

A regulamentação das especialidades em saúde pelos conselhos profissionais: compreensões e tendências no trabalho e na formação

Regulation of health specialties by professional councils: Perspectives and trends in work and training

La regulación de las especialidades en salud por los consejos profesionales: comprensiones y tendencias en el trabajo y la formación

Dara Andrade Felipe¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615110667P

RESUMO Este estudo teve como objetivo analisar a regulamentação das especialidades em saúde pelos conselhos profissionais, compreendendo suas implicações para o trabalho e a formação. Foi adotada uma abordagem exploratória por meio de análise documental de normativas dos conselhos profissionais de 12 profissões da saúde. Foram examinados conceitos de especialidade, critérios para reconhecimento e requisitos para obtenção do título de especialista. Identificou-se a ausência de uma definição comum sobre o que são as especialidades, com pouca articulação com políticas de saúde. Também se observou que a maioria dos conselhos adota critérios de formação em pós-graduação lato sensu ou provas de títulos para concessão de especialidades, enquanto poucos reconhecem as residências em saúde. Conclui-se que a regulação das especialidades reflete tendências de mercantilização da educação e fragmentação do trabalho, exigindo maior integração com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e mecanismos de regulação estatal mais efetivos.

PALAVRAS-CHAVE Ocupações em saúde. Conselhos de especialidade profissional. Capacitação de recursos humanos em saúde.

ABSTRACT This study aimed to analyze the regulation of health specialties by professional councils, examining their implications for work and professional training. An exploratory approach was adopted through documentary analysis of regulatory frameworks from professional councils representing 12 health professions. The study examined concepts of specialty, criteria for recognition and requirements for obtaining specialist certification. The findings revealed the absence of a shared definition of what constitutes a specialty, with limited alignment with health policies. It was also observed that most councils adopt criteria based on lato sensu postgraduate training or title examinations for granting specialist status, while few recognize health residency programs. The study concludes that the regulation of specialties reflects trends of educational commodification and fragmentation of work, highlighting the need for greater alignment with the guidelines of the Unified Health System and more effective mechanisms of state regulation.

KEYWORDS Health occupations. Specialty boards. Health human resource training.

RESUMEN Este estudio tuvo como objetivo analizar la regulación de las especialidades en salud por los consejos profesionales, comprendiendo sus implicaciones para el trabajo y la formación. Se adoptó un enfoque exploratorio mediante el análisis documental de normativas de los consejos profesionales de 12 profesiones de la salud. Se examinaron conceptos de especialidad, criterios para el reconocimiento y requisitos para la obtención del título de especialista. Se identificó la ausencia de una definición común sobre lo que son las especialidades, con poca articulación con políticas de salud. También se observó que la mayoría de los consejos adoptan criterios de formación en posgrado lato sensu o pruebas de títulos para la concesión de especialidades, mientras que pocos reconocen las residencias en salud. Se concluye que la regulación de las especialidades refleja tendencias de mercantilización de la educación y fragmentación del trabajo, exigiendo una mayor integración con las directrices del Sistema Único de Salud y mecanismos de regulación estatal más efectivos.

PALABRAS CLAVE Empleos en salud. Consejos de especialidades. Capacitación de recursos humanos en salud.

¹Fundação Oswaldo Cruz
(Fiocruz Pernambuco), Instituto
Aggeu Magalhães (IAM) -
Recife (PE), Brasil.
dara.andrade@gmail.com

Introdução

Envolta, portanto, no compromisso do profissional, seja ele quem for, está a exigência de seu constante aperfeiçoamento, de superação do especialismo, que não é o mesmo que especialidade. O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos¹⁽²¹⁾.

O movimento de profissionalização crescente das ocupações apresenta-se como um fenômeno universal. Conforme indicado por Aith², a regulação do exercício das profissões de nível superior na área da saúde tem raízes históricas nas corporações de ofício medievais, que instituíram mecanismos de controle do acesso ao trabalho, da técnica e do mercado, articulando proteção social e reserva profissional. Esse modelo corporativo, marcado pela hierarquização interna e pela defesa de interesses do grupo profissional, foi apropriado de maneira particular no Brasil, influenciado pelo patrimonialismo, pela tardia consolidação do mercado interno e pelas especificidades do Estado nacional.

Machado et al.³ ressaltam que o desenvolvimento dos mercados profissionalizados está diretamente relacionado às transformações decorrentes da Revolução Industrial e à consolidação do sistema capitalista, o que contribuiu para a ampliação da demanda por profissionalização em toda a sociedade industrial. No Brasil, a partir do século XX, especialmente com a institucionalização do corporativismo no período varguista, esse legado se expressou na criação de legislações profissionais específicas e dos conselhos profissionais como entes paraestatais, distinguindo-se da regulação trabalhista da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), voltada à proteção do trabalhador, ao passo que as leis profissionais tendem a priorizar a proteção da profissão enquanto corpo organizado².

As produções mais tradicionais da sociologia das profissões são anglo-saxônicas e de filiação funcionalista, com foco nos padrões e elementos constituidores do que seria ou não uma profissão, bem como a identificação da função que desempenham na organização social⁴. Produzindo uma crítica a essa perspectiva, Freidson⁵ indica que as análises devem olhar como os grupos sociais identificam quem é considerado profissional e quem não é. É relevante compreender como as profissões são construídas por meio de suas atividades e quais são as consequências da organização do trabalho. Nesse sentido, afasta-se a ideia de um modelo ideal de profissão utilizado para categorizar todas as ocupações. Portanto, a função da teoria das profissões é documentar a desordem e a inconsistência desse fenômeno, buscando explicar suas características nos países em que está presente⁵.

Este estudo parte de uma compreensão crítica do referencial do trabalho em saúde para a compreensão dos processos de regulação e formação de suas especialidades. A conformação das especialidades profissionais na saúde deve ser compreendida em seu processo histórico. As práticas em saúde desenvolvidas antes do advento do capitalismo e em sociedades tradicionais eram caracterizadas por seu aspecto artesanal, com domínio total dos agentes dos instrumentos de trabalho. Tinha-se uma variedade de práticas, dispersas na sociedade e sob domínio de diferentes sujeitos.

No século XX, o foco das práticas de saúde passou por uma significativa transformação, deslocando-se das ações coletivas e ambientais para a medicalização individual. A medicina moderna consolidou-se sob as óticas científica e técnica, estabelecendo novos paradigmas no cuidado à saúde. Esse período marcou a centralização da assistência médica no modelo clínico-anatômico-fisiológico, que passou a orientar a prática médica e a compreensão das doenças. O hospital emergiu como o lócus central das atividades de saúde, tornando-se o principal espaço de articulação dos saberes especializados e de desenvolvimento

tecnológico. Essa centralização hospitalar promoveu uma maior cooperação entre diferentes especialidades médicas e profissionais de saúde, estimulando a integração dos conhecimentos e o avanço das tecnologias aplicadas ao diagnóstico e ao tratamento. Além disso, o hospital consolidou-se como um ambiente propício à experimentação científica, contribuindo para o fortalecimento da medicina como ciência aplicada e para a legitimação do saber médico sob a tutela do Estado. A medicalização individual, nesse contexto, tornou-se um instrumento fundamental para a normalização dos corpos e para a manutenção da força de trabalho, refletindo a necessidade do sistema capitalista de preservar a produtividade e o bem-estar dos trabalhadores⁶.

O trabalho em saúde contemporâneo é marcado por intensa especialização e fragmentação, com a criação de múltiplas especialidades e subespecialidades⁷. Embora a especialização tenha promovido avanços técnicos, também gerou desafios, como a fragmentação do cuidado e desequilíbrios entre especialistas e generalistas.

