



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CARLA RUTH ROCHA BERNAL MARTIN**

**REPRESENTAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NOS**  
**CONSELHOS DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO**

**SÃO LUÍS - MA**

**2025**

**CARLA RUTH ROCHA BERNAL MARTIN**

**REPRESENTAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NOS  
CONSELHOS DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup>. Dra.<sup>a</sup>. Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

SÃO LUÍS - MA

2025

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

Martin, Carla Ruth Rocha Bernal.  
REPRESENTAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NOS  
CONSELHOS DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO / Carla Ruth  
Rocha Bernal Martin. - 2025.  
38 p.

Orientador(a): Judith Rafaelle Oliveira Pinho.  
Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,  
Sao Luis, 2025.

1. Controle Social Formal. 2. Pessoas Em Situação de  
Rua. 3. Conselhos de Saúde. I. Pinho, Judith Rafaelle  
Oliveira. II. Título.

CARLA RUTH ROCHA BERNAL MARTIN

**REPRESENTAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA  
NOS CONSELHOS DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Banca Examinadora, do Curso de Enfermagem da  
Universidade Federal do Maranhão, como requisito  
para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 06 / 01 / 2025

Nota: 10,00

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Profa. Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho** (Orientadora)

Maior Titulação

Universidade Federal do Maranhão

---

**Profa. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha** (1ª Examinador)

Maior Titulação

Universidade Federal do Maranhão

---

**Profa. Dra. Sara Fiterman Lima** (2ª Examinadora)

Maior Titulação

Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a minha família que, de forma irreparável, facilitaram a minha caminhada até este momento.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, sou imensamente grata a Deus por permitir que eu chegasse até este momento. Pai, sem a sua benção, proteção e sustento, eu não conseguiria chegar tão longe. Agradeço pelas inúmeras vezes que se mostrou presente e por fazer com que eu não desistisse do meu sonho.

Aos meus pais, Ruth Rocha e José Luís Bernal, que propiciaram a caminhada e por sempre incentivarem e colocarem os estudos como um caminho transformador e de conquistas. Agradeço aos meus irmãos (Bruna Letícia, Raimunda Gilvanda, David Eduardo e Marcos Vinicius) e aos meus sobrinhos (Maria Clara, Bianca Sofia, Marcos Emanuel), obrigada por serem suporte e incentivo ao longo desses anos. Agradeço também à minha tia Rosileide Rocha e à minha avó, Rosa Amélia, sem o auxílio de vocês, a minha caminhada seria mais difícil.

À Universidade Federal do Maranhão que foi o meu lar ao longo dos anos de graduação. Agradeço por proporcionar crescimento profissional e reconhecer como as instituições públicas de ensino são espaços extremamente enriquecedores, necessários e fundamentais para a construção de uma sociedade mais consciente e sensível.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Judith Rafaelle Oliveira Pinho, a quem tenho profunda admiração pela profissional e pelo ser humano que és, registro a minha mais sincera gratidão. Obrigada pela paciência, compreensão e companheirismo, sem a sua orientação este trabalho não seria possível.

À minha banca examinadora, composta pelas professoras Amanda Silva De Oliveira e Sara Fiterman, meus sinceros agradecimentos por aceitarem fazer parte da concretização de um sonho.

Agradeço, principalmente a Deus, por abençoar e presentear o meu caminho com os amigos que fiz na faculdade e que foram para além dos muros físicos. Jaqueline Santos, obrigada pelo incentivo, por fazer os meus dias mais alegres, por ter sido meu acalento e muito mais que meu ombro amigo. José Elias, obrigada por sempre ouvir os meus desabafos, por acreditar e confiar em mim. Kleydson Miguel e Emanuelle de Jesus, a essa dupla agradeço pelos momentos compartilhados no almoço ou no chão dos corredores da Universidade. Tereza Marina, que honra poder ter te encontrado e poder desfrutar da tua parceria e companheirismo.

Não poderia deixar de mencionar Alana e Jonas e as suas famílias, sei que já falei pessoalmente, mas deixo aqui registrado que vocês foram essenciais na minha caminhada e, com toda a certeza, são a personificação do amor de Deus por mim. Alana, eu amo você profundamente e muito obrigada por ter sido, meus olhos, minhas mãos e ouvidos, obrigada por tirar aquela pessoa da sua zona de conforto e pelas incontáveis sessões de terapia. Jonas, te agradeço imensamente por abrir as portas da sua casa para mim e pelos inúmeros conselhos ao longo dos dias. A vocês dois, serei eternamente grata por todo carinho, amor, zelo, gargalhadas.

Não poderia deixar de agradecer àqueles que já não estão mais aqui fisicamente, mas fizeram parte da minha história e moldaram a pessoa que sou hoje. Aos meus irmãos- Ellis Erlane e Alain Ranieri; ao meu avô- Delerme Arcangelo, nós conseguimos e espero que estejam tão felizes quanto eu por mais essa etapa.

Ao longo desses anos, muitas pessoas sonharam comigo, dividiram o fardo e as pequenas conquistas. A minha mais sincera admiração e gratidão a cada uma delas, obrigada por todo apoio, incentivo, compreensão e por trilharem esse caminho comigo. E a vocês que estão presentes aqui, tenham certeza de que são extremamente especiais e que ajudaram a construir a profissional e a pessoa que finaliza esta etapa.

“O poder também pode ser entendido como 'latente' e expresso como 'influência' na tomada de decisões.

Por essa perspectiva, não há indivíduos sem poder, mas apenas pessoas que ainda não se tornaram conscientes e ativaram seu poder oculto a fim de exercer influência.”

