

Desigualdades regionais, informalidade e a distribuição dos Conselhos Locais de Saúde no Brasil: evidências do segundo ciclo do PMAQ-AB

Regional inequalities, informality, and the distribution of Local Health Councils in Brazil: evidence from the second cycle of the PMAQ-AB

Desigualdades regionales, informalidad y distribución de los Consejos Locales de Salud en Brasil: evidencias del segundo ciclo del PMAQ-AB

Rodrigo Silveira Pinto

Doutor em Ciências Farmacêuticas; Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: rodrigospinto@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1053-9926

Frederico Viana Machado

Doutor em Psicologia; Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação e do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: frederico.viana@ufrgs.br; ORCID: 0000-0002-8884-1124

Maurício Schüler Nin

Doutor em Ciências de Saúde; Professor adjunto de Farmacologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA); Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: mauricio.schuler@ufcspa.edu.br.com; ORCID: 0000-0002-0441-8223

Alcindo Antônio Ferla

Doutor em Educação, Professor Associado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: ferlaalcindo@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9408-1504

Mauro Silveira de Castro

Doutor em Ciências Médicas; Professor Aposentado do Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: decastro.mauro@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4374-458X

Contribuição dos autores: RSP e FVM contribuíram para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. MSN atuou na análise dos dados e na revisão crítica da descrição dos resultados. AAF atuou na concepção do estudo, análise de dados e revisão do texto final. MSC atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 09/02/2026

Aprovado em: 14/05/2026

Editor responsável: Roger Flores Ceccon

Resumo: Objetivo: Descrever a distribuição da Participação da Comunidade na Atenção Básica no Brasil. **Método:** Estudo transversal quantitativo, utilizando o banco de dados da avaliação externa respondida por equipes de saúde da família, saúde bucal e usuários de Unidades de Saúde participantes do Segundo Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Extraíu-se o banco de dados público. Organizaram-se as respostas das equipes e dos usuários sobre a existência de Conselhos Locais de Saúde (CLS) em três categorias distintas. Trataram-se os dados organizando por estratos de região do Brasil e tipos de cidade. Foi aplicada estatística descritiva, com frequências absoluta e relativa. **Resultados:** Participaram do Segundo Ciclo do PMAQ-AB 30.523 equipes, correspondendo a 41,51% do total, das quais 29.778 (97,56%) responderam a avaliação externa e 114.615 usuários de 5.042 municípios. Entre as equipes, a existência de CLS com documento de registro foi de 33,20%, a existência de CLS sem documento, 23,39%, e a não existência de CLS, 43,41%. Entre os usuários, os que sabiam da existência de CLS eram 20,03%, os que sabiam que não existia CLS em sua US somavam 31,21%, e os que não souberam responder foram 48,70%. A distribuição não foi uniforme entre as regiões e tipos de cidades. **Conclusões:** A presença de CLS ou instância equivalente ainda não é uma realidade em grande parte das equipes participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB, excetuando as capitais do Sul e Sudeste. O desconhecimento dos usuários sobre esses arranjos é prevalente em todas as regiões do Brasil.

Palavras-chave: Participação da Comunidade; Atenção Básica à Saúde; Avaliação em Saúde.

Abstract: Objective: To describe the distribution of Community Participation in Primary Health Care (PHC) in Brazil. **Method:** A quantitative cross-sectional study was conducted using the external evaluation database from the Second Cycle of the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). Responses from health teams and users regarding the existence of Local Health Councils (LHC) were analyzed. Data were stratified by Brazilian region and city type using descriptive statistics. **Results:** The study analyzed 29,778 teams and 114,615 users from 5,042 municipalities. Among teams, 33.20% reported an LHC with documentation, 23.39% an LHC without documentation, and 43.41% reported the absence of

an LHC. Among users, only 20.03% were aware of an LHC, 31.21% stated none existed, and 48.70% did not know. The distribution was uneven across regions and city types. **Conclusions:** The presence of an LHC is not yet a reality for a large proportion of teams, except in South and Southeast capitals. Furthermore, users lack of knowledge regarding these participation mechanisms is prevalent throughout Brazil.

Keywords: Community Participation; Primary Health Care; Health Evaluation.

Resumen: Objetivo: Describir la distribución de la Participación Comunitaria en la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil. **Método:** Estudio transversal cuantitativo utilizando la base de datos de evaluación externa del Segundo Ciclo del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB). Se analizaron las respuestas de equipos de salud y usuarios respecto a la existencia de Consejos Locales de Salud (CLS). Los datos fueron procesados por estratos de región y tipo de ciudad, utilizando estadística descriptiva. **Resultados:** Se analizaron 29.778 equipos y 114.615 usuarios de 5.042 municipios. Entre los equipos, el 33,20% reportó un CLS con documentación, el 23,39% un CLS sin documentación y el 43,41% la ausencia de CLS. Entre los usuarios, el 20,03% conocía la existencia de un CLS, el 31,21% afirmó que no existía y el 48,70% no supo responder. La distribución no fue uniforme entre las regiones. **Conclusiones:** La presencia de un CLS no es una realidad para gran parte de los equipos, excepto en capitales del Sur y Sudeste. Asimismo, la falta de conocimiento de los usuarios sobre estos mecanismos prevalece en todo Brasil.

