

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**“EU NÃO TÔ SUJA, ESSA É A MINHA COR”: POPULAÇÃO NEGRA EM SITUAÇÃO
DE RUA E O RACISMO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”.**

por

Wakyla Cristina Amaro Corrêa

BELO HORIZONTE
2023

DISSERTAÇÃO MSC-IRR W.C.A. CORRÊA 2023

WAKYLA CRISTINA AMARO CORRÊA

“EU NÃO TÔ SUJA, ESSA É A MINHA COR”: POPULAÇÃO NEGRA EM SITUAÇÃO DE RUA E O RACISMO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - área de concentração em Políticas públicas, programas e serviços de saúde.

Orientação: Paula Dias Bevilacqua

Coorientação: Paloma Ferreira Coelho Silva

BELO HORIZONTE

2023

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

C824 Corrêa, Wakyla Cristina Amaro.
2023

“EU NÃO TÔ SUJA, ESSA É A MINHA COR’: população negra em situação de rua e o racismo institucional na Atenção Básica à Saúde” / Wakyla Cristina Amaro Corrêa. - Belo Horizonte, 2023.

116 f. : il. color.

Orientadora: Paula Dias Bevilacqua.

Coorientadora: Paloma Ferreira Coelho Silva

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva), Belo Horizonte, 2023.

Bibliografia: f. 103 - 109.

1. Racismo/prevenção&controle. 2. Pessoas Mal Alojadas/estatística & dados numéricos. 3. Saúde/etnologia. 4. Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde. I. Título.

CDD 155.916

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica:
Segemar Oliveira Magalhães – CRB/6 1975 FIOCRUZ. Instituto René Rachou.
Biblioteca de Ciências da Saúde Prof. Zigman Brener

WAKYLA CRISTINA AMARO CORRÊA

“EU NÃO TÔ SUJA, ESSA É A MINHA COR’: POPULAÇÃO NEGRA EM SITUAÇÃO DE RUA E O RACISMO INSTITUCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva - área de concentração em Políticas públicas, programas e serviços de saúde.

Banca examinadora:

Prof. Dra. Paula Dias Bevilacqua (FIOCRUZ MINAS) Presidente

Prof. Dra. Roberta Gondim de Oliveira (ENSP FIOCRUZ) Titular

Prof. Dra. Ana Pereira dos Santos (FIOCRUZ MINAS) Titular

Prof. Dra. Polyana Aparecida Valente (UEMG) Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 09/10/2023

*Dedico este trabalho as
Pessoas em situação de rua que acreditaram na potência dessa
pesquisa, a minha família, minha companheira, aos amigos,
companheiros de Consultório na Rua e aqueles que vieram
antes de mim e que me possibilitaram estar aqui.*

*“Navios negreiros e apelidos dados pelo
escravizador Falharam na missão de me dar
complexo de inferior [...]*

*Nossos traços faciais são como letras de um
documento. Que mantém vivo o maior crime de
todos os tempos Fique de pé pelos que no mar
foram jogados [...]*

*Atacam nossas religiões, acusando de feitiços.
Menosprezam a nossa contribuição para a
cultura brasileira, mas não podem arrancar
o
orgulho de nossa pele negra!”*

Mulheres Negras - Yzaliú.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família como um todo, que me ensinou desde criança a respeitar minha ancestralidade e a identificar como o racismo se configura como uma violência.

Agradeço a minha avó Evanildes Maria e a Balbina da Graça, as minhas tias avós Ernestina Graciano e Ezomar Graciano, que me ensinaram sobre força, coragem, felicidade, afeto e amor. Sem vocês eu não chegaria aonde estou. Obrigada por investirem na minha educação e por acreditar que eu poderia alcançar lugares que não imaginava estar. Tudo que foi escrito, pensado e construído nesta dissertação só foi possível porque vocês são minha base.

Agradeço aos meus pais e irmãos por mostrarem que família significa correr junto, acreditar e apostar no caminhar. Mãe, Liliane, obrigada por aquela ligação só para saber como anda a pesquisa, Pai, Wenderson, obrigada pelos áudios me incentivando, irmã, Wevellyn, obrigada por me escutar com tanta atenção e me fazer acreditar que estava conseguindo transmitir muito bem o que queria pesquisar. William e Júnior, obrigada por me apoiarem, por acreditarem que tudo daria certo.

Agradeço ao meu amor, minha companheira, Dayanna Salomão, que se fez presente desde o momento que iniciei o mestrado. Obrigada por me escutar diariamente, a me incentivar com muito amor, carinho, beijos e lanchinhos. Obrigada pela parceria, por, em vários momentos, pegar na minha mão e me lembrar tudo que já havia feito. O seu amor foi essencial para mim durante esse processo. Escrever essa dissertação estando com você ao meu lado tornou tudo mais leve.