*(Flores & Hernandez)*

## **RESUMO**

**Introdução:** As políticas de saúde são um conjunto de medidas que resolvem questões relacionadas à saúde e qualidade de vida. Existem espaços que propiciam os debates para sua formulação, como os conselhos de saúde. Os conselhos de saúde fazem parte do processo de transformação social e se configuram como um espaço democrático, público e meio de relação do Estado com a sociedade civil. A Política Nacional para a População em Situação de Rua foi instituída em 2009 para atender às demandas desse grupo populacional. A sua realidade é marcada por várias vulnerabilidades sociais e os equipamentos de saúde não conseguem atender as suas necessidades. Com isso, os conselhos de saúde são uma ferramenta que podem ser utilizadas para suprir as lacunas existentes no processo deliberativo e participativo. **Objetivo:** Analisar a representação da população em situação de rua nos conselhos municipais de saúde do Maranhão; identificar os conselhos com registro no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde no Estado do Maranhão; verificar os conselhos municipais de saúde com representação da população em situação de rua; mapear os municípios que possuem conselhos com representação da população em situação de rua. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, ecológico, exploratório com abordagem quantitativa. As unidades de análise do estudo são os Conselhos Municipais de Saúde do estado do Maranhão, cadastrados no Sistema de Informação do Conselhos Nacional de Saúde, com dados atualizados até agosto de 2024. O Observatório Nacional dos Direitos Humanos foi utilizado para utilizar dados referentes à população em situação de rua. As seguintes variáveis foram utilizadas: população em situação de rua cadastrada no CadÚnico até julho de 2023 em cada município do estado do Maranhão; população absoluta conforme o censo IBGE 2022 cadastrado em cada município do estado do Maranhão. Os dados foram digitados no Excel® para análise de frequência e exportados para o TabWin® para confecção de mapas. A pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da UFMA e do Colegiado do Curso de Enfermagem. **Resultados:** Há 218 conselhos de saúde no Maranhão, referente aos 217 municípios e o seu conselho estadual. Desse quantitativo, apenas 152 municípios possuem conselhos cadastrados no SIACS. Conforme os dados coletados no ObservaDH referente ao ano de 2023, no Maranhão haviam 2172 pessoas em situação de rua, distribuídas em 40 municípios do estado, totalizando 0,03% da sua população. Dos 152 municípios que possuíam cadastros dos conselhos de saúde, apenas 1 possui representação da população em situação de rua. **Conclusão:** É fundamental encorajar, incentivar, subsidiar a criação e o fortalecimento, nos municípios do estado do Maranhão, da inclusão dos movimentos sociais da população em situação de rua, dos espaços de participação social como os conselhos de saúde. Torna-se necessário a transparência no acesso à informação, uma vez que 30% dos conselhos não estão cadastrados no SIACS.

**Palavras-chave:** Controle Social Formal. Conselhos de Saúde. Pessoas em Situação de Rua.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health policies are a set of measures aimed at addressing issues related to health and quality of life. There are spaces that facilitate discussions for their formulation, such as health councils. Health councils are part of the social transformation process and serve as a democratic, public space that connects the state with civil society. The National Policy for the Homeless Population was established in 2009 to address the needs of this population, whose reality is marked by multiple social vulnerabilities. Health services are often unable to meet their needs. Thus, health councils are a tool that can be used to fill gaps in the deliberative and participatory processes. **Objective:** Analyze the representation of the homeless population in municipal health councils in the state of Maranhão; identify the councils registered in the Health Council Monitoring System in Maranhão; verify which municipal health councils have representation from the homeless population; and map the municipalities with councils that represent the homeless population. **Methodology:** This is a descriptive, ecological, exploratory study with a quantitative approach. The study's units of analysis are the Municipal Health Councils of Maranhão registered in the National Health Councils Information System (SIACS), with data updated until August 2024. The National Observatory of Human Rights (Observatório Nacional dos Direitos Humanos) was used to gather data on the homeless population. The following variables were utilized: the number of homeless people registered in the CadÚnico (Brazil's Unified Registry for Social Programs) until July 2023 in each municipality of Maranhão; the absolute population according to the 2022 IBGE census in each municipality. The data were entered into Excel® for frequency analysis and exported to TabWin® for map creation. The research received approval from the Research Ethics Committee (CEP) at UFMA, from the Nursing Course Board. **Results:** There are 218 health councils in Maranhão, corresponding to the 217 municipalities and the state health council. Of this total, only 152 municipalities have councils registered in SIACS. According to data collected from ObservaDH for 2023, Maranhão had 2,172 homeless individuals distributed across 40 municipalities, representing 0.03% of the state's population. Of the 152 municipalities with registered health councils, only one has representation from the homeless population. **Conclusion:** It is essential to encourage, support, and strengthen the creation of social movements for the homeless population in participatory spaces such as health councils in the municipalities of Maranhão. Transparency in access to information is also necessary, as 30% of councils are not registered in SIACS.

**Keywords:** Formal Social Control. Health councils. Homeless population.

## SUMÁRIO

|                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>                                                     | <b>12</b> |
| <b>2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....</b>                                     | <b>15</b> |
| <b>3. OBJETIVOS.....</b>                                                      | <b>16</b> |
| <b>3.1. Objetivo Geral.....</b>                                               | <b>16</b> |
| <b>3.2. Objetivos Específicos.....</b>                                        | <b>16</b> |
| <b>4. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                            | <b>17</b> |
| <b>4.1. Elementos históricos do controle social em saúde no Brasil.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>4.2. Elementos históricos do controle social em saúde no Maranhão.....</b> | <b>19</b> |
| <b>4.3. Institucionalização do Controle Social no SUS.....</b>                | <b>20</b> |
| <b>4.4. População em Situação de Rua.....</b>                                 | <b>21</b> |
| <b>5. METODOLOGIA.....</b>                                                    | <b>25</b> |
| <b>5.1. Tipo de estudo.....</b>                                               | <b>25</b> |
| <b>5.2. Unidades de análise.....</b>                                          | <b>25</b> |
| <b>5.3. Coleta de dados.....</b>                                              | <b>25</b> |
| <b>5.4. Análise e apresentação de dados.....</b>                              | <b>26</b> |
| <b>5.5. Aspectos éticos.....</b>                                              | <b>26</b> |
| <b>6. RESULTADOS.....</b>                                                     | <b>27</b> |
| <b>7. DISCUSSÃO.....</b>                                                      | <b>29</b> |
| <b>8. CONCLUSÃO.....</b>                                                      | <b>32</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                       | <b>33</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                            | <b>37</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece que “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, ocorrendo através de políticas sociais e econômicas visando reduzir os riscos de doenças e agravos. As ações e serviços em saúde devem ser de acesso universal, igualitário, com uma rede regionalizada e hierarquizada para que a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade possam acontecer (Brasil, 1988).

As Leis Orgânicas da Saúde – a Lei Nº 8.080/1990 e a Lei Nº 8.142/1990 e suas complementares regulam as ações de saúde em todo o território nacional e determinam que, o financiamento do sistema deverá ter a participação de recursos governamentais da União, estados e municípios. Dispõe também sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde (SUS) e transferências de recursos financeiros (Brasil, 1990a, 1990b).

A Lei Nº 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS contará com duas instâncias colegiadas, sendo elas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. Para as Conferências de Saúde é regulamentado que tenha representação de vários seguimentos sociais, e os Conselhos de Saúde devem ter representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários, sendo este responsável por 50% da composição dos conselhos (Brasil, 1990a).