A reestruturação produtiva do capitalismo, impulsionada pela crise do fordismo-taylorismo e pelo avanço tecnológico, impactou profundamente o setor saúde⁸. A automação, a flexibilização do trabalho e a terceirização alteraram a organização dos serviços, ampliando a precarização e a rotatividade dos profissionais, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS)⁹.

O trabalho em saúde permanece altamente compartimentalizado, dificultando a integração entre profissionais. A tecnologia de ponta, embora aumente a produtividade, não substitui o trabalho humano, criando novas demandas por qualificação e aumentando a carga de trabalho em algumas áreas, como a enfermagem¹⁰.

A especialização também acentuou a separação entre trabalho intelectual e manual, com médicos e enfermeiros assumindo funções de gestão e supervisão, enquanto técnicos executam tarefas operacionais. Essa hierarquia

afeta a organização política dos trabalhadores e contribui para a precarização das condições laborais¹¹.

A crescente fragmentação do trabalho em saúde estimulou movimentos para reorientar as práticas, buscando maior integração e colaboração entre profissionais. A interprofissionalidade emergiu como uma resposta à desintegração provocada pela especialização, promovendo práticas colaborativas centradas no paciente¹².

Desde os anos 1950, o trabalho em equipe tem sido debatido, mas ganhou destaque nas últimas décadas com o fortalecimento das práticas interprofissionais. A interprofissionalidade busca superar hierarquias e barreiras entre profissões, promovendo ações coordenadas e centradas no usuário¹³.

A integração entre profissionais é essencial para enfrentar as complexas demandas de saúde. Modelos como o proposto por Reeves¹⁴ enfatizam abordagens flexíveis e contingenciais, adaptando as práticas às necessidades locais. A comunicação interprofissional é um elemento-chave, facilitando o planejamento e a execução de cuidados integrados¹².

A introdução de novas tecnologias também contribui para a reorientação do trabalho em saúde. Embora promovam a divisão parcelar das tarefas, essas tecnologias criam oportunidades para a cooperação e o compartilhamento de responsabilidades entre diferentes profissionais¹⁰.

A interprofissionalidade demanda mudanças estruturais e culturais nas organizações de saúde, promovendo ambientes colaborativos que valorizem a participação e a inovação. A criação de comunidades aprendentes e o fortalecimento das redes de atenção são estratégias fundamentais para consolidar essas práticas¹³.

Em um cenário de progressiva profissionalização e especialização, faz-se necessária a criação de mecanismos e instâncias de regulação do trabalho/profissões da saúde.

A regulação refere-se ao poder exercido pelo Estado para fiscalizar e administrar atividades públicas ou privadas no interesse

coletivo. Sua ação não ocorre diretamente na atividade, mas na definição dos limites para seu exercício, buscando corrigir falhas naturais do setor regulado¹⁵. A regulação também é uma estratégia para minimizar riscos associados ao livre exercício de determinadas atividades, estabelecendo padrões mínimos de segurança para a sociedade¹⁶.

No contexto profissional, a regulação compreende um conjunto de diretrizes e padrões que conformam o comportamento dos profissionais em suas atividades¹⁵. Ela envolve seis funções essenciais: criação de normas, autorização do exercício profissional, fiscalização, aplicação de deliberações, arbitragem e indução de boas práticas¹⁷. No setor de saúde, a regulação busca garantir que as profissões sejam exercidas por indivíduos qualificados e alinhados aos padrões éticos e sociais, sendo realizada pelo Legislativo, Executivo e Judiciário¹⁷.

A regulação do trabalho em saúde no Brasil deve ter como objetivo garantir o direito à saúde, supervisionando tanto os serviços públicos quanto privados. Ela se divide em três áreas principais: formação profissional, exercício profissional e relações de trabalho². Contudo, o sistema regulatório é fragmentado e enfrenta desafios estruturais, como a expansão da educação privada em saúde e a incorporação de novas tecnologias e profissões¹⁸. A regulação também precisa lidar com desigualdades regionais e limitações da capacidade estatal de fiscalização. No Brasil, diversas instituições compartilham a regulação da saúde, incluindo Ministérios, Conselhos Profissionais e agências reguladoras. Essa multiplicidade cria desafios de coordenação e harmonização das normas². Outro aspecto fundamental é a fragmentação normativa. Há uma sobreposição de leis, decretos, portarias e resoluções que tornam a aplicação das regras complexa e geram insegurança jurídica². A ausência de um órgão centralizador também dificulta a uniformização dos padrões regulatórios no País.

Nesse contexto, os Conselhos Profissionais têm destaque. Os Conselhos Profissionais são autarquias responsáveis pela fiscalização do exercício das profissões de saúde. Criados pelo Estado, eles regulam a ética, os escopos de prática profissional e a certificação de especialistas¹⁹. Entretanto, possuem autonomia significativa e atuam, também, na defesa dos interesses profissionais, o que pode gerar conflitos com outras instituições reguladoras². Os Conselhos desempenham funções como regulamentar e fiscalizar a profissão, aplicar sanções disciplinares e definir padrões de formação e especialização. Eles também participam de disputas jurisdicionais para delimitar o escopo das profissões, frequentemente judicializando questões sobre práticas profissionais³.

A autonomia dos Conselhos é contestada, pois eles atuam sem supervisão direta do poder executivo. Isso resulta em falta de padronização e dificuldades na interlocução entre profissões e órgãos reguladores²⁰. Destaca-se a necessidade de harmonização dos Conselhos Profissionais com as políticas públicas de saúde para fortalecer a regulação do setor².

Além da dimensão autorregulatória, alguns autores destacam o papel social dos Conselhos Profissionais, compreendendo-os como sujeitos históricos indispensáveis na construção do pacto civilizatório pautado na ética e nos direitos humanos, justiça social e democracia. É identificado que, a partir da década de 1980, ocorre uma maior inserção dos conselhos nas lutas sociais, contribuindo para a construção de políticas sociais correspondentes ao projeto da Constituição Federal. Por ser um órgão também de representação dos trabalhadores, os Conselhos são partes integrantes de conselhos de direitos, conselhos de políticas, grupos técnicos etc. A participação nesses espaços vincula os interesses sociais aos interesses individuais de cada profissão²⁰.

A regulação profissional em saúde varia entre os países, podendo ser estatutária, voluntária ou inexistente. Em países de baixa e média renda, a regulação desempenha papel crucial na qualidade dos sistemas de saúde,

mas é frequentemente afetada por fatores históricos, como a influência colonial¹⁸. Modelos regulatórios evoluíram ao longo do tempo. No século XIX, predominava a autorregulação das profissões, com forte autonomia para as corporações. No início do século XX, surgiram regulações mais amplas, influenciadas pelo Estado de bem-estar social e pelo crescimento da demanda por serviços de saúde²¹. No final do século XX, a regulação passou a priorizar eficiência e responsabilidade, incorporando o setor privado e aumentando o papel das agências reguladoras²¹. No Canadá, a experiência de Ontário trouxe inovações importantes, como a Lei de Profissões de Saúde Regulamentadas, de 1994. Essa lei criou um modelo intermediário entre autorregulação e supervisão estatal, estabelecendo padrões para escopo de prática, atos controlados e proteção de título profissional^{22,23}.

Tanto o aparato corporativo das profissões quanto o sistema educacional exercem influência decisiva na definição da oferta e dos padrões de qualidade da força de trabalho no setor saúde, de modo que o perfil desses trabalhadores passa a ser moldado por políticas de caráter intersectorial²².