Palabras clave: Participación de la Comunidad; Atención Primaria de Salud; Evaluación en Salud.

INTRODUÇÃO

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são espaços de participação social vinculados aos serviços de saúde, principalmente de Atenção Básica à Saúde (ABS), como as Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e Estratégias de Saúde da Família (para este conjunto de equipamentos sociais vamos utilizar a sigla US, doravante denominadas Unidades de Saúde). Em Hospitais os conselhos de participação de usuários geralmente se chamam Conselhos

Gestores e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) as instâncias de participação podem se chamar Conselho Local de Saúde ou Conselho Gestor. Estes espaços participativos têm como característica capilarizar a participação nos territórios, aprofundando o processo participativo e o envolvimento dos usuários nas decisões relacionadas ao funcionamento dos serviços. Os conselhos locais de saúde não são necessariamente deliberativos e exigem uma articulação com o Conselho Municipal de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde são criados para que usuários, trabalhadores e gestores possam se reunir e discutir os problemas e prioridades de saúde de cada território. Sua criação é incentivada como uma aposta para desburocratizar, ampliar e renovar a participação dos usuários em suas bases territoriais, mais sensível às necessidades em saúde e aos problemas apresentados pelos serviços.

A literatura ressalta a importância da participação da comunidade na ABS, o que indica a relevância dos CLS. A Participação da Comunidade é um dos fatores para a descentralização do sistema de saúde, sendo um dos pilares para constituir a governança da ABS¹. Quando efetiva, garante melhora e manutenção de resultados em saúde^{2,3}. A comunidade envolvida com os serviços de saúde pode auxiliar na identificação de problemas do território, definir e auxiliar na execução das intervenções necessárias, gerenciar recursos e avaliar os resultados das ações⁴.

A demanda por investimentos na instalação de CLS é antiga e tem retornado diversas vezes à arena nas Conferências Nacionais de Saúde e na atuação do Conselho Nacional de Saúde. A 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, já apontava em seu texto final a meta de fortalecer os Conselhos Municipais e estimular a criação dos CLS, prevendo autonomia estrutural, eleições democráticas, paridade entre segmentos e capacitação dos conselheiros. Uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica é a participação e o controle social nas UBS, atribuindo aos municípios a responsabilidade de implementar arranjos locais de participação. Recentemente, a 17ª CNS também inclui como meta o fortalecimento e a criação de CLS nas UBS de todo o Brasil. Em resposta a esta meta e considerando os desafios já identificados para a instalação dos CLS, o Conselho Nacional de Saúde criou a campanha ***Aqui tem Conselho Local de Saúde***.

Apesar de existir antes da implantação do SUS⁵ e ter sido motor da Reforma Sanitária⁶, apenas a partir de 2003 o Governo Federal passou a investir em mecanismos de participação e consulta popular na ABS⁷. Uma das estratégias para fortalecimento das ações foi a necessidade de investimento nos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Os CLS foram tomados como uma aposta para desburocratizar, ampliar e renovar as possibilidades de relação com o usuário no campo da saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) recomenda especificamente que cada US forme um conselho ou colegiado constituído de gestores locais, profissionais e usuários dessa unidade para, com isso, auxiliarem em sua própria gestão⁸.

Mesmo com todos os esforços realizados, a evidência sobre a efetivação dessa política em nível nacional ainda é escassa. Artigos sobre o assunto abordaram aspectos históricos da construção da política de participação local⁹ ou analisaram estudos primários sobre a temática¹⁰, mas não conseguiram traçar um panorama nacional da realidade dos CLS no Brasil. Ao contrário dos Conselhos Municipais, onde estudos já apontaram sua instalação quase na totalidade dos municípios brasileiros, não sabemos quão disseminados os CLS estão nas US. Miwa *et al.*¹¹ nomearam a disparidade entre o papel idealizado e a realidade operacional como a “presença invisível dos CLS”, pois, embora esses conselhos existam formalmente como um mecanismo institucional de participação da comunidade no SUS, sua atuação e impacto permanecem pouco visíveis ou reconhecidos na prática.

Deste modo, o presente artigo tem como objetivo descrever a distribuição da Participação da Comunidade na Atenção Básica à Saúde no país. Descreveremos a implantação dos CLS, observando diferenças regionais, a institucionalização por meio de registros e o conhecimento por parte dos usuários. Utilizaremos dados quantitativos do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, realizado em 2015.