Historicamente, os Conselhos de Saúde fazem parte do processo de movimentação social com o intuito de transformação e reconfiguração democrática do espaço público e da relação entre o Estado e a sociedade civil (Cotta; Cazal; Martins, 2010). Dessa forma, os conselhos propiciam aos grupos sociais e setores organizados da sociedade a possibilidade de exigir a efetivação das políticas de saúde e visibilidade às suas reivindicações através de espaços participativos e democráticos (Aciole, 2007; Souza *et al.*, 2021).

Em 1977 foi criada a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) no Ministério da Saúde com a finalidade de formular políticas de saúde. Porém, a falta de referências concretas de como desenvolvê-las pela inexistência da prática se tornou uma dificuldade (Brasil, 1998).

As políticas de saúde são um conjunto de medidas estabelecidas para resolver questões relacionadas a saúde e qualidade de vida, tornando públicas as intenções de atuação do governo, além de servirem como orientação para o planejamento de ações de um determinado tema. São

levados em consideração antecedentes epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais, doenças, agravos, grupo populacional, dentre outros. (Brasil, 1998).

As diretrizes de uma política são originadas por meio da comparação entre a situação desejada e a situação presente que devem ser coerentes e viáveis. Para isso, é necessário raciocínio estratégico e que devem servir de fundamento para atuação dos gestores do SUS através da articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (Brasil, 1998).

Existem políticas voltadas para grupos específicos, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR). O Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 institui a PNPSR que define População em Situação de Rua (PSR) como um grupo heterogêneo que tem em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular que utiliza espaços públicos e áreas degradadas como espaço de moradia, sustento, podendo ser de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009).

As realidades das PSR são marcadas por inúmeras vulnerabilidades sociais e os serviços de saúde devem buscar novas configurações para que a equidade possa existir dentro do SUS. Sendo assim, a Atenção Primária em Saúde (APS) tem como objetivo ampliar o acesso, o alcance da rede de atenção e um dos instrumentos é o Consultório na Rua (CnaR) que foi instituído pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). As Equipes de Consultório da Rua (eCR) desempenham atividades in loco, compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, se necessário, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção (Brasil, 2017).

As necessidades da população em situação de rua não são atendidas, pois os equipamentos e serviços de saúde, apesar dos avanços, são insuficientes. As dificuldades encontradas por esse grupo em relação aos equipamentos públicos de saúde ou mesmo prosseguimento dos serviços ocorre, em sua maioria, por falta de documentação, fragilidade de vínculos, estigma, discriminação e ausência de domicílio. Dessa forma, é uma população que requer atenção especial (Brasil, 2023a).

A PSR não tem destaque no que tange às estatísticas oficiais, ocasionando impacto na construção de ações e programas que atendam às suas particularidades (Brasil, 2023a). Sendo

assim, para a garantia de que a atenção necessária para a questão social está ligada à população em situação de rua, é necessária a construção de ações intersetoriais através de novos desenhos gerenciais (Oliveira; Guizardi, 2020). Os conselhos de saúde são uma ferramenta que podem ser utilizados para atender as suas especificidades, mas para isso o conselho deve ultrapassar os interesses governamentais fazendo com que seja um espaço autônomo, com prevalência da ação discursiva e com cultura participativa (Silva; Passador, 2019).

Dessa forma, são levantados os seguintes questionamentos: há representação dessa minoria nos conselhos de saúde? Quantos conselhos de saúde no estado do Maranhão possuem participação da População em Situação de Rua?

## **2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA**

A motivação para a realização do presente estudo ocorreu por conta da experiência vivida na disciplina de Saúde Mental, na qual tive a oportunidade de desenvolver ações de saúde

no Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua), localizado no Centro de São Luís. A inquietação para saber sobre as políticas públicas de saúde voltadas para esse grupo social, como ocorria a sua construção e mesmo se havia representação na sua construção me levou à escolha do tema.

Associado à minha experiência e inquietação, ingressei no projeto de Pesquisa Controle Social no Estado do Maranhão: Perfil dos Conselhos, vinculado ao Departamento de Saúde Pública (DSP) e que está atrelado ao grupo de pesquisa CNPQ: Políticas públicas de saúde e controle social que me permitiu aprofundar mais sobre o assunto e aumentar o interesse em desenvolver o presente trabalho.

Os resultados da pesquisa trarão um conhecimento mais abrangente do assunto e poderão ser utilizados para reavaliação das representações dos usuários nos conselhos de saúde. Dessa forma, poderá impactar nas políticas públicas de saúde voltadas para esse grupo populacional em todo o Maranhão, tornando a participação na comunidade, através dos conselhos de saúde, uma possibilidade de reivindicar os seus direitos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral:**

- Analisar a representação da população em situação de rua nos conselhos municipais de saúde do Maranhão.

### **3.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar os conselhos com registro no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde no Estado do Maranhão;
- Verificar os conselhos municipais de saúde com representação da população em situação de rua;
- Mapear os municípios que possuem conselhos com representação da população em situação de rua.

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1. Elementos históricos do controle social em saúde no Brasil**

O desenvolvimento das políticas de saúde está associado à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira. Além disso, a saúde não era vista como um setor prioritário dentro da política, por isso, os grandes problemas que causavam impacto na população relacionados ao setor e a alocação de recursos, eram colocados de lado nas discussões e somente ganhava destaque, quando se aumentava os casos de doenças na população que impactariam economicamente ou socialmente no modelo capitalista. Quando as endemias ou epidemias eram

solucionadas, a saúde voltava para segundo plano, deixando de ter importância (Polignano, 2001).

As condições precárias de trabalho e a inexistência de direitos trabalhistas fizeram com que, nos anos de 1917 e 1919, o movimento operário organizasse greves gerais no país. Em 1923, a Lei Eloy Chaves foi aprovada pelo Congresso e é considerada como marco inicial da previdência social no Brasil e, por meio dela, foram fundadas as Caixas de Aposentadoria de Pensão (CAP's). A lei, apesar de ter sido um avanço, trazia cobertura somente para a classe operária urbana, seus dependentes e a sua adesão deveria ser feita pela empresa. A classe operária rural não foi incluída, sendo deixada de lado. A administração da CAP era constituída por representantes da empresa, em que um seria o presidente da comissão, e por representantes dos empregados. Os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) foram criados em 1933 com o objetivo de substituir as antigas CAP's e eram organizados por categoria profissional (Polignano, 2001).

Em 1930, foi iniciado o Ministério da Educação e Saúde Pública, mas não havia incentivo financeiro, atrelado ao conflito em decorrência de jurisdição, superposição de atividades e funções. Por isso, em 1953 deu-se início ao Ministério da Saúde, no entanto, isso não significaria uma nova forma de conduzir as ações de saúde e desenvolvimento de programas ou políticas (Polignano, 2001).