Um processo que tem mudado o perfil da força de trabalho da saúde é a especialização profissional. Historicamente, os estudos que tratam desse processo abordam a profissão médica no que se refere a distribuição, provimento e formação de médicos especialistas²⁴⁻²⁸. Não foram localizados estudos anteriores que tratem dos processos de especialização das profissões de saúde de maneira ampla, particularmente, no que se refere aos processos de regulação das especialidades profissionais.

O reconhecimento das especialidades profissionais (não médicas) de saúde no Brasil tem ficado a cargo dos Conselhos Profissionais, com pouca articulação entre estes órgãos e demais instâncias reguladoras do Estado. Assim, para uma melhor formulação de políticas reguladoras e de formação, faz-se necessária uma ampla caracterização das especialidades profissionais

da saúde, bem como das compreensões que guiam suas formulações.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar as regulamentações dos conselhos profissionais referentes às especialidades profissionais (não médicas) de saúde.

Material e métodos

O estudo apresentado teve caráter exploratório, utilizando como método a Análise Documental, fundamentada na Análise de Conteúdo Temática. A análise documental configura-se como um procedimento metodológico que emprega métodos e técnicas voltados à apreensão, compreensão e análise de documentos de diferentes naturezas, tomando-os como objeto de estudo e buscando identificar informações factuais orientadas por questões e hipóteses de interesse. Em consonância com abordagens qualitativas, sua utilização se justifica pela riqueza de informações que podem ser extraídas e resgatadas, contribuindo para a ampliação da compreensão de objetos que exigem contextualização histórica e sociocultural. Nesse sentido, a pesquisa documental utiliza como fonte materiais que ainda não passaram por tratamento analítico, visando à sua apreensão, compreensão e análise²⁹.

Os conteúdos identificados nos documentos foram analisados com base no referencial da análise de conteúdo. Segundo Bardin³⁰, trata-se de um conjunto de técnicas sistemáticas cujo objetivo é possibilitar inferências relacionadas à temática estudada, por meio de procedimentos rigorosos. Nesta pesquisa, adotou-se a Análise Temática, na qual o tema corresponde às afirmações relativas a determinado assunto, constituindo-se como unidade de significação, podendo assumir a forma de uma sentença ou de um parágrafo. Considerado a unidade de registro mais útil na análise de conteúdo, o tema permite apreender os núcleos de sentido da comunicação cuja presença ou frequência seja relevante para os

objetivos do estudo. A partir dessa unidade de análise, torna-se possível interpretar materiais que expressam múltiplos significados^{30,31}.

Do ponto de vista operacional, a análise temática desenvolve-se em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados e interpretação. A análise e a interpretação dos conteúdos constituem partes indissociáveis desse processo. Para o avanço consistente dessas etapas, a contextualização assume papel central, sendo considerada um requisito fundamental, na medida em que funciona como base para assegurar a relevância e a consistência dos resultados a serem apresentados ou compartilhados³¹.

Em uma pesquisa científica que se realiza tendo como fonte de dados documentos diversos, três aspectos merecem atenção especial por parte do investigador: a escolha dos documentos, o acesso a eles e a sua análise. Ao eleger os documentos, o pesquisador deverá se atentar aos processos de codificação e análise dos dados. Para isso, faz-se necessário que ele mantenha o foco sobre um determinado aspecto do estudo realizado e busque entender em profundidade a mensagem que os dados dispostos nos documentos revelam. A seguir, apresentamos como foi realizada a identificação, o acesso aos documentos e a análise, que se baseou na técnica da Análise de Conteúdo Temática, conforme referencial indicado a seguir²⁹.

A identificação e a definição dos documentos estavam relacionadas ao objetivo do estudo. Foi realizada uma busca nos sites dos Conselhos Profissionais, e digitadas em suas ferramentas internas de buscas as palavras ‘especialidade’ ou ‘especialista’. Para definição das profissões de saúde, foram consideradas as 13 definidas pela Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde³², acrescida a profissão de sanitarista, regulamentada pela Lei Federal nº 14.725, de 16 de novembro de 2023³³. Considerou-se, também, a profissão de biomédico(a), uma vez que, conforme Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde³⁴, é

contemplada nos programas de residência em área profissional.

Entre as 15 profissões de saúde, 14 foram analisadas neste estudo (exceto medicina, por possuir legislação própria no que se refere às especialidades profissionais e à formação de especialistas). Treze delas possuem Conselhos Profissionais. A profissão de sanitarista não teve Conselho Federal implantado, de modo que o exercício profissional será realizado por órgão competente do SUS. O Conselho Federal de Serviço Social não possui legislação que normatize o reconhecimento de especialidades profissionais.

Diante do exposto, foram analisadas normatizações de 12 profissões de saúde, ao total. Após a leitura dos materiais localizados, foram selecionados aqueles que tratavam das especialidades definidas em cada profissão e os seus mecanismos de reconhecimento.

Os conteúdos identificados foram sistematizados em categorias temáticas: o conceito de especialidade profissional; critérios de definição; requisitos para obtenção do título de especialista e modalidades de formação reconhecidas.

Resultados e discussão

Caracterização dos documentos analisados

Foram identificados e analisados 88 documentos, os quais compreenderam 81 resoluções, 5 decisões, 1 Portaria e 1 matéria de *site*. Quanto ao período de publicação dos documentos, o mais antigo é de 1998, e o mais recente de 2024, sendo a mediana localizada no ano de 2016.

Quanto ao conceito de especialidades

Na análise dos documentos, foram buscadas, direta ou indiretamente, definições de especialidades profissionais. Percebe-se que não há uma ‘uniformidade’ entre os diferentes conselhos

no que se refere ao conceito de especialidade. Apenas os Conselhos de Fonoaudiologia, Educação Física, Nutrição e Odontologia em seus documentos expressam, explicitamente, uma definição do que é a especialidade. O Conselho Federal de Biologia associa especialidade a partir da definição de ‘área de atuação’.

Nesses, é possível perceber dois aspectos que se articulam: a delimitação de um campo/área de conhecimentos específicos que aprofundam a atuação profissional, e que estão associados ao desenvolvimento de habilidades e técnicas específicas que são ampliadas mediante a qualificação profissional.

Especialidade é uma área particular do conhecimento, desempenhada por profissional qualificado a executar procedimentos específicos dentro de um determinado campo, exigindo-se domínio próprio, aprofundado e aperfeiçoamento contínuo³⁵.

Especialidade em Nutrição como o conjunto de competências específicas resultante do aprofundamento da Ciência da Nutrição na dimensão biopsicossocial do indivíduo e da coletividade, que caracteriza o núcleo de exercício profissional de nutricionista em caráter não generalista³⁶.

A especialidade é uma área específica do conhecimento, exercida por profissional qualificado a executar procedimentos de maior complexidade, na busca de eficácia e da eficiência de suas ações³⁷.

Definir Especialidade Profissional em Educação Física como um conjunto de habilidades e competências específicas dessa profissão que aprofunda conhecimentos e técnicas próprias ao exercício profissional em um determinado tipo de intervenção³⁸.

Áreas de atuação: aquela em que o Biólogo exerce sua atividade profissional/técnica, em função de conhecimentos construídos em sua formação acadêmica e profissional³⁹.

Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional também apresenta a especialidade a partir da titulação, indicando que a especialidade profissional se refere à resposta especial e especializada frente às necessidades dos indivíduos, das famílias e da coletividade.