METODOLOGIA

Estudo transversal quantitativo, utilizando o banco de dados dos resultados da avaliação externa do segundo ciclo (2014-2015) do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), que estão disponíveis para acesso público¹². Esse programa induziu o aprimoramento

das ações e serviços da ABS no país, provocando mudanças nas práticas de gestores e profissionais da saúde, e uma forma de comparar diferentes realidades e desafios vivenciados pelas equipes de saúde. Os municípios que aderiram ao PMAQ deveriam contratualizar compromissos e indicadores entre as equipes participantes, gestores e o Ministério da Saúde, e aqueles que têm equipes certificadas receberiam um incentivo financeiro, que seria repassado conforme o número de equipes contratualizadas e seu desempenho¹³.

Dar-se-á especial atenção à avaliação externa desse processo. Nessa etapa, observadores – capacitados por instituições de ensino e pesquisa – visitaram as equipes participantes que foram indicadas pelos gestores para serem avaliadas. Na visita, avaliaram a infraestrutura e condições de funcionamento das US, entrevistaram usuários e profissionais da equipe e verificaram documentos comprobatórios¹⁴. O instrumento de avaliação externa foi constituído de módulos. Os módulos II e III foram relacionados à entrevista com profissionais das equipes de saúde e usuários do sistema. Destacam-se os itens “II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário” e o item “III.24 - Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários”, onde se afere o conhecimento de profissionais e usuários sobre a existência da estrutura necessária para inclusão dos usuários na tomada de decisão e nos canais de troca de informação existentes.

Cada equipe participante teve um de seus profissionais de nível superior entrevistados. Quanto aos usuários, foi realizada entrevista com quatro usuários de cada US que estavam presentes no dia da visita dos pesquisadores, sendo excluídos aqueles que estavam na unidade pela primeira vez ou que não a frequentavam há mais de 12 meses. Usuários e profissionais foram questionados sobre a existência de Conselho Local de Saúde ou instância equivalente, e diante de resposta positiva dada por profissional de saúde, foi solicitada a apresentação de algum documento que comprovasse sua existência.

Para organização do banco de dados, primeiramente houve a extração das planilhas diretamente do sítio eletrônico do programa¹². Foi realizado um primeiro tratamento dos dados, estratificando as US conforme a hierarquia

urbana: 1) capitais e Distrito Federal, 2) regiões metropolitanas, 3) municípios com mais de 80 mil habitantes com níveis baixos de receita per capita e alta vulnerabilidade social (G100), 4) municípios com 20% ou mais pessoas vivendo em extrema pobreza e 5) demais localidades¹⁶. Esta estrutura foi selecionada pensando os diferentes níveis de influência, subordinação e intensidade dos fluxos regionais¹⁷. Após esse primeiro tratamento, agruparam-se esses estratos por região do Brasil.

Após a geração do banco primário, as respostas foram agrupadas e geraram as variáveis de estudo analisadas no presente artigo, sendo para os profissionais da saúde: 1) afirmou existir CLS ou equivalente e apresentou documento comprobatório; 2) afirmou existir CLS ou equivalente e não apresentou documento comprobatório; 3) afirmou não existir CLS ou equivalente. No caso dos usuários as respostas foram apresentadas como as seguintes variáveis: 1) existe CLS ou equivalente; 2) não existe CLS ou equivalente; 3) não sabe se existe ou não soube responder.

Para avaliar o padrão da distribuição das equipes participantes, os dados foram comparados com o número de estabelecimentos de ABS (Centro de Apoio à Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde, Unidade Mista, Unidade Móvel Fluvial e Unidade Móvel terrestre) existentes por meio do aplicativo TABNET do Ministério da Saúde¹⁷, e a estimativa da população brasileira de dezembro de 2014¹⁸.

Utilizaram-se ferramentas de análise estatística descritiva por meio da determinação de frequência absoluta e relativa. O banco de dados foi construído utilizando o programa Microsoft Excel para a geração de estatísticas descritivas. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovado sob o número 58781116.7.0000.5347.

RESULTADOS

A avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB compreendeu uma população de 30.523 equipes de saúde e 114.615 usuários dos serviços de saúde provenientes de 5042 municípios. Não houve perda de informações dos usuários, enquanto 745 (2,44%) profissionais não puderam ser entrevistados. A Tabela 1 apresenta a distribuição das equipes participantes

Tabela 1. Comparação entre equipes participantes da Avaliação Externa do PMAQ com a população e Unidades de Saúde da ABS

Região	População*	Unidades de Saúde*	Equipes de ABS**	Equipes participantes	Equipes de ABS/ 10.000 habitantes**	Equipes participantes / Total de equipes**	Entrevistados por equipe participante	Não entrevistados
Brasil	201.062.789	48.199	73.526	30.523	1,50	41,51%	29.778	745 (2,44%)
Norte	17.013.559	4.296	6.230	2.230	1,29	35,79%	2.160	70 (3,14%)
Nordeste	55.794.707	18.947	30.319	11.091	1,97	36,58%	10.768	323 (2,9%)
Centro-Oeste	14.993.191	3.344	5.410	2.482	1,63	42,18%	2.241	41 (1,6%)
Sudeste	84.465.570	14.120	20.786	10.355	1,21	49,82%	10.100	255 (2,5%)
Sul	28.795.762	7.492	10.782	4.565	1,57	42,34%	4.509	56 (1,2%)

ABS: Atenção Básica à Saúde

PMAQ-AB: Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

*= Informações referentes a dezembro de 2014

**= Total de Equipes de Estratégia Saúde da Família e de Estratégia de Saúde Bucal no mês de dezembro de 2014

Fonte: Dados dos autores; Brasil^{18,19}

do PMAQ, comparando com a população e a quantidade de US de ABS por região do Brasil.