Durante o período de regime militar, ocorreu o processo de unificação dos IAP's em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A sua criação possibilitou a unificação dos diferentes benefícios e aumento considerável na quantidade de contribuintes, pois todo trabalhador urbano com carteira assinada era contribuinte direto do novo sistema. Com isso, na década de 70 houve aumento expressivo no setor econômico que propiciou ao governo o investimento dos recursos públicos para suprir a necessidade dos novos contribuintes, sendo a iniciativa privada o setor para o qual foi direcionada (Polignano, 2001).

No papel, o Sistema Nacional de Saúde foi instituído em 1975, que definia qual seria a área de atuação da saúde, independentemente de o âmbito ser público ou privado, para realização de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Contudo, os investimentos no setor eram insuficientes para uma adequada resposta às demandas da população, tornando o órgão burocrático-normativo fugindo da sua finalidade que era um órgão executivo de política de saúde. Em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), pois se estava formando um complexo sistema médico-

industrial administrativamente e financeiramente dentro da estrutura do INPS (Polignano, 2001).

Em 1978 acontecia a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde em Alma-Ata, na República do Cazaquistão. A conferência resultou na “Declaração de Alma-Ata” que versa sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente para os países que estavam em desenvolvimento (Pinto, 2020).

A década de 80 foi marcada pela participação de novos atores sociais no que se refere aos debates das condições de vida da população e quais seriam as intervenções propostas pelo governo. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 é considerada como fato marcante quando se refere ao debate da questão da saúde no Brasil. Os debates ganharam outros cenários e, a partir de então, a saúde é inserida na dimensão política, o que impacta também na democracia. Os novos sujeitos sociais são: os profissionais de saúde; movimento sanitário; partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos. A inclusão de novos personagens impactou nas pautas debatidas, sendo elas: a universalização do acesso; concepção da saúde como direito social e dever do Estado; reestruturação do setor; descentralização do processo decisório e democratização do poder através de instrumentos de gestão como os Conselhos de Saúde (Bravo, 2006).

A Constituição Federal de 1988, no capítulo VII da Ordem Social e na seção II dedicada à Saúde, caracteriza o Estado como Servidor. As políticas públicas de saúde exprimem a característica servidora em vez do Estado Usurpador. A CF que também é denominada de Constituição Cidadã por colocar no centro os direitos do povo brasileiro. A sua declaração de que: “Todo o poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos (democracia representativa) ou diretamente (democracia participativa) nos termos desta Constituição.” corrobora para ser mantida sua outra denominação (Carvalho, 2007).

A CF explicita que a idealização do SUS estava embasada na criação de um modelo de saúde que atendesse às demandas da população, estabelecendo o compromisso do estado com a saúde coletiva e bem-estar social como direitos da cidadania (Polignano, 2001). O processo de construção do SUS é derivado de conflitos políticos e ideológicos que se perpetuaram ao longo dos anos com participação de diversos atores sociais (Kucharski *et al.*, 2021).

## 4.2. Elementos históricos do controle social em saúde no Maranhão

O Maranhão possui 329.651 mil km<sup>2</sup> em extensão territorial, ficando na 12<sup>a</sup> posição, quando comparado a outros estados. O Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), diz que o Maranhão tinha uma população estimada em 6.776.699, em que 84,95% (4.358.810) são alfabetizados e 15,05% (772.309) não alfabetizados. Em 2021, o estado obteve o valor de 0,676 no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ocupando a 27<sup>a</sup> posição no ranking. Em 2023, ficou estabelecido o valor de R\$ 945 como rendimento mensal domiciliar per capita e que, quando comparado a outros estados, o Maranhão fica em último lugar (IBGE, 2023).

O Maranhão tem uma escassez de produções científicas com foco nos seus municípios, o que dificulta a disseminação do conhecimento e a adoção de medidas para melhoria de indicadores sociais. É imprescindível conhecê-los, bem como ter uma definição clara do que é pobreza e vulnerabilidade, entendida no Brasil com base nas perspectivas de subsistência e das necessidades básicas. Dessa forma, a pobreza é uma questão complexa e multicausal que não é limitada somente à privação das necessidades materiais e que causa impacto nos indivíduos, gerando sofrimento, isolamento, desvantagens e o estado do Maranhão se destaca como o mais pobre do país (Maas, 2022).

Apesar de ser previsto a criação das instâncias colegiadas desde 1990 no Maranhão, somente através da Lei Nº 7528 de 30 de junho de 2000, criou-se o Conselho Estadual de Saúde do Maranhão (CES-MA). O conselho tem por finalidade estabelecer, acompanhar, controlar e avaliar a Política Estadual de Saúde e da operacionalização do Sistema Único de Saúde no Estado do Maranhão. Compete ainda estabelecer orientações para formação de conselhos gestores nas unidades de saúde e distritos sanitários, promover a descentralização para os municípios, dos serviços para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, aos riscos e agravos das condições de trabalho (Maranhão, 2000).

O Maranhão é composto por 217 municípios, com isso, presume-se que todos possuem Conselhos Municipais de Saúde. Os conselheiros e conselheiras que compõem os conselhos precisam de práticas de capacitação, qualificação e conscientização permanentes, bem como o funcionamento regular e adequado para o fortalecimento das instâncias colegiadas. (Silva; Passador, 2019).

### 4.3. Institucionalização do Controle Social no SUS

A Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 regula em todo território nacional as ações e os serviços de saúde, que serão executados isoladamente ou conjuntamente, com caráter permanente, ou pontual, e que devem promover, proteger e recuperar a saúde, bem como o funcionamento dos serviços. A saúde torna-se dever do Estado, no entanto, não exclui a responsabilidade das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (Brasil, 1990b).

Em seu capítulo II, caput V diz que as pessoas assistidas têm direito à informação sobre a sua saúde; em seu caput VII versa sobre a participação da comunidade. O capítulo III no Art. 12 determina que serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional e devem ser vinculadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). No capítulo que discorre sobre o Planejamento e do Orçamento, em que o CNS estabelecerá as diretrizes a serem apreciadas na elaboração dos planos de saúde (Brasil, 1990b).

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ordena sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde. Em seu Art. 1º determina que a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde serão as instâncias colegiadas para participação da comunidade na gestão do sistema de saúde. A Conferência de Saúde acontecerá a cada quatro anos com participação de diferentes segmentos sociais, para discutir a saúde e preconizar diretrizes para estruturação de políticas de saúde. Os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade, possui caráter permanente e deliberativo sendo composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, a sua atuação ocorre na criação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nas suas respectivas instâncias (Brasil, 1990a).