O Título de Especialidade Profissional significa a exaustão do exercício profissional e representa, sobretudo, uma atenção especial e especializada em face das solicitações dos clientes, dos familiares e da coletividade, para os quais a referida atenção está dirigida^{40,41}.

Os conselhos de Biomedicina e Farmácia compreendem a especialidade a partir da titulação, ou seja, como uma forma de reconhecimento do processo de busca de conhecimentos a partir de atualização e pós-graduação.

O Título de Especialista, mais do que uma maneira de se obter uma nova habilitação, é a certificação da atualização do profissional biomédico⁴².

Entende-se por título de especialista aquele que é concedido ao farmacêutico egresso de curso de pós-graduação *lato sensu* – especialização –, ofertado por IES credenciada pelo MEC⁴³.

Apesar de o Conselho Federal de Psicologia não apresentar uma definição, as especialidades são definidas como ‘área de atuação profissional da psicologia’, destacando nessa uma delimitação de atuação profissional⁴⁴. Vê-se que as definições expressam o processo de divisão do trabalho no interior das profissões, com a criação de “área específica/particular do conhecimento, resultante do aprofundamento científico”⁴⁴, ou seja, uma parcelização da atuação profissional. Essa parcelização, por sua vez, possibilita o desenvolvimento de “procedimentos específicos e procedimentos de maior complexidade”⁴⁴.

Destaca-se, portanto, um fenômeno intrinsecamente contraditório. De um lado, a parcelização do trabalho representa uma

simplificação do trabalho, uma vez que, ao dividir um processo complexo em partes distintas e designar cada trabalhador para executar uma dessas partes, o trabalho torna-se mais simples, demandando menos conhecimento técnico. Por outro lado, ao desempenhar uma parcela específica do trabalho, o trabalhador tende a desenvolver uma notável habilidade, alcançando um virtuosismo nessas práticas que anteriormente seria inatingível no contexto de um trabalho mais complexo. Assim, embora o trabalhador possa ter suas habilidades limitadas, torna-se exímio na sua área específica⁴⁵.

Essa simplificação do âmbito de atuação possibilitará ao trabalhador uma apropriação mais profunda de sua nova responsabilidade – a parcela –, conduzindo, inclusive, à criação de novos conhecimentos, técnicas e instrumentos para aprimorar suas práticas. Ao fragmentar certos processos e, consequentemente, simplificar seus campos parcelares, parece surgir uma complexidade que anteriormente não era discernível⁴⁵.

A ‘exaço do exercício profissional’, apresentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Crefito), relaciona-se com o caráter mais habilidoso do profissional especializado. O imaginário do ‘atendimento especializado’ pela população também está presente na afirmação do Crefito. Representaria uma resposta às solicitações dos clientes, familiares e das coletividades. De fato, a prática e o saber especializado gozam de grande prestígio social, sendo marcadores de qualidade no cuidado pela população⁷.

Contraditoriamente, o cuidado especializado, concretamente, tem produzido uma provisoriedade na relação entre profissional e usuário¹¹. O olhar profissional fragmentado e o não estabelecimento do trabalho em equipe têm impactado negativamente a qualidade do cuidado. As pessoas não são atendidas por profissionais capazes de um cuidado integral e são expostas a inúmeros procedimentos nem sempre necessários⁷.

Essa provisoriedade entre os sujeitos dos cuidados em saúde (profissionais e usuários)

é também negativa para os profissionais. Se a complexificação dos objetivos de trabalho representa a ampliação da capacidade humana, ao mesmo tempo, distancia os agentes da totalidade/integralidade de tais sujeitos, sendo, portanto, produtora de processos reificantes e alienantes. A centralidade dos sujeitos no trabalho em saúde está sendo substituída pela prevalência do complexo médico-industrial, resultando na transformação dos instrumentos em fonte de subordinação a dinâmicas e estruturas sobre as quais os profissionais têm cada vez menos controle⁴⁵.

Crítérios para reconhecimento de uma especialidade profissional

Apenas os Conselhos Federais de Educação Física e de Nutrição apresentam explicitamente critérios para o reconhecimento de especialidades profissionais. Ambos destacam a complexidade e o acúmulo de conhecimentos específicos; a relevância profissional e social e um conjunto de técnicas e conhecimentos relacionados a intervenção/atuação profissional. Ambos também destacam a relevância e demandas sociais como critérios. O Conselho de Educação Física, particularmente, destaca, também, a existência de programa de treinamento teórico e prático, destacando a articulação entre o desenvolvimento de práticas e conhecimentos.

A Especialidade Profissional em Educação Física configura-se a partir do seguinte conjunto de critérios gerais, relevantes para a área de conhecimento e para a sociedade:

- I - complexidade e acúmulo do conhecimento específico para o exercício profissional com qualidade e segurança em um determinado campo de intervenção na área considerada;
- II - relevância profissional e demandas sociais definidas;
- III - programa de treinamento teórico e prático;
- IV - métodos e técnicas que propiciem aumento da eficiência e eficácia da intervenção profissional, segurança e conforto ao beneficiário³⁸.

São critérios para o reconhecimento de especialidades em Nutrição:

- I. constituir complexidade e acúmulo de conhecimentos técnico-científicos específicos que aprofunde competências de uma área da Nutrição;
- II. ter relevância epidemiológica e social; e
- III. representar o núcleo de conhecimentos de atuação de nutricionista³⁶.

Nos documentos dos demais conselhos, ainda que não de forma explícita, é possível identificar elementos que apontam para o reconhecimento de especialidades. O desenvolvimento técnico e científico é apresentado como principal justificativa pelo Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional: “Considerando a evolução técnica e científica da Fisioterapia/Terapia Ocupacional para atender a demanda da população”^{40,41}.

Os conselhos de Farmácia e Fonoaudiologia destacam a criação de uma especialidade como reconhecimento/certificação de profissionais que atuam em uma área específica.

A criação de uma especialidade surge do entendimento de que o profissional graduado, que atua em uma área específica, possa obter um rótulo que certifique sua proficiência e experiência perante o mercado de trabalho⁴³.

Os conselhos de Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional indicam que as especialidades podem ser reconhecidas “mediante solicitações fundamentadas de entidades, associações profissionais”^{40,41,43}.

O Conselho Federal de Psicologia⁴⁴ indica que a regulamentação de novas áreas de especialidade pode ocorrer a partir da existência de demandas sociais e de produções científicas que lhes deem sustentação.

Vê-se, portanto, que o desenvolvimento tecnológico de técnicas e conhecimentos científicos é indicado como principal fator que justifica o reconhecimento de novas especialidades. Para debate desses achados, será realizada uma conceituação das tecnologias na

saúde, uma localização quanto ao processo de incorporação tecnológica na área da saúde no capitalismo contemporâneo e a tensão entre a prioridade do discurso tecnológico e as necessidades sociais em saúde.

A tecnologia, enquanto atividade socialmente organizada, integra conhecimento científico e prático para a produção de bens e serviços, sendo central para o desenvolvimento capitalista⁴⁶. No campo da saúde, a tecnologia não se restringe a instrumentos, mas, também, aos saberes e às formas de organização do trabalho^{47,48}. Merhy e Franco⁴⁹ classificam as tecnologias em duras, leve-duras e leves, ressaltando que a assistência tem privilegiado as duas primeiras, reduzindo a importância das relações interpessoais no cuidado.

A evolução das práticas de saúde acompanha as transformações tecnológicas do capitalismo. A partir da década de 1960, no Brasil, a ‘medicina tecnológica’ consolidou-se com a incorporação progressiva de novos equipamentos hospitalares, promovendo uma estrutura assistencial altamente dependente de tecnologia e padronização dos serviços⁵⁰. Essa transição fortaleceu o papel das indústrias de insumos médicos, que passaram a influenciar decisivamente o modelo assistencial, aproximando-o de um regime de produção industrial, em que o conhecimento passa a ser operacionalizado de forma mecânica.