A participação das equipes no segundo ciclo do PMAQ correspondeu a 4.659 (15,26%) nas capitais e Distrito Federal, 4.281 (14,03%) nas regiões metropolitanas, 2.376 (7,78%) no G100, 6.968 (22,83%) nos municípios com 20% da população em situação de extrema pobreza e 12.239 (40,10%) nas demais localidades. A participação dos usuários seguiu proporção semelhante, sendo entrevistados 17.373 (15,16%) nas capitais e Distrito Federal, 16.352 (14,27%) nas regiões metropolitanas, 8.338 (7,27%) no G100, 26.118 (22,79%) nos municípios com 20% da população em situação de extrema pobreza e 46.434 (40,51%) nas demais localidades.

A Tabela 2 apresenta os dados sobre a existência de espaços de participação, conforme o relato dos profissionais de saúde, e a Tabela 3 apresenta o conhecimento dos usuários sobre a existência desses espaços.

DISCUSSÃO

Os dados do PMAQ-AB têm abrangência nacional, com pelo menos uma equipe participante em grande parte dos municípios brasileiros. Considerando, porém, as vantagens oferecidas pelo programa, a relação nacional entre o número de equipes participantes por região e o total não ultrapassou 50%. A característica voluntária do processo de seleção do PMAQ-AB pode ter influência no processo, com equipes mais organizadas se sentindo impelidas a participar. Além disso, as variações do próprio apoio institucional entre as regiões brasileiras¹⁹ pode ter contribuído para esse índice.

A presença de CLS segundo as respostas das equipes participantes do PMAQ no Brasil oscilou entre as regiões brasileiras, mostrando que a continentalidade do país representa desafios diferentes em cada situação. Desta forma, a análise foi feita por região do Brasil. Porém, algumas inferências podem ser feitas a partir do próprio instrumento de coleta de dados.

Um aspecto a ser debatido é a confirmação da existência de CLS por meio da apresentação de um documento. O fato de o entrevistado responder

Tabela 2. Existência de Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular nas US do Brasil, segundo respostas de profissionais da saúde

Brasil						
Existe CLS ou equivalente e comprovação documental?	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe CLS e documento	2900 (9,74%)	1664 (5,59%)	3685 (12,37%)	326 (1,09%)	1311 (4,40%)	9886 (33,20%)
Existe CLS, mas sem documento	607 (2,04%)	824 (2,77%)	2987 (10,03%)	588 (1,97%)	1958 (6,58%)	6964 (23,39%)
Não existe CLS	972 (3,26%)	1660 (5,57%)	5349 (17,96%)	1357 (4,56%)	3590 (12,06%)	12928 (43,41%)
Norte						
	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe CLS e documento	74 (3,43%)	3 (0,14%)	168 (7,78%)	39 (1,81%)	158 (7,31%)	442 (20,46%)
Existe CLS, mas sem documento	121 (5,60%)	13 (0,60%)	241 (11,16%)	84 (3,89%)	265 (12,27%)	724 (33,52%)
Não existe CLS	257 (11,90%)	37 (1,71%)	215 (9,95%)	120 (5,56%)	365 (16,90%)	994 (46,02%)
Nordeste						
	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe CLS e documento	238 (2,21%)	202 (1,88%)	403 (3,74%)	213 (1,98%)	1001 (9,30%)	2057 (19,10%)
Existe CLS, mas sem documento	229 (2,13%)	266 (2,47%)	702 (6,52%)	287 (2,67%)	1523 (14,14%)	3007 (27,93%)
Não existe CLS	400 (3,71%)	391 (3,63%)	1317 (12,23%)	598 (5,55%)	2998 (27,84%)	5704 (52,97%)
Centro-Oeste						
	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe CLS e documento	186 (8,30%)	54 (2,41%)	312 (13,92%)	21 (0,94%)	18 (0,80%)	591 (26,37%)
Existe CLS, mas sem documento	68 (3,03%)	73 (3,26%)	477 (21,29%)	48 (2,14%)	29 (1,29%)	695 (31,01%)
Não existe CLS	146 (6,51%)	83 (3,70%)	550 (24,54%)	112 (5,00%)	64 (2,86%)	955 (42,61%)