Dessa forma, a participação no sistema de saúde pela população adquiriu uma nova influência. A nova dimensão tornou-se um instrumento, foi acrescentada, democratizada e intitulou-se como “controle social” (Brasil, 2014; De Moura; Binde, 2019). A sociedade inicia, de forma efetiva, a sua participação na gestão do sistema de saúde. Invertendo a concepção de que o controle social era exercido unicamente pelos governos (Brasil, 2014).

O conceito de controle social pode ser definido como a participação da sociedade nas decisões tecnicamente orientada, juridicamente balizadas e socialmente aceitas em decorrência da proposta de Estado democrático, possibilitando oportunidade de a sociedade acompanhar as

ações dos governos e exigirem uma boa gestão pública (Oliveira, 2004; Botagello; Benevides; Portillo, 2011; De Moura; Binde, 2019).

A Resolução Nº 453 de 10 de maio e 2012 preconiza que, quando o município não possui conselho de saúde formado ou em atividade, o CES fica responsável por assumir, em parceria como executivo municipal, o apelo e execução das Conferências Municipais de Saúde em que um dos seus intuitos será a formação do Conselho Municipal de Saúde. No que diz respeito a estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde as reuniões deverão ser aberta ao público, com locais e horários que permitam a participação da comunidade; deverá fortalecer a participação e o controle social no SUS através da mobilização e articulação da sociedade; atuar na formulação e controle da prática da política de saúde; acompanhamento da gestão do SUS; divulgar as funções e competência do conselho; e atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) (Brasil, 2012a).

#### **4.4. População em Situação de Rua**

A desigualdade socioeconômica se faz presente desde a formação social do povo brasileiro. O capital tem grande influência social, convertendo as políticas sociais em produtos comercializáveis e o seu consumo é diretamente proporcional à sua renda. Sendo assim, a utilização pode ser limitada ou imaginária para determinados grupos sociais, o que a transforma em mercantilização da vida (Brasil, 2020).

A população em situação de rua é um fenômeno social constituído por múltiplas determinações e tem grande relevância para a formação da pobreza nas sociedades capitalistas. As condições histórico-estruturais propiciaram o fenômeno pauperismo, em que, por conta do novo modelo de trabalho, muitos se transformaram em mendigos, ladrões, vagabundos em detrimento das circunstâncias (Marx, 1988:851). Em decorrência disso, o fenômeno PSR se inicia no seio do pauperismo (Silva, 2006).

Para Marx (1988:743), existe a superpopulação relativa que eclode, de forma aguda, de acordo com o ciclo industrial e de forma crônica, nos períodos de aparente estabilidade. A superpopulação relativa subdivide-se em: flutuante, latente e estagnada. A primeira forma é reflexo do movimento dos trabalhadores nos grandes centros industriais que são repelidos e atraídos pelo mercado de trabalho e que tem como característica jovens de idade mediana, sendo

o típico perfil da população em situação de rua. A forma latente é expressa ao ter fluxo migratório dos trabalhadores rurais para os centros urbanos. E por fim, a forma estagnada que se refere à parte da classe trabalhadora ativa, no entanto, em atividades irregulares, cumprindo jornada de trabalho exaustiva, salários desproporcionais e sem cobertura social.

O aumento do fenômeno população em situação de rua pode ser explicado a partir da segunda metade da década de 1990 em que foi observado o aumento da superpopulação relativa, principalmente da forma flutuante, como resultado da diminuição de postos de trabalho na indústria; estagnada por conta do aumento do trabalho precarizado e do pauperismo (Silva, 2006).

A caracterização do fenômeno população em situação de rua leva em conta as múltiplas determinações, sendo elas: fatores estruturais; biográficos e fatos da natureza ou desastres de massa. Os fatores estruturais estão relacionados à ausência de moradia, alterações economicamente institucionais de grande impacto social, inexistência de trabalho e renda, dentre outros. A história de vida de cada indivíduo, incluindo a interrupção de vínculos familiares, abuso de substâncias ilícitas, mortes de familiares, evasão do país de origem, caracteriza os fatores biográficos. Por fim, os fatos da natureza ou desastres de massa incluem terremotos e inundações (Silva, 2006).

Historicamente, o Censo do IBGE, em sua pesquisa, não leva em consideração pessoas sem domicílio, o que impacta em dados oficiais sobre a PSR, acarretando, também, em análises e estruturação de políticas públicas precarizadas. Os dados utilizados são os fornecidos pelo Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal por isso, apesar dos avanços no que tange a produção de dados, é necessário que se tenha o comprometimento público com a coleta de informações que possibilitem o acompanhamento dos dados (Brasil, 2020).

A Política Nacional para População em Situação de Rua foi instituída através do Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 e deverá ser implementada de forma descentralizada e articulada entre os entes federados e sua adesão será por meio de instrumentos próprios. Além da igualdade e equidade, a PNPSR tem como alguns princípios: respeito à dignidade; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e respeito a condições sociais. Estabelece também algumas diretrizes: promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; integração das políticas públicas em cada nível de governo; incentivo e apoio à organização da população em situação de rua e à sua participação nas

diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas; democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos (Brasil, 2009).

Os entes federados devem produzir, estruturar, propagar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede e a cobertura dos serviços destinados a PSR; instituir a contagem oficial da PSR; disponibilizar canais de comunicação para recebimento de sugestões para o aperfeiçoamento das políticas de públicas voltadas para os segmentos; possibilitar o acesso a desse grupo aos benefícios previdenciários (Brasil, 2009).

O Decreto Nº 9.894 de 27 de junho de 2019 estabelece o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua e a sua composição ocorre com indicação dos ministérios como o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Trabalho e Emprego; Cultura, dentre outros; e tem como uma de suas atribuições a elaboração de planos, acompanhamento e monitoramento da PNPSR; organizar encontros nacionais para analisar e criar ações. Além disso, foram revogados do artigo 9º ao 14º da PNPSR e o comitê voltou a ser órgão consultivo do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no entanto, foram retirados a participação e o controle social. Em 2023, através do Decreto Federal Nº 11.472, foi restituído a participação e controle social previstos nas LOS (Brasil, 2019, 2023).

A resolução Nº 40 de 13 de outubro de 2020 estabelece diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua conforme a PNPSR. Dispõem sobre as atribuições para cada esfera de governo, bem como para cada equipe de saúde sobre os seguintes temas: direitos humanos e direito à cidade e à moradia; assistência social; segurança pública; sistema de justiça; educação; saúde; trabalho; segurança alimentar e nutricional; cultura, esporte e lazer (Brasil, 2020).