O capitalismo financeirizado contemporâneo expandiu essa lógica para os serviços de saúde. A redução do proletariado industrial foi acompanhada pela ampliação de trabalhadores do setor de serviços, onde a interseção entre trabalho produtivo e improdutivo se torna mais complexa. Para o capital, a expansão do trabalho morto, incorporado à tecnologia, é uma estratégia para aumentar a produtividade e reduzir custos, intensificando a extração de sobretrabalho⁵¹. No setor de saúde, a inserção tecnológica está diretamente ligada ao conceito de mais-valia relativa, uma vez que muitas inovações buscam reduzir o tempo necessário para a realização dos procedimentos e otimizar a alocação da força de trabalho⁵².

A indústria da saúde, que fornece equipamentos, insumos e serviços, tornou-se um setor estratégico para a acumulação de capital. Os serviços de saúde especializados impulsionam a demanda por novas tecnologias, estabelecendo um ciclo contínuo de consumo e dependência⁵³. Esse fenômeno não ocorre apenas na esfera privada: o setor público também se estrutura em torno dessas lógicas, garantindo mercado para a indústria de Meios de Trabalho (MT), o que gera distorções no modelo de atenção à saúde.

Apesar da hegemonia do modelo taylorista de gestão, observa-se, desde os anos 1980, influências da reestruturação produtiva nos serviços de saúde. Esse contexto tem favorecido a uberização do trabalho e a expansão de modelos de remuneração baseados em produção e procedimentos⁵⁴.

A justificativa para a incorporação tecnológica na saúde é amplamente baseada em ideais de eficácia, produtividade, eficiência e adequação, sustentados por discursos técnicos e políticos⁵⁰. Entretanto, a compreensão crítica da tecnologia exige a análise de suas dimensões históricas e sociais, considerando os impactos na relação entre trabalhadores, usuários e sistemas de saúde^{54,55}.

As necessidades em saúde devem ser entendidas na dialética entre o individual e o social, reconhecendo sua determinação histórica e manifestação subjetiva⁵⁶. Cecílio⁵⁷ propõe quatro grandes conjuntos de necessidades em saúde: condições de vida adequadas; acesso a tecnologias de saúde eficazes; formação de vínculos entre usuários e profissionais; e autonomia na condução da própria vida. Esses elementos devem ser centrais na orientação das práticas profissionais, deslocando a centralidade da tecnologia como fim em si mesma para uma perspectiva que priorize as demandas sociais e coletivas da saúde pública. Como visto, o acesso a recursos tecnológicos se apresenta como um dos aspectos das necessidades de saúde. As práticas de cuidado, os sistemas de saúde e, consequentemente,

o conjunto profissional devem se conformar tendo como critérios as necessidades individuais e coletivas.

Requisitos para obtenção do título de especialistas

Os autores indicam que as transformações nos processos gerenciais e tecnológicos no trabalho em saúde, associadas à centralidade da qualidade dos serviços, ao aumento da produtividade, à incorporação acelerada de tecnologias, à inovação constante e à crescente complexidade das práticas, passam a exigir, simultaneamente, maior especialização e integração dos conhecimentos⁴⁸. Nesse contexto, observa-se a necessidade de qualificação ampliada dos trabalhadores, especialmente no uso de equipamentos, ao mesmo tempo que se intensifica a segmentação do trabalho, com a coexistência de profissionais altamente qualificados – atuando na assistência, no apoio diagnóstico e terapêutico, na gestão e na produção tecnológica – e de trabalhadores terceirizados ou submetidos a vínculos precários⁴⁸. A seguir, apresentam-se os requisitos para o título de especialista, e debate-se a organização dos processos de qualificação profissional.

De maneira geral, os Conselhos Profissionais apresentam como pré-requisitos para obtenção dos títulos de especialistas a realização de cursos de pós-graduação e/ou a realização de provas de conhecimentos ou títulos. Aqueles que indicam a titulação a partir da realização de cursos de pós-graduação se dividem entre os que reconhecem a modalidade *lato sensu*, a *stricto sensu* ou ambas. Alguns indicam carga horária mínima e distribuição de horas entre carga horária teórica e prática (*quadro 1*). Os títulos também podem ser fornecidos diretamente por Associações/Sociedades Profissionais. Associada à pós-graduação e/ou à prova de títulos/conhecimentos, alguns conselhos também indicam a comprovação de experiência profissional na área/especialidade requerida.

Quadro 1. Requisitos para obtenção do título de especialista apresentados pelas Regulamentações dos Conselhos Profissionais

Profissão	Formações				Sociedades/ associações	Prova de títulos e/ou conhecimentos	Experiência profissional
	<i>Lato sensu</i>	<i>Stricto sensu</i>	Residência em saúde	Curso livre			
Enfermagem	Sim	Sim (modalidade de profissionalizante)	Sim	-	Sim (associadas a 3 anos de experiência)	Sim (realizadas por sociedades ou associações mediante edital)	Sim (mínimo de 3 anos nos casos de titulação concedida por sociedades e associações)
Biologia	-	-	-	-	-	-	Sim (registro no conselho por no mínimo 5 anos e experiência de 3 anos na área da especialidade)
Biomedicina	-	-	-	-	-	-	-
Educação Física	Sim	-	-	-	-	-	Sim (mínimo de 1 ano associado à especialidade)
Farmácia	Sim	-	-	Sim ¹	-	Sim	-
Terapia Ocupacional	Sim ²	Sim ²	Sim ³	-	-	Sim	-
Fisioterapia	Sim ²	Sim ²	Sim ³	-	-	Sim	-
Fonoaudiologia	Sim ⁴	Sim ²	Sim ²	-	Sim ⁵	Sim	Inscrição profissional regular nos últimos 3 anos consecutivos
Medicina Veterinária	Sim ⁶	Sim ⁶	Sim ⁶	-	-	Sim (prova de conhecimentos)	Sim (apresentação de memorial para realização da prova)
Nutrição	Sim ²	Sim ²	Sim ²	-	Sim	Sim	Sim (mínimo de 3 anos de inscrição no conselho como requisito para prova de títulos)
Odontologia	Sim	-	Sim ⁷	-	-	-	-
Psicologia	Sim	-	-	-	-	Sim	Sim (requisito associado à pós-graduação)

Fonte: elaboração própria.

¹ Curso ofertado por instituição não educacional, com certificação de competências profissionais, sem caráter acadêmico.

² Pontuação considerada na prova de títulos.

³ Residências uni e multiprofissionais aceitas para titulação automática como especialidade.

⁴ Confere diretamente o título de especialista para cursos de pós-graduação com carga horária mínima de 500 horas, sendo pelo menos 25% de atividades práticas.

⁵ Título emitido por entidade conveniada ao conselho profissional.

⁶ Critério para realização de prova de conhecimentos específicos.

⁷ Residências uniprofissionais com titulação reconhecida; residências multiprofissionais apenas em Saúde Coletiva.

A qualificação dos trabalhadores da saúde é impactada pelo modelo de parcelamento e especialização do trabalho, característico

do capitalismo contemporâneo. Isso resulta em uma ‘simplificação complexificadora’, na medida em que o trabalhador adquire

formação ampla, mas limitada a fragmentos da realidade ligados à sua prática⁶. A separação entre trabalho manual e intelectual se amplia, exigindo novas competências para atuação coletiva e cooperação interprofissional. A crescente incorporação tecnológica e a institucionalização do trabalho impõem a necessidade de unidades produtivas amplas e interdependentes⁴⁸.