Sudeste						
	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe CLS e documento	1973 (19,53%)	680 (6,73%)	1836 (18,18%)	33 (0,33%)	61 (0,60%)	4583 (45,38%)
Existe CLS, mas sem documento	176 (1,74%)	242 (2,40%)	1171 (11,59%)	126 (1,25%)	84 (0,83%)	1799 (17,81%)
Não existe CLS	130 (1,29%)	504 (4,99%)	2533 (25,08%)	441 (4,37%)	110 (1,09%)	3718 (36,81%)
Sul						
	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe CLS e documento	429 (9,51%)	725 (16,08%)	966 (21,42%)	20 (0,44%)	73 (1,62%)	2213 (49,08%)
Existe CLS, mas sem documento	13 (0,29%)	230 (5,10%)	396 (8,78%)	43 (0,95%)	57 (1,26%)	739 (19,39%)
Não existe CLS	39 (0,86%)	645 (14,30%)	734 (16,28%)	86 (1,91%)	53 (1,18%)	1557 (34,53%)

G100 = município com mais de 80 mil habitantes com níveis baixos de receita per capita e alta vulnerabilidade social

20% pobreza = municípios com 20% ou mais de sua população em situação de extrema pobreza

Fonte: Dados dos autores

Tabela 3. Conhecimento dos usuários sobre existência de Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular nas US do Brasil

Brasil						
Existe CLS?	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe	4120 (3,59%)	3667 (3,20%)	9631 (8,40%)	1116 (0,97%)	4426 (3,86%)	22960 (20,03%)
Não existe	4831 (4,21%)	4599 (4,01%)	13335 (11,63%)	3347 (2,92%)	9723 (8,48%)	35835 (31,27%)
Não sabe	8422 (7,35%)	8086 (7,05%)	23468 (20,48%)	3875 (3,38%)	11969 (10,44%)	55820 (48,70%)
Norte						
	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe	204 (2,40%)	36 (0,42%)	365 (4,29%)	131 (1,54%)	378 (4,44%)	1114 (13,10%)
Não existe	721 (8,48%)	100 (1,18%)	797 (9,37%)	423 (4,97%)	1424 (16,74%)	3465 (40,73%)
Não sabe	880 (10,34%)	80 (0,94%)	1240 (14,58%)	409 (4,81%)	1319 (15,50%)	3928 (46,17%)

Nordeste						
	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe	484 (1,20%)	540 (1,34%)	1553 (3,85%)	623 (1,55%)	3500 (8,69%)	6700 (16,63%)
Não existe	1281 (3,18%)	1135 (2,82%)	3211 (7,97%)	1627 (4,04%)	7668 (19,03%)	14922 (37,03%)
Não sabe	1395 (3,46%)	1531 (3,80%)	4328 (10,74%)	1766 (4,38%)	9650 (23,95%)	18670 (46,34%)
Centro-Oeste						
	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe	324 (3,61%)	120 (1,34%)	799 (8,91%)	83 (0,93%)	54 (0,60%)	1380 (15,39%)
Não existe	430 (4,80%)	278 (3,10%)	1890 (21,08%)	272 (3,03%)	188 (2,10%)	3058 (34,10%)
Não sabe	749 (8,35%)	441 (4,92%)	2741 (30,57%)	401 (4,47%)	197 (2,20%)	4529 (50,51%)
Sudeste						
	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe	2537 (6,41%)	1315 (3,32%)	4918 (12,43%)	195 (0,49%)	306 (0,77%)	9271 (23,44%)
Não existe	2060 (5,21%)	1877 (4,75%)	5785 (14,63%)	859 (2,17%)	268 (0,68%)	10849 (27,43%)
Não sabe	4482 (11,33%)	2485 (6,28%)	11046 (27,93%)	965 (2,44%)	453 (1,15%)	19431 (49,13%)
Sul						
	Capital	Região Metropolitana	Demais localidades	G100	20% Pobreza	TOTAL
Existe	571 (3,30%)	1656 (9,57%)	1996 (11,54%)	84 (0,49%)	188 (1,09%)	4495 (25,99%)
Não existe	339 (1,96%)	1209 (6,99%)	1652 (9,55%)	166 (0,96%)	175 (1,01%)	3541 (20,47%)
Não sabe	916 (5,30%)	3549 (20,52%)	4113 (23,78%)	334 (1,93%)	350 (2,02%)	9262 (53,54%)

G100 = municípios com mais de 80 mil habitantes, com níveis baixos de receita per capita e alta vulnerabilidade social

20% pobreza = municípios com 20% ou mais de sua população em situação de extrema pobreza

Fonte: Dados dos autores.

positivamente sobre a presença de CLS ou outro espaço de participação, mas relatar que não possui o documento, pode estar atrelado à influência de responder positivamente por saber que está sendo avaliado, à carga excessiva de trabalho, que o impede de manter a estrutura burocrática²⁰, e também à presença de outros espaços informais de participação²¹ ou outras parcerias institucionais com grupos comunitários que não são documentados.

