS. Health conferences are important for strengthening the SUS through representativeness and the expression of different points of view. The three conferences analyzed went through the most challenging recent period for Brazilian democracy, remaining strong while government initiatives stifled participation, the expression of diversity and human rights.

**Keywords:** National Health Conferences; Right to Health; Health education; Social participation; Health work.

**RESUMEN**

El objetivo fue comparar el perfil sociodemográfico y económico de las personas participantes en las XVI (2019) y XVII (2023) Conferencias Nacionales de Salud (CNS) y la IV Conferencia Nacional de Gestión del Trabajo y Educación en Salud (IV CNGTES, 2024). Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo realizado en el marco del proyecto “Salud y Democracia: Estudios Integrados sobre la Participación Social en las Conferencias Nacionales de Salud”. Los resultados mostraron cambios en el perfil de los participantes, reflejando una mayor diversidad en algunos aspectos, pero persisten desigualdades que repercuten en el trabajo sanitario. La participación limitada de ciertos grupos puede poner en riesgo la representatividad y la construcción de políticas públicas más equitativas, esenciales para el fortalecimiento del SUS. Las conferencias de salud son importantes para fortalecer el SUS a través de la representatividad y la expresión de diferentes puntos de vista. Las tres conferencias analizadas atravesaron el período reciente más difícil para la democracia brasileña, manteniéndose fuertes mientras las iniciativas del gobierno reprimían la participación, la expresión de la diversidad y los derechos humanos.

**Palabras clave:** Conferencias Nacionales de Salud; Derecho a la salud; Educación para la salud; Participación social; Trabajo sanitario.