Portanto, é necessário que se tenha o entendimento de que saúde não é ausência de doença. A sua conceituação envolve um agrupamento de fatores determinantes e condicionantes, o que a torna mais próxima da abordagem dos direitos humanos, sendo eles: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, renda, educação, lazer, dentre outros (Júnior *et al.*, 2020). A PSR instiga uma crescente discussão sobre como criar e executar políticas públicas que atendam às suas especificidades (Valsechi; Marques, 2023).

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Tipo de estudo**

Estudo descritivo, ecológico, exploratório com abordagem quantitativa.

### **5.2. Unidades de análise**

As unidades de análise do estudo são os Conselhos Municipais de Saúde do estado do Maranhão cadastrados no Sistema de Informação do Conselhos Nacional de Saúde (SIACS), com dados atualizados até agosto de 2024.

### **5.3. Coleta de dados**

A coleta foi realizada de fevereiro a agosto de 2024. O SIACS é um banco de acesso público, disponibilizado na internet, o cadastro no site é realizado por meio de solicitação de acesso ao sistema pelos conselhos de saúde que recebem uma senha para realizarem o registro de suas informações para integrar o banco de dados.

O Observatório Nacional dos Direitos Humanos (ObservaDH) também foi uma fonte secundária utilizada para a construção da pesquisa. É uma plataforma instituída pela portaria nº571 de 11 de setembro de 2023 e está vinculada ao Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), possui acesso público com compilados de dados sobre crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas LGBTQIA+ e de pessoas em situação de rua. O principal objetivo é disseminar e analisar informações sobre os direitos humanos no Brasil, fornecendo subsídio para planejamento e monitoramento das políticas públicas voltadas para os grupos já citados (Brasil, 2023).

Para o desenvolvimento da pesquisa foram coletadas as seguintes variáveis: Municípios do Estado do Maranhão com conselhos de saúde cadastrados no SIACS; data da última composição; representação por município da população em situação de rua nos conselhos de saúde do Estado do Maranhão; população em situação de rua cadastrado no CadÚnico até julho de 2023 em cada município do estado do Maranhão; população absoluta de acordo com o censo IBGE 2022 cadastrado em cada município do estado do Maranhão.

### **5.4. Análise e apresentação de dados**

Os dados foram digitados no Excel® para análise de frequência e exportados para o TabWin® para confecção de mapas. O TabWin® é um programa desenvolvido pelo DATASUS com finalidade de contribuir no trabalho de tabulação e o tratamento de dados das equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas com arquivos no formato DBF que se constituem nos componentes básicos dos sistemas de informações do SUS - Sistema Único de Saúde (Silvia, 2009).

### **5.5. Aspectos éticos**

Esta pesquisa faz parte do projeto “Perfil dos Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão” submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMA, conforme as normas estabelecidas na Resolução nº 466 de 2012, com parecer aprovado nº 5.248.583, CAAE

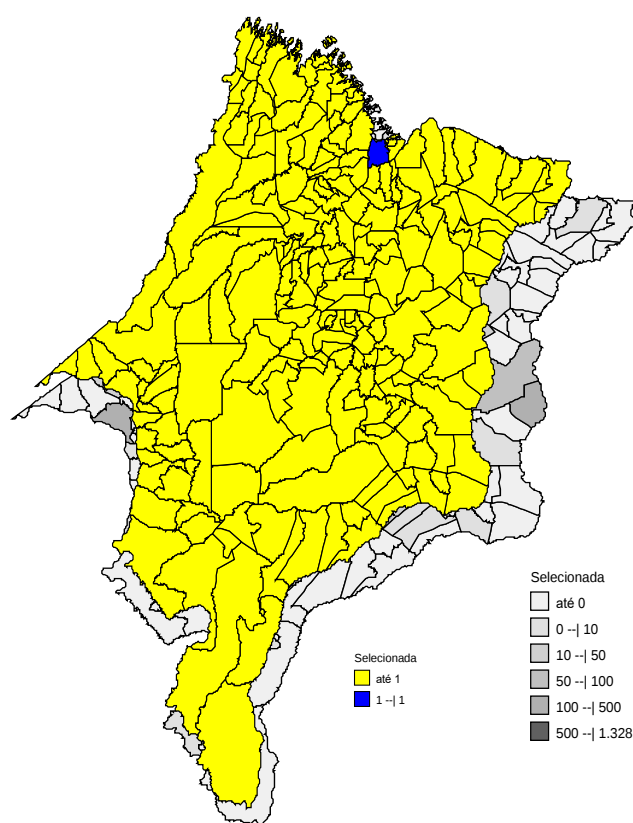
90328518.4.0000.5087. Contou com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), por meio do Edital nº 09/2020.

## **6. RESULTADOS**

No Maranhão, há 218 conselhos de saúde, referente aos seus 217 conselhos municipais e seu conselho estadual. Desses, somente 152 estão cadastrados no sistema SIACS e representam, portanto, o universo de análise desse estudo.

Conforme os dados do ObservaDH, referentes ao ano de 2023, no Maranhão há população de rua distribuída em 40 municípios do estado (figura 1), totalizando 2172 pessoas, o que representa cerca de 0,03% de sua população.

Dos 152 conselhos analisados, apenas o município de São Luís possui representação de movimentos relacionados à população em situação de rua. Na figura 1, é possível verificar a distribuição da população de rua por município no estado do Maranhão e realizar um comparativo da distribuição da representatividade desse grupo populacional nos conselhos a partir da figura 2.



**Figura 1:** Distribuição da população em situação de rua nos municípios maranhenses.

**Fonte:** As autoras.

**Figura 2:** Representação da população de rua nos conselhos de saúde dos municípios maranhenses.

**Fonte:** As autoras.

## 7. DISCUSSÃO

Há uma discrepância entre a distribuição da população de rua nos municípios do estado e sua representatividade nos conselhos de saúde. Essa baixa representatividade pode resultar em ausência de políticas específicas para cuidar da saúde dessa população.

A participação social reúne vozes de pessoas, comunidades e sociedade civil para os processos de tomada de decisão, sendo considerado um elemento fundamental para uma governança inclusiva. Sendo assim, ocupa um lugar importante na gestão dos sistemas de atenção à saúde (SAS) composto por três atores que precisam estar intimamente ligados, sendo eles: estado, cidadãos e provedores de insumos e ações em saúde (Kujawa, 2023).