Por outro lado, para uma entrevista que ocorreu sem um grande planejamento prévio, a necessidade de comprovar a existência com um documento formal não é um fato que corresponde ao trabalho regular e provavelmente responda mais ao gerencialismo vigente na administração pública do que à pragmática do trabalho, que se associa mais facilmente à capacidade da participação de produzir novas estéticas para a gestão e a atenção²². É indicativo da associação entre inovação e participação o fato de que a existência de CLS se destaca nas pequenas localidades e naquelas em que predomina a extrema pobreza, conforme demonstraram os dados analisados. O que nos deixa a pergunta do que o interior, os pequenos municípios e os municípios mais pobres têm de potencializador da participação? Tratar-se-ia de supor que há um senso de cidadania mais agudo, relativo ao exercício da participação como expressão da dobra direitos/deveres de cidadania? A noção de pertencimento ao território e à organização dos sistemas de proteção é que teria mais capacidade explicativa? Ou se trataria, centralmente, da percepção de que a participação produz respostas pragmáticas mais compatíveis com as necessidades e/ou à expectativa de consumo de ações e procedimentos de saúde?

É provável que o desenho da pesquisa não tenha capacidade plena de resposta às perguntas, mas há evidências sugestivas nos resultados. Excetuando-se a região Norte, onde as distâncias e dificuldades de acesso podem explicar a baixa presença de CLS nas US. Entretanto, Schweickardt, Lima & Ferla²³ destacam que no subsistema de saúde indígena os CLS são bastante ativos.

Os municípios do G100 apresentam os índices mais baixos de formalização e os mais altos de ausência de CLS ou outros espaços de participação na ABS. Os municípios do G100 têm características socioeconômicas ímpares, pois,

apesar de sua população elevada, têm baixa renda *per capita*, o que os torna dependentes de repasses federais e estaduais para sua estruturação²⁴. Como a ABS é uma responsabilidade municipal, a estrutura e apoio institucional podem ser fragilizados, provocando esse baixo índice.

Na região Sul, percebe-se um alto índice da formalização desses espaços, excetuando as equipes localizadas nos municípios do G100. Esse aspecto é mais acentuado nas capitais. Isso pode representar uma maior institucionalização da existência desses arranjos. Florianópolis²⁵, Curitiba²⁶ e Porto Alegre²⁷ apresentam uma sólida rede de Controle Social municipal, constituída por Conselhos Municipal, Distritais e Locais. Sendo assim, a implantação desses espaços é estimulada, se assemelhando aos órgãos maiores e apresentando uma estrutura burocrática mais organizada.

Na região Sudeste, percebe-se tendência semelhante à da região Sul, com alta concentração de espaços formalizados nas capitais. Percebe-se também uma forte organização do Controle Social, como em Belo Horizonte²⁰. Além disso, existe uma questão histórica importante na participação da comunidade na saúde local, como na cidade de São Paulo, onde desde os anos 1970 já se fomentavam os espaços de participação local⁵.

As regiões Sul e Sudeste apresentam perfis bem parecidos de distribuição de CLS. Quando observamos outros estudos que analisaram dados do PMAQ-AB, essas regiões têm os melhores índices de apoio institucional¹⁹ e infraestrutura²⁸, além de apresentarem alto Índice de Desenvolvimento Humano. Desta forma, essas duas regiões possuem mais recursos para implementar as políticas públicas. Uma exceção a essa regra são os municípios do G100 da região Sudeste, que apresentam a proporção mais baixa de formalização e a maior ausência desses espaços do país.

Na região Centro-Oeste, a informalidade da presença dos CLS aparece mais nos municípios, excetuando-se as capitais. Percebe-se uma distribuição semelhante nas proporções da presença formal, informal e ausência desses espaços nas regiões metropolitanas e demais localidades, enquanto há concentração da informalidade e da ausência nos municípios G100 e aqueles com 20% da população vivendo em extrema pobreza. Machado *et al.*¹⁹ relatam que a região Centro-Oeste é a que tem mais equipes com baixo ou

nenhum apoio institucional, o que pode auxiliar no entendimento das dificuldades enfrentadas para a formalização dos espaços de participação da comunidade naquela região.

A região Nordeste é a que concentra mais tipos de cidades com a proporção de ausência de CLS maior que sua presença, formal ou informal (G100, 20% da população vivendo em extrema pobreza, e demais localidades). Além disso, todos os estratos de cidade têm uma proporção semelhante de CLS formais e informais. Ao mesmo tempo em que existem cidades com o CLS estruturado com apoio institucional da prefeitura, como Vitória da Conquista²⁹ e Fortaleza³⁰, municípios como Feira de Santana³¹ apresentam um distanciamento entre a legislação e a prática da participação, no entendimento das equipes de saúde.