Além disso, a responsabilidade pela qualificação recai sobre os trabalhadores, que buscam especialização como forma de diferenciação no mercado e aumento salarial. A segmentação da qualificação amplia as oportunidades de atuação, respondendo à saturação do mercado de trabalho. A especialização é vista como um caminho para sucesso, maior renda e prestígio social, sendo impulsionada por necessidades sociais e pelo mercado⁵⁸.

Ressalta-se a importância de analisar os impactos dessas transformações sobre as ofertas educativas, destacando que a crescente demanda por aprimoramento contínuo e especializado em diversas técnicas no campo da saúde pode favorecer processos de mercantilização da educação. Esse cenário tende a produzir formações menos críticas, reflexivas e com menor compromisso social⁵⁸.

Na análise dos documentos, os Conselhos de Enfermagem, Psicologia, Educação Física, Farmácia e Odontologia reconhecem cursos *lato sensu* (em sua maioria, denominados de curso de especialização) como critério para obtenção do título de especialista. Apenas Enfermagem indica a pós-graduação *stricto sensu* como critério para obtenção do título de especialistas. Para Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutrição e Fonoaudiologia, os cursos de pós-graduação (*lato* e *stricto sensu*) são pontuados nas provas de títulos para obtenção do título de especialistas. Para Medicina Veterinária, a pós-graduação apresenta-se como um pré-requisito para realização da prova de conhecimentos. O Conselho Federal de Farmácia indica a realização de cursos livres ofertados por instituição não educacional, que certifica competências no

âmbito profissional, sem caráter acadêmico, como possibilidade para reconhecimento de especialidade profissional.

Os cursos de pós-graduação *lato sensu* são regulamentados pelo Ministério da Educação (MEC) e devem possuir duração mínima de 360 horas, podendo ser oferecidos por instituições de educação superior devidamente credenciadas. Em parecer do ano de 2017, o MEC extinguiu o credenciamento especial de instituições não educacionais – conselhos de classe, sindicatos, organizações profissionais – para a oferta de cursos de especialização (pós-graduação *lato sensu*)⁵⁹.

Os primeiros anos do século XXI testemunham o crescimento desordenado da oferta e da demanda por cursos *lato sensu* em todas as áreas do conhecimento. Esse aumento é impulsionado pela facilidade legal na criação de instituições que oferecem especializações. Na rede privada, a busca de especialização é intensa, visando à requalificação profissional e uma vantagem competitiva no mercado de trabalho, com a acumulação de créditos obtidos nos currículos⁶⁰.

Em consulta ao Sistema e-MEC, do MEC, foram identificados 46.985 Cursos de Especialização ativos na área de ‘saúde e bem-estar’. Desses, 1.600 estão vinculados a instituições públicas de ensino, municipais, estaduais ou federais⁶¹. Tais números revelam a apropriação do mercado educacional pela formação de especialistas no Brasil.

A despeito de tais indicativos, estudos apontam que, na área da saúde, os cursos de pós-graduação *stricto sensu*, na saúde, e *lato sensu*, particularmente, na área de saúde coletiva/saúde da família, apresentam-se como uma estratégia de desenvolvimento e fortalecimento do SUS. Em meio à implementação de novos paradigmas de cuidados de saúde, é crucial capacitar especialistas para incorporar a introdução de novas práticas. Simultaneamente, diante das transformações no perfil epidemiológico da população brasileira, caracterizadas pelo aumento da longevidade e pela redução das taxas de natalidade, a formação

de especialistas em saúde da família desempenha um papel dual. Por um lado, alinha-se à dinâmica educacional de nível superior e ao avanço da ciência e da tecnologia; por outro lado, concentra-se no aprimoramento do conhecimento e do compromisso ético-político com o SUS em níveis nacional e local⁶².

As residências em saúde são indicadas, explicitamente, como modalidades de formação de especialistas para apenas 6 (seis) profissões. Para Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Odontologia e Enfermagem, a realização de residências em saúde é considerada condição ‘automática’ para reconhecimento do título de especialista.

No caso de Terapia Ocupacional e da Fisioterapia, foi possível identificar que, primeiramente, foi publicada uma resolução que reconhecia a residência uniprofissional, em 2020, nas respectivas profissões, e, apenas dois anos depois, outra resolução reconheceu as residências multiprofissionais. Para Odontologia, as residências uniprofissionais são as reconhecidas e devem se enquadrar nas denominações das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia. Para essa profissão, “os cirurgiões-dentistas egressos de residências multiprofissionais somente farão jus ao registro e inscrição na especialidade de Saúde Coletiva”³⁷. No caso da enfermagem,

A modalidade de Residência em Enfermagem terá registro no Conselho Regional de Enfermagem, nos moldes de Especialidade, desde que esteja enquadrada nas grandes áreas de abrangência⁶³.

As Residências em Saúde são caracterizadas como uma modalidade de formação em serviço fundamentada na centralidade do trabalho no processo formativo. Nessa perspectiva, compreender o trabalho como princípio educativo implica reconhecer seu caráter formador, evidenciando sua capacidade de produzir meios de vida – materiais e simbólicos –, bem como de gerar conhecimento e sociabilidade⁶⁴. São

compreendidas como o padrão de ouro na formação de especialistas em saúde por, além de terem uma carga horária extensa, associarem a dimensão teórica ao desenvolvimento da atuação profissional, diferentemente das especializações *lato sensu*. A formação em serviço possui o potencial de transferir para o núcleo profissional a compreensão das necessidades de saúde, a partir de práticas interprofissionais e conhecimentos transdisciplinares²⁵.

A regulamentação dessa modalidade de formação acontece pela Lei Federal nº 11.129/2005, que institui a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. Constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente, em áreas prioritárias do SUS⁶⁵.

Assim, diferentemente das especializações *lato sensu*, que são reguladas pelo Conselho Nacional de Educação⁶⁶, as residências em saúde se desenvolvem em articulação entre a educação e o setor saúde. A condução pelo Ministério da Saúde, inclusive enquanto principal financiador dos programas, apresenta-se como fundamental para que os interesses do mercado educacional sejam enfrentados a partir da prioridade do SUS no que se refere à formação profissional.

Considerações finais

Ao realizar uma caracterização da regulamentação dos conselhos profissionais, o estudo propôs um mapeamento do movimento de especialização profissional na saúde. Considerando o amplo número de documentos analisados, não foi possível um aprofundamento dos movimentos de cada profissão, particulares em seus caminhos históricos, mas a identificação de aspectos comuns.

Identificou-se que a tendência de criação de especialidades profissionais na saúde é comum a todas as profissões. Apenas o Serviço Social e a Saúde Coletiva não apresentam regulamentações nesse sentido. Assim, se na primeira metade do século XX, viu-se um movimento de delimitação de novos campos profissionais, na apropriação de práticas e saberes antes atribuídos à medicina, vê-se, atualmente, o movimento de criação de especialidades no interior dessas ‘novas’ profissões. O desenvolvimento tecnológico e a delimitação de novos campos específicos de saberes e práticas apresentam uma relação recíproca.

Apesar de ser um movimento presente em todas as profissões, parece ocorrer sem uma referência comum e com uma fragilidade na conceituação do que é uma especialidade profissional. Apenas os Conselhos de Fonoaudiologia, Educação Física, Nutrição e Odontologia apresentam uma definição de especialidade. Associado ao aspecto anterior, identificou-se que apenas dois conselhos apresentam critérios para reconhecimento de novas especialidades profissionais.