Uma pesquisa que analisou o itinerário terapêutico da população de rua de um município de pequeno porte em Minas Gerais, verificou que o cuidado da PSR está estruturado em redes de apoio social, constituída inclusive por ações de voluntariado e nesses municípios as redes são o principal meio de acesso aos serviços de saúde e de serviços, ressaltando ainda que o suporte mútuo entre as pessoas em situação de rua desempenha um papel crucial no seu bem-estar (Henrique; Borges; Mattos, 2022).

Essa situação, portanto, pode ser resultante da ausência da implementação de políticas de saúde específicas para essa população, uma vez que a participação social pode ser um instrumento eficaz para dar visibilidade as particularidades das comunidades vulneráveis e marginalizadas para que as decisões voltadas para essa minoria promovam justiça, equidade, facilitação no acesso e a qualidade dos serviços de saúde. A institucionalização da participação social pode maximizar o senso de propriedade coletiva e proporcionar diálogo entre os atores, estado e cidadãos ou as representações (WHO 2023).

Quando se trata de grupos menos favorecidos social e economicamente, tem-se um peso maior no que diz respeito à participação social. As minorias ou grupos com menos poder, quando corroboram para a política de saúde, reorganizam a dinâmica de poder, resultando na minimização do desequilíbrio do mesmo. Dessa forma, as pessoas envolvidas nos processos decisórios devem estar conscientes para formular um mecanismo participativo pertinente e inclusivo para a política de saúde (OPAS, 2022).

Um estudo que analisou as barreiras de acesso aos serviços de saúde da População em Situação de Rua (PSR) e as estratégias de cuidado na percepção das trabalhadoras das equipes de Consultório na Rua (eCR) de Belo Horizonte aponta que a gestão municipal deve promover alinhamentos institucionalizados para as situações já previstas em normativas nacionais e municipais, estabelecendo fluxos e protocolos específicos para a PSR, considerando seus modos de vida para garantir o acesso e cuidado oportuno, com ampla divulgação para a rede e a ressalta a importância reforçar a participação social da PSR e da sua representação no controle social, nos Conselhos e Conferências de Saúde (Fraga; Modena; Silva, 2024). A maximização das desigualdades sociais aumenta o número de pessoas que demandam de proteção social e isso inclui os serviços públicos de saúde (Barreto, 2017).

Desse modo, podemos inferir, ainda que não tenha sido objetivo desse estudo, que o cuidado em saúde da PSR nos municípios analisados pode refletir a abrangência de políticas públicas locais, uma vez que a representação dessa população nos conselhos de saúde é escassa. O que pode fomentar ainda mais as disparidades e desafios dessa população, destacando a necessidade de intervenções integradas com o campo da assistência social, por exemplo.

De acordo com o estudo de realizado por Brito e Silva (2022), até nos serviços de saúde a PSR passa por situações discriminatórias, seja por sua aparência, ausência de documentos, de domicílio ou pelo uso de drogas, que é um estereótipo que reforça a desassistência e cerceamento do direito, da cidadania e da vida. Com isso, a baixa representação nos conselhos de saúde pode ser um refletir essa situação nos serviços de saúde.

As populações marginalizadas, em decorrência das suas restrições sociais e econômicas, são mais propensas a focar sua atenção a sobreviver em lugar de dedicar tempo para envolver-se em momentos participativos (Zapata, 2009; Montesanti, 2014). Além disso, o seu interesse também é embasado na sua interpretação da capacidade de agir das organizações dos serviços de saúde para atender as suas demandas e sugestões. Com isso, é fundamental entender o contexto cultural, social e fatores que influenciam na marginalização para ser realizada a adaptação do engajamento para fornecer planejadores e facilitadores da participação comunitária (Montesanti, 2014).

A construção e fortalecimento de espaços para a participação social é um processo que exige esforços deliberados e sustentados para ser mais inclusivo e suprir as necessidades da população. Portanto, as vozes de grupos vulneráveis e marginalizados corroboram para as tomadas de decisões e no desenvolvimento da equidade. A participação de pessoas locais e dos

beneficiados pelas políticas de saúde são pertinentes para aprimorar a transparência das decisões e a sua eficácia (OPAS, 2022).

Outro resultado importante de ser ressaltado é a constatação da quantidade de conselhos municipais de saúde registrados no SIACS. Observou-se que 66 conselhos não apresentam registro, o que dificulta o acesso à informação no que diz respeito à composição desses conselhos, o que pode ter subestimado a participação de movimentos da PSR, o que pode ser uma limitação desse estudo.

Vale ressaltar que a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, Lei de Acesso à Informação (LAI) regula o acesso a essas informações e a Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 versa que *a transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde* (Brasil, 2011, 2012b).

Não encontramos na literatura estudos que evidenciem a participação da PSR no controle social em saúde, desse modo, apontamos o ineditismo desse trabalho como uma potencialidade para discutir a necessidade de aproximar os esses movimentos sociais do controle social institucionalizado.

## 8. CONCLUSÃO

A representatividade da PSR nos conselhos municipais de saúde do Maranhão apresenta desafios significativos, conforme identificado neste estudo. A discrepância entre a distribuição dessa população nos municípios e sua baixa representatividade nos espaços de controle social pode impactar diretamente na formulação e implementação de políticas públicas específicas para suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni G. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. **Interface - Comunic., Saúde, Educ., Saúde, Educ.** v.11, n.23, p.409-26, set/dez 2007.

BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades en salud: una perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2097-2108, 2017.

BATAGELLO, Rodrigo; BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Jorge Alberto Cordón. Conselhos de saúde: controle social e moralidade. **Saúde e sociedade**, v. 20, p. 625-634, 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019. Dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9894.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9894.htm). Acesso em: 22 maio 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil . BRASÍLIA: [s. n.], 2016. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 22 maio 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. 11 Mai 2012a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html). Acesso em: 22 maio 2024.

BRASIL. Conselhos Nacional dos Direitos Humanos. Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020. Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. Diário. Diário Oficial da União. 14 Out 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy\\_of\\_Resolucao40.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy_of_Resolucao40.pdf). Acesso em: 22 maio 2024.