A região Norte é a única onde, nos municípios com 20% ou mais da população vivendo em estado de extrema pobreza, as proporções de presença formal e informal e ausência de CLS são mais altas do que nas capitais e nas regiões metropolitanas. Os municípios do G100 da região norte também têm indicadores semelhantes. As capitais e as regiões metropolitanas apresentam os índices de formalização de CLS mais baixos do país. Isso pode se refletir pelo baixo nível de participação do próprio Conselho Municipal de Saúde³² que ainda não está devidamente implementado nos grandes centros. Apesar de em alguns locais os CLS funcionarem de forma independente do Conselho Municipal de Saúde, a grande maioria é criada após o estabelecimento do órgão municipal. Apesar das grandes distâncias e da pouca infraestrutura dessa região na área da saúde³³, existe um forte pensamento coletivo, principalmente em relação à defesa do território, de sua identidade e das práticas tradicionais³⁴, que pode ter influência na construção de espaços de Participação da Comunidade na Saúde.

Um índice padrão na avaliação é a predominância, em todas as regiões do Brasil, dos usuários que respondem negativamente ou que desconhecem a existência das instâncias de participação. Isso pode representar a falta de diálogo entre os profissionais e a própria comunidade na divulgação desses espaços³⁵, falta de apoio institucional da gestão³⁶ e a falta de uma política nacional clara que incentive a participação social na ABS¹¹. Outro fator

importante pode ser a própria institucionalização, com a consequente burocratização dos processos, e a necessidade de se aprofundar em conceitos técnicos e legais para compreender as questões da comunidade, que faz com que se criem barreiras ao entendimento do papel do CLS³⁵. Além disso, não se pode presumir que todas as pessoas querem participar da tomada de decisão: algumas querem apenas ter acesso aos cuidados de que necessitam, pois têm outras prioridades, ou não estão dispostas a entrar na disputa pela tomada de decisão³⁷. Isso é evidenciado pelo alto nível de satisfação dos usuários entrevistados na avaliação externa do PMAQ-AB sobre os serviços da ABS, com destaque para a continuidade do cuidado pelo mesmo médico e a realização de exame físico.

Por outro lado, a cultura de participação parece estar associada à formação para a cidadania, à capacidade de respostas das políticas públicas às necessidades e características dos grupos populacionais em cada território, à liberdade de circulação e à construção simbólica da relação entre a participação e a gestão das políticas públicas.

Compreender melhor a realidade local para fazer uma correta intervenção para alterar essa realidade pode representar o sucesso na política de descentralização de serviços de saúde propostas pelo SUS. O esforço histórico e atual de profissionais, gestores, movimentos sociais e dos próprios Conselhos Municipais de Saúde para organizar os serviços de saúde e empoderar a participação local^{6,26,30}, somado à percepção de efetividade dessa participação³⁸ e atrelado a uma construção de redes sociais mais interativas entre populações que ocupam lugares mais baixos na hierarquia social³⁹ podem ser caminhos possíveis.

Este estudo possui limitações. Os dados são provenientes de fontes secundárias e existe um viés de seleção, pois esta foi voluntária, portanto, dependente da vontade do gestor local e das equipes de saúde que podem ter melhor desempenho. Além disso, não foi realizada estatística inferencial para confirmar se as diferenças encontradas se devem ao acaso ou realmente existe uma diferença entre os tipos de cidade pesquisadas. Podem ter ocorrido respostas contraditórias na mesma US, uma vez que uma ou mais equipes por US poderiam ser entrevistadas. Sendo assim, refinar as informações, incluindo mais uma estratificação por US, aprofundaria a

compreensão da dinâmica do entendimento da participação nesses locais. Mais do que uma deficiência em si dos dados da pesquisa, essas limitações parecem destacar a necessidade de reforçar o tema da participação social na saúde na agenda de investigação de pesquisadores externos e internos às dinâmicas participativas em cada território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Participação da Comunidade na Saúde por meio dos CLS ou instância semelhante ainda é um desafio a ser implementado no país. Pouco mais da metade dos profissionais das equipes selecionadas para participar do PMAQ-AB, que representam tendencialmente as mais destacadas em cada território, relatam existir algum tipo de organização comunitária, e grande parte dos usuários desconhece sua existência. Cada região do Brasil tem características peculiares, que devem ser levadas em consideração na realização de estudos e intervenções para mudar esse quadro. De toda forma, a dinâmica participativa nos serviços de saúde parece estar associada à dinâmica da democracia e do acesso aos sistemas locais e serviços de saúde, onde também se inserem os territórios de referência das US. Essa dinâmica também parece dizer respeito à autonomia de escolhas e da organização tecnoassistencial dos serviços, onde a vigência de um pensamento biomédico mais forte tomaria a responsabilidade da produção de saúde das pessoas e a concentraria nos profissionais e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65.
2. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy Plan.* 2014;29(Suppl 2):ii98-106.
3. Pennel CL, Burdine JN, Prochaska JD, McLeroy KR. Common and critical components among community health assessment and community health improvement planning models. *J Public Health Manag Pract.* 2017;23(Suppl 4):S14-21.
4. George AS, Mehra V, Scott K, Sriram V. Community participation in health systems research: a systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS One.* 2015;10(10):e0141091.
5. Bogus CM, Martins CL. Programa de capacitação permanente de conselheiros populares de saúde na cidade de São Paulo. *Saude Soc.* 2003;12(2):56-67.

6. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da reforma sanitária brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. Saude Debate. 2016;40(108):204-18.
7. Brasil. Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Brasil. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
9. Machado FV, Rech CM, Pinto RS, Romão WM, Matias MMM, Freitas GC. Participação em saúde nas Américas: mapeamento bibliométrico da produção, impacto, visibilidade e colaboração. Cien Saude Colet. 2023;28(2):487-500.
10. Fernandes VC, Spanguolo RS, Bassetto JGB. A participação comunitária no sistema único de saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Promoc Saude. 2017;30(1):125-34.
11. Miwa MJ, Serapioni M, Ventura CAA. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. Saude Soc. 2017;26(2):411-23.
12. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [Internet]. s.d. [acesso 29 jan. 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq>
13. Brasil. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
14. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 38 p.
15. Brasil. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade [Internet]. 2º Ciclo – CEO. s.d. [acesso 29 jan. 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ceo/2-ciclo-ceo>
16. Lam Orué A, Schiaveto de Souza A, Ferla AA, Dupas Gonçalves do Nascimento D, Lisiane Moraes dos Santos M. Implantação, planejamento e monitoramento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: um estudo nacional a partir do PMAQ-AB. Soc Cult. 2018;21(2):117-38.
17. Brasil. CNES - Estabelecimentos [Internet]. s.d. [acesso 9 fev. 2026]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cnes-estabelecimentos>
18. Brasil. Cobertura da Atenção Básica (2007–2020) [Internet]. s.d. [acesso 9 fev. 2026]. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/ab>
19. Machado ATGM, Martins PC, Harzheim E. Asistencia sanitaria, certificación de calidad y apoyo institucional: la atención primaria en Brasil. Salud Publica Mex. 2016;58(3):358-65.
20. Oliveira AMC, Dallari SG. Análise dos fatores que influenciam e condicionam a participação social na Atenção Primária à Saúde. Saude Debate. 2017;41(spe3):202-13.
21. Cruz PJSC, Brutscher VJ. Participação popular e atenção primária à saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. Em: Mendonça MHM,

Pereira IB, Machado FV, organizadores. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. v.1. p.123-67.

22. Ferla AA. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Physis*. 2004;14(1):85-108. doi:10.1590/S0103-73312004000100006.

23. Schweickardt JC, Lima RTS, Ferla AA, org. Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. 1ª ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA; 2021.

24. Frente Nacional de Prefeitos. g100 - Municípios Populosos com Baixa Receita per Capita e Alta Vulnerabilidade Social [Internet]. 2015 [acesso 9 fev. 2026]. Disponível em: http://aequus.com.br/cartilhas/g100_2015.pdf

25. Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ÁLPP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):442-9.

26. Zermiani TC, Freitas RS, Pessali HF, Ditterich RG. A participação dos conselhos locais de saúde na contratualização de metas na atenção primária à saúde: a experiência de Curitiba, PR. *Interacoes (Campo Grande)*. 2019;20(4):1115-26.

27. Lima AP, Machado FV, Pereira IB, organizadores. Reinventando a participação no SUS: o controle social em defesa da Democracia e do Direito à Saúde - 30 anos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre! Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2024. 257 p. (Série Participação Social e Políticas Públicas; v. 18).

28. Neves RG, Saes MO, Duro SMS, Flores TR, Tomasi E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saude Publica*. 2018;34(4):e00072317.

29. Bispo Jr JP, Martins PC. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde Debate*. 2014;38(102):440-51.

30. Jerome JS. Participatory governance in the context of local health councils: interviews with six local health council presidents in Northeastern Brazil. *Saude Soc*. 2018;27(3):740-53.

31. Ribeiro FB, Nascimento MÃA. Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re)significação do "ser sujeito". *Rev Baiana Saude Publica*. 2011;35(Suppl 1):151-66.

32. Cristo SCA. Controle social em saúde: o caso do Pará. *Serv Soc Soc*. 2012;(109):93-111.

33. Gonçalves RM, Domingos IM. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. *Rev Estud Const Hermen Teor Dir (RECHTD)*. 2019;11(1):99-108.

34. Lira TM, Chaves MDPSR. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. *Interacoes (Campo Grande)*. 2016;17(1):66-76.

35. Lisboa EA, Oliveira LB, Dias VRF, Souza ES. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. *Trab Educ Saude*. 2016;14(3):679-98.

36. Matuoka RI, Ogata MN. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. *Rev APS*. 2010;13(4):396-405.

37. Draper A, Rifkin S. Community participation in health systems development. In: Nolte E, Merkur S, Anell A, eds. *Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020. p.115-44.
38. Lüchmann LHH. Democracia deliberativa, pobreza e participação política. *Polit Soc*. 2007;(11):183-97.
39. Budo MLD, Gonzalez JS, Almeida MCP, Rios GS. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(4):753-60.