Tais achados relacionam-se ao caráter autorregulatório da regulação profissional no Brasil. Cada corporação apresenta alto grau de autonomia no reconhecimento das áreas de atuação profissional. O movimento de especialização profissional não se apresenta integrado à política de saúde e à regulação estatal. As poucas definições quanto ao conceito de especialidade e de critérios para o seu reconhecimento aparentam estar relacionadas a interesses particulares das corporações, como a delimitação de mercados de atuação, influenciados por aspectos como o desenvolvimento tecnológico e o mercado educacional. Destaca-se que em nenhum dos documentos analisados o SUS é mencionado como referência orientadora do desenvolvimento de especialidades.

Também não foram identificados mecanismos de integração entre as profissões. O trabalho interprofissional se apresenta como

diretriz estratégica na reorientação do cuidado em saúde. Contudo, nas regulamentações, identifica-se que, mesmo com especialidades comuns a mais de uma categoria, não estão previstas diretrizes que identifiquem para o trabalho integrado e nem direcionamento comum no reconhecimento das especialidades.

No que se refere aos processos educativos referentes à formação de especialistas, esses estão relacionados à formação em nível de pós-graduação *lato sensu*, majoritariamente articuladas ao mercado privado. Contudo, identificou-se um movimento de reconhecimento das residências em saúde como modalidade de formação de especialistas por seis conselhos. Tal achado pode indicar uma permeabilidade da regulação profissional às políticas de saúde. As residências em saúde são modalidades de formação de especialistas orientadas pelo e para o SUS.

As recomendações deste estudo apontam para aspectos políticos, sociais e científicos. Politicamente, faz-se necessário o desenvolvimento de instâncias e mecanismos que fortaleçam a regulação estatal das profissões. Considerando as necessidades sociais de saúde, o trabalho em saúde apresenta-se como resposta social, devendo, assim, pautar-se nas políticas sociais, e não apenas responder aos interesses corporativos e do capital. No que se refere à formação profissional para a saúde, indicam-se as residências em saúde como orientadoras principais das especialidades profissionais. Estudos subsequentes podem contribuir para a proposição de definições e modelos de orientação às especialidades em saúde.

Contribuições de autoria

Felipe DA (0000-0003-2364-2842)* contribuiu para o desenvolvimento conceitual, metodológico e a escrita do manuscrito. Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)* contribuiu para o desenvolvimento conceitual, metodológico e a revisão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Freire P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
2. Aith FMA. A regulação do trabalho em saúde em tempos complexos e instáveis. *Saúde Soc.* 2023;32:e230093pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230093pt>
3. Machado MH, Oliveira ES, Lemos WR, et al. Mercado de trabalho e processos regulatórios: a enfermagem no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(1):101-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019>
4. Pimenta AL. Identidade profissional da enfermagem: uma construção à luz da sociologia das profissões [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
5. Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo: EDUSP; 2019.
6. Gomes RM. As mudanças no mundo do trabalho e a qualificação do trabalho em saúde [dissertação na Internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006 [acesso em 2024 mar 17]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/18085>
7. Girardi SN, Pierantoni CR, Dal Poz MR, et al. Um breve excuro a aspectos históricos e conceituais em torno à gênese e ao desenvolvimento das especialidades médicas [Internet]. In: Girardi SN, Carvalho, CL, Seixas PFÂ, et al., organizadores. *Especialidades médicas no Brasil: formação e mercado de trabalho.* Rio de Janeiro: Cebes; 2022 [acesso em 2024 mar 17]. p. 37-62. Disponível em: https://trabalhoe-nsaude.com.br/wp-content/uploads/2022/11/Especialidades_Medicas-web-1.pdf
8. Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2015.
9. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Reforma administrativa e os trabalhadores do SUS. Nota técnica nº 213 [Internet]. São Paulo: DIEESE; 2019 [acesso em 2025 fev 23]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/anuario/2018/AnuarioSUS.html>
10. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. In: Pires D, organizador. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.* 2ª ed. São Paulo: Annablume; 2018. p. 253.
11. Gomes RM. Humanização e desumanização no trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
12. Peduzzi M, Agreli HF, Silva MC, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab educ saúde.* 2020;18:e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
13. Ceccim RB, Pinto LF, Lima VV, et al. *EnSiQlopédia das residências em saúde* [Internet]. Porto Alegre: Rede Unida; 2018 [acesso em 2024 mar 19]. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>
14. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu).* 2016;20(56):185-97. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2021 set 20]. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf
16. Falcão M, Aith FM. Regulação e trânsito de profissões de saúde na União Europeia [Internet]. In: Aith FM, Balbinot RA, Ventura D, et al., organizadores. *Regulação das profissões de saúde no Brasil e em perspectiva comparada.* São Paulo: Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário; 2020 [acesso em 2021 set 20]. p. 426-7. Disponível em: https://napdisa.prp.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/Regulacao_Profissoes_Saude_VFF_2.pdf

17. Aith FM, Dallari SG, Ventura D. Regulação do exercício de profissões de saúde: fragmentação e complexidade do modelo regulatório brasileiro e desafios para seu aperfeiçoamento. *Rev Direito Sanit.* 2018;19(2):198-218. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i2p198-218>
18. Mahat A, Dhillon IS, Benton DC, et al. Health practitioner regulation and national health goals. *Bull World Health Organ.* 2023;101(9):595-604. DOI: <https://doi.org/10.2471/blt.21.287728>
19. Ramos A. O papel dos conselhos de fiscalização profissional e sua importância para a sociedade [Internet]. [local desconhecido]: CREF12/PE; 2016 [acesso em 2024 mar 17]. Disponível em: <https://www.cref12.org.br/wp-content/uploads/2022/04/O-papel-dos-Conselhos.pdf>
20. Favieiro CP. Conselhos profissionais de saúde e suas transformações, a partir da nova Constituição: um estudo comparado entre os Conselhos de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina [dissertação na Internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007 [acesso em 2024 mar 19]. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/4743/1/390298.pdf>
21. Adams TL. Health professional regulation in historical context: Canada, the USA and the UK (19th century to present). *Hum Resour Health.* 2020;18(1):72. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00501-y>
22. Girardi S. A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina [Internet]. [local desconhecido]: [ESPM-Nescon]; [data desconhecida] [acesso em 2024 mar 19]. 52 p. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Publicacoes/A%20regula%C3%A7%C3%A3o%20dos%20RHS%20e%20as%20reformas%20do%20setor%20sa%C3%BAde%20em%20pa%C3%ADses%20da%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf>
23. Lemmens T, Ghimire KM. Regulação das profissões de saúde em Ontário: autorregulação com responsabilização pública baseada em estatutos legais. *Rev Direito Sanit.* 2019;19(3):124-204. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i3p124-204>
24. Machado MH. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico [Internet]. In: Machado MH, organizador. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995 [acesso em 2024 mar 17]. p. 13-33. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t4ksj>
25. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(3):266-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000300009>
26. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2011.
27. Pinto HA, Andreazza R, Ribeiro RJ, et al. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. *Interface (Botucatu).* 2019;23(Supl 1):e170960. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0960>
28. Castro JV, Balbinot RAA. Panorama jurídico institucional das especialidades médicas no Brasil [Internet]. In: Aith F, Balbinot RA, Ventura D, et al., organizadores. Regulação das profissões de saúde no Brasil e em perspectiva comparada [Internet]. São Paulo: Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário; 2020 [acesso em 2021 set 20]. p. 57-79. Disponível em: https://napdisa.prp.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/Regulacao_Profissoes_Saude_VFF_2.pdf
29. Júnior EBL, Figueiredo MA, Lins LAA, et al. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. *Cad FUCAMP [Internet].* 2021 [acesso em 2024 mar 17];20(44):36-51. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2356>
30. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
31. Franco MLPB. Análise de conteúdo. Campinas: Autores Associados; 2020.

32. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. Reconhece como profissionais de saúde de nível superior as categorias que menciona [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1997 mar 7 [acesso em 2026 maio 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html
33. Presidência da República (BR). Lei nº 14.725, de 2023. Regula a profissão de sanitarista [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 nov 17 [acesso em 2026 maio 1]; Edição 218; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14725.htm
34. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BR). Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 abr 16 [acesso em 2026 maio 1]; Edição 73; Seção I:24-5. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRM-002-2012-04-13.pdf>
35. Conselho Federal de Fonoaudiologia (BR). Resolução CFFa nº 320, de 17 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 mar 17 [acesso em 2024 mar 17]; Edição 53; Seção I:126. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes.html/CFFa_N_320_06.htm
36. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução CFN nº 689, de 4 de maio de 2021. Regulamenta o reconhecimento de especialidades em nutrição e o registro, no âmbito do Sistema CFN/CRN, de títulos de especialista de nutricionistas [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2021 maio 5 [acesso em 2024 mar 17]; Edição 83; Seção I:163-4. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_689_2021.html
37. Conselho Federal de Odontologia (BR). Resolução CFO nº 177, de 7 de novembro de 2016. Baixa norma sobre registro e inscrição do título de especialista, mediante a apresentação de certificado obtido em programas de residência odontológica uniprofissional e multiprofissional [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 nov 21 [acesso em 2024 mar 17]; Edição 222; Seção I:128-9. Disponível em: <https://transparencia.cfo.org.br/ato-normativo/?id=2389>
38. Conselho Federal de Educação Física (BR). Resolução CONFEF nº 255, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre especialidades profissionais em educação física [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jul 16 [acesso em 2024 mar 17]; Edição 135; Seção I:70-1. Disponível em: <https://www.confef.org.br/confef/resolucoes/327>
39. Conselho Federal de Biologia (BR). Resolução CFBio nº 674, de 8 de dezembro de 2023. Dispõe sobre normas e procedimentos relativos à atuação profissional, para a concessão do título de especialidade profissional – TEP [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 dez 21 [acesso em 2024 mar 19]; Seção I. Disponível em: <https://cfbio.gov.br/2023/12/21/resolucao-no-674-de-8-de-dezembro-de-2023/>
40. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Resolução COFFITO nº 377, de 11 de junho de 2010. Dispõe sobre as normas e procedimentos para o registro de títulos de especialidade profissional em fisioterapia e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010 jul 14 [acesso em 2024 mar 17]; Edição 133; Seção I:921-3. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3140>
41. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BR). Resolução COFFITO nº 378, de 11 de junho de 2010. Dispõe sobre as normas e procedimentos para o registro de títulos de especialidade profissional em terapia ocupacional e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010 jul 14 [acesso em 2024 mar 17]; Edição 133; Seção I:923-4. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3141>
42. Conselho Federal de Biomedicina (BR). Habilitações [Internet]. Brasília, DF: Conselho Federal de Biomedicina; 2023 [acesso em 2024 mar 19]. Disponível em: <https://cfbm.gov.br/profissionais/habilitacao/>

43. Conselho Federal de Farmácia (BR). Resolução CFF nº 580, de 29 de agosto de 2013. Dispõe sobre os procedimentos e critérios necessários para o registro da certificação de título de especialista concedido por instituição de ensino superior credenciada pelo Ministério da Educação [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 set 5 [acesso em 2024 mar 17]. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/580.pdf>
44. Conselho Federal de Psicologia (BR). Resolução nº 3, de 16 de março de 2022. Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas; reconhece as especialidades da psicologia e revoga resoluções anteriores. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2022 mar 18 [acesso em 2024 mar 20]; Edição 53; Seção I:193. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-3-de-16-de-marco-de-2022-386760566>
45. Gomes RM, Schraiber LB. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. Interface (Botucatu). 2011;15(37):339-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200002>
46. Cattani AD, Holzmann L, organizadores. Dicionário de trabalho e tecnologia. Porto Alegre: Zouk; 2011.
47. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
48. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trab Educ Saúde. 2003;1(1):75-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462003000100007>
49. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Saúde Debate [Internet]. 2003 [acesso em 2024 mar 17];27(65):316-23. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033>
50. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica [Internet]. In: Ayres JR, Santos L, organizadores. Saúde, sociedade e história: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida; 2017 [acesso em 2024 mar 17]. p. 192-250. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/Saude-SociedadeeHistoria.pdf>
51. Antunes R. O privilégio da servidão. São Paulo: Boitempo; 2020.
52. Lima Junior P, Deconto DCS, Andrella Neto R, et al. Marx como referencial para análise de relações entre ciência, tecnologia e sociedade. Ciênc Educ (Bauru). 2014;20(1):175-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-731320140010011>
53. Nogueira RP, Gomes RM. Capitalismo e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
54. Souza DO. Cuidado em saúde e alienação: relação mediada pela tecnologia. Interface (Botucatu). 2021;25:e200776. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200776>
55. Frigotto G. Tecnologia. In: Cattani AD, Holzmann L, organizadores. Dicionário de trabalho e tecnologia. Porto Alegre: Zouk; 2011. p. 391-7.
56. Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde) [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
57. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde [Internet]. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS Abrasco; 2001 [acesso em 2024 mar 17]. p. 113-26. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3910891/mod_resource/content/2/L

aula5.grupo1_Necessidades_saude_conceito_estruturante_luta_integralidade_equidade_CECILIO.pdf

58. Gomes D, Ramos FRS. A subjetividade do profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética e especialização. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(2):451-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00050>
59. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2007 jun 8 [acesso em 2024 mar 17]; Seção I:9. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf
60. Nunes TCM, Fagundes TLQ, Soares CLM. Os cursos lato sensu na formação em saúde coletiva: evolução histórica e desafios contemporâneos [Internet]. In: Lima NT, Santana JP, Paiva CHA, organizadores. *Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015 [acesso em 2024 mar 17]. p. 151-68. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q4gzb/pdf/lima-9788575415900-09.pdf>
61. Ministério da Educação (BR), Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Cadastro Nacional de Instituições e Cursos de Educação Superior (e-MEC) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Educação; [data desconhecida] [acesso em 2024 mar 29]. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/emec/nova>
62. Minayo MCS. Desempenho da pós-graduação em saúde coletiva e desenvolvimento do SUS: existe relação? *Saúde Soc*. 2022;31(3):e220011pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022220011pt>
63. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 581, de 2018. Atualiza no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem os procedimentos para registro de títulos de pós-graduação lato e stricto sensu concedidos a enfermeiros [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 [acesso em 2026 maio 1]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018/>
64. Ciavatta M. Trabalho como princípio educativo [Internet]. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008 [acesso em 2024 mar 19]. p. 408-14. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>
65. Presidência da República (BR). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2005 jul 1 [acesso em 2024 mar 19]; Seção I:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm
66. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 1, de 6 de abril de 2018. Estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação lato sensu denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 abr 9 [acesso em 2024 mar 19]; Seção I:43. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=85591-rces001-18&category_slug=abril-2018-pdf&Itemid=30192

Recebido em 23/05/2025

Aprovado em 05/06/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis em repositório de dados (<https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.FUODNB>)

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com