BRASIL. IBGE [S. l.; s.n.]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>. Acesso em: 14 de agosto de 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde; e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 23 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 18 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 22 de maio 2024.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990a. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 22 de maio de 2024.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 dez. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm). Acesso em: 15 de junho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 de junho de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. POLITICAS DE SAÚDE: METODOLOGIA DE FORMULAÇÃO. BRASILIA, 1998. 15 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa\\_politicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf). Acesso em: 15 de junho de 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023a. Observatório Nacional dos Direitos Humanos está no ar; conheça a plataforma do MDHC com indicadores inéditos sobre grupos vulnerabilizados. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/observatorio-nacional-dos-direitos-humanos-esta-no-ar-com-indicadores-ineditos-sobre-grupos-vulnerabilizados>. Acesso em: 14 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. População em situação de rua; Plano de ação e monitoramento para efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua. BRASÍLIA. 2023b 79p. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2\\_of\\_V3\\_plano\\_acoes\\_populacao\\_de\\_rua1.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2_of_V3_plano_acoes_populacao_de_rua1.pdf). Acesso em: 15 de junho de 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2009a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm). Acesso em: 18 de junho de 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 11.472, de 6 de abril de 2023c. Altera o Decreto nº 9.894, de 27 de junho de 2019, que dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília: Diário Oficial da União, 2023b.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA SAÚDE. Passo Fundo: IFIBE; **CEAP**, 2007.

COTTA, Rosângela M. M.; CAZAL, Mariana de M.; MARTINS, Poliana C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2437–2445, ago. 2010.

DE MOURA Sousa, M. A. V.; BINDE, J. L. IMPORTÂNCIA DO CONTROLE SOCIAL DENTRO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. [s.l.] **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso** –, 12 dez. 2019.

JÚNIOR, Claudio José dos Santos; SILVA, John Victor dos Santos; GOMES, Valmir de Melo; RIBEIRO, Mara Cristina. Participação popular na gestão do SUS: construção de um projeto de intervenção para fortalecimento do controle social. **Diversitas Journal**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 901–909, 2020. DOI: 10.17648/diversitas-journal-v5i2-790.

FRAGA, Priscilla Victória Rodrigues; MODENA, Celina Maria; SILVA, Paloma Ferreira Coelho. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e8963, 2024.

KUCHARSKI Wahhab, K.; BATTISTI, I. D. E. .; FERNANDES, . D. M. M.; ANASTÁCIO, Z. F. C. . Políticas Públicas De Saúde No Brasil: Uma Trajetória Do Império A Criação Do Sus . **Revista Contexto & Educação**, [S. l.], v. 37, n. 117, p. 38–49, 2022. DOI: 10.21527/2179-1309.2022.117.12871.

KUJAWA, Henrique; PINTO, Rodrigo Silveira; LELES, Fernando Antônio Gomes; MACHADO, Frederico Viana. Participação em saúde como elemento indissociável para o

fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde nas Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, p. e109, 2023.

HENRIQUE, Beatriz Laurinda; BORGES, Maria Eduarda Bertoni; DE MATTOS, Magda. A busca pelo cuidado: itinerário terapêutico de pessoas em situação de rua. **Scientific Electronic Archives**, v. 16, n. 2, 2023.

MAAS, Lucas Wan Der et al. A pobreza no Maranhão: uma análise com base na perspectiva multidimensional. **Sociedade e Estado**, v. 37, p. 407-433, 2022.

MARANHÃO. Lei Estadual no 7.528 de 30 de junho de 2000. **Cria o Conselho Estadual de Saúde e dá outras providências.**, [s. l.], 2000.

MARX, Karl. **O Capital**. Livro 1. Volume I. Tradução: Reginaldo Sant'anna 12<sup>a</sup>ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A., p. 743- 851, 1988.

MONTESANTI, Rose Stephanie. **The participation of marginalized populations in health services planning and decision making**. 2014. Tese de Doutorado.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

Organização Pan-Americana da Saúde. Voz, agência, empoderamento – **Manual de participação social para cobertura universal de saúde**. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726402>.

PINTO, Luiz Felipe; Soranz Daniel ; David Ponka; Luís Augusto Pisco; Zulmira Hartz. 40 anos de Alma-Ata: desafios da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo Referências. **Ciênc. saúde** [s. l.], v. 25, p. 1012020, 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

SILVA, Edson Arlindo; PASSADOR, Cláudia Souza. Políticas Públicas, Desenho Institucional E Estrutura Normativa Dos Conselhos Gestores De Saúde No Brasil. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 15, n. 7, 2019.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – **Universidade de Brasília**, Brasília, DF, 2006.

SOUZA, Livia de Souza.; ARAUJO Bianca de Oliveira. JULIANO, Iraildes Andrade; ARAUJO, Mariana de Oliveira. Facilidades, Dificuldades E Oportunidades Do Controle Social Em Saúde Para A Garantia Do Acesso À Saúde. **Rev. Baiana saúde pública**, v. 45, n. 3, p. 178-196 jul./set. 2021.

VALSECHI, Daniel Felix; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Equidade em saúde para a população em situação de rua: uma revisão crítica. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 957-977, 2023.

WHO - World Health Organization. Social participation for universal health coverage: technical paper. **Washington, D.C.: OPAS;** 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240085923>.

OLIVEIRA, Alison; GUIZARDI, Francini Lube. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersetorialidade nas políticas de saúde e assistência social. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, p. e190650, 2020.

VALSECHI, Daniel Felix; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Equidade em saúde para a população em situação de rua: uma revisão crítica. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 957-977, 2023.

## **ANEXOS**

## ANEXO I – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO - UFMA



### PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Perfil dos Conselhos de Saúde do Estado do Maranhão

**Pesquisador:** Judith Rafaelle Oliveira Pinho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 90328518.4.0000.5087

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Maranhão

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.248.583

#### Apresentação do Projeto:

O controle social em saúde é instituído pela Lei nº 8142/1990, essa mesma lei institui os conselhos e conferências de saúde com instâncias colegiadas que visam garantir esse direito. O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde, porém pouco se conhece sobre sua organização e estrutura no âmbito do Estado do Maranhão. Assim, o objetivo desse estudo é analisar as instâncias de controle social no Estado do Maranhão. Será realizado um estudo híbrido de natureza quanti e qualitativa. Para a análise quantitativa será delineado um desenho ecológico, analítico com os 217 conselhos municipais do estado do Maranhão (CMS/MA) e no Conselho Estadual de Saúde (CES/MA). Para a análise qualitativa utilizara-se a metodologia das representações sociais a partir da evocação livre de palavras. A teoria das representações sociais auxilia na compreensão da realidade social por meio da análise de conhecimentos construídos e manifestos no senso comum (SANT'ANNA, 2012). Com esse estudo espera-se conhecer a realidade dos conselhos de saúde do estado do Maranhão, principalmente no que se refere à influência política de sua composição. O grau de influência política nessa formação influencia diretamente nas decisões locais de saúde, como planejamento e execução orçamentária em um município.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

**Bairro:** Bacanga

**CEP:** 65.080-805

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)3272-8708

**Fax:** (98)3272-8708

**E-mail:** cepufma@ufma.br