Agradeço aos meus amigos que se fizeram presentes nestes anos de construção da pesquisa, estar em outro município para estudar e trabalhar só foi possível porque encontrei em vocês suporte para seguir acreditando.

Agradeço também aos colegas do Consultório na rua, a “família equipe Oeste/Barreiro”, que compartilharam comigo muitas histórias, construções, afetos e carinho. Que enfrentam diariamente as diversas cenas de racismo, sempre com ética, pensando no cuidado das pessoas.

Agradeço a orientadora Paula e a coorientadora Paloma, por toparem pesquisar população em situação de rua e racismo, obrigada por acreditarem na possibilidade dessa escrita. Obrigada por toda transmissão de conhecimento, por cada orientação, que me demonstraram os valores de pesquisa ética, cuidadosa e consistente.

À Biblioteca do IRR, em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrando o rol de referências desta dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

Por fim, agradeço a todas as pessoas negras em situação de rua que se fizeram presente nesta pesquisa. Obrigada por concordarem em compartilhar suas dores, perspectivas, palavras, afetos e alegrias comigo.

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo compreender a percepção da população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte, sobre o racismo sofrido na Atenção Básica à Saúde, bem como analisar se essa população relaciona o racismo a dificuldades no acesso à atenção básica. Nesta pesquisa, verificou-se que o racismo se constitui como uma determinação social em saúde e, também, como uma barreira de acesso, dificultando a população negra em situação de rua em acessar os equipamentos de saúde. Tendo como materialização do racismo, o não atendimento humanizado, o não compromisso com o cuidado do usuário e, muitas vezes, a marginalização desses sujeitos. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, sendo orientada por um roteiro com tópicos e perguntas. As 14 entrevistas foram realizadas com pessoas negras e em situação de rua que vivem nos territórios da Regional Oeste e da Regional Barreiro de BH. Para realizar a análise de dados, utilizei a técnica de análise de conteúdo, sendo os dados discutidos em articulação com a literatura levantada. Para auxiliar na discussão, foi realizada uma revisão integrativa, onde buscou-se identificar como se dá o acesso à Atenção Básica à Saúde da população em situação de rua após a aprovação da Política Nacional para População em Situação de Rua. A partir dessa revisão foi possível discutir o acesso em três pontos de análise, o CnaR, a articulação em rede e as barreiras. A partir da análise das entrevistas, os resultados se constituíram em quatro pontos, o primeiro da caracterização da população entrevistada, como eles percebiam e identificavam o racismo, qual a percepção deles sobre acesso a saúde, as barreiras de acesso e por fim, se eles identificavam que o racismo influencia nessa dificuldade de acesso. Ao final, foi possível discutir como o racismo institucional perpassa essa percepção da população em relação ao acesso aos serviços de saúde, correlacionando com as barreiras de acesso e com as categorias de discussão da revisão integrativa.

PALAVRAS-CHAVE: Racismo, População em Situação de Rua, Saúde, Barreiras de Acesso.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the perception of the black homeless population served by the Street Clinic in Belo Horizonte about the racism they suffer in primary health care, as well as to analyze whether this population relates racism to difficulties in accessing primary health care. This study found that racism is a social determinant of health and also a barrier to access, making it difficult for the black homeless population to access health facilities. The materialization of racism is the lack of humanized care, the lack of commitment to user care and, often, the marginalization of these individuals. The data was collected through semi-structured interviews, guided by a script with topics and questions. The 14 interviews were carried out with black homeless people living in the West Regional and Barreiro Regional areas of BH. To analyze the data, I used the content analysis technique, and the data was discussed in conjunction with the literature surveyed. To help with the discussion, an integrative review was carried out, which sought to identify how access to Primary Health Care for the homeless population occurs after the approval of the National Policy for the Homeless Population. Based on this review, it was possible to discuss access in three points of analysis: the CnaR, network articulation and barriers. From the analysis of the interviews, the results consisted of four points, the first characterizing the population interviewed, how they perceived and identified racism, what their perception of access to health was, the barriers to access and finally, whether they identified racism as influencing this difficulty of access. In the end, it was possible to discuss how institutional racism permeates the population's perception of access to health services, correlating it with barriers to access and with the categories discussed in the integrative review.

KEYWORDS: Racism, Homeless Population, Health, Barriers to Access.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da busca de documentos na plataforma CAPES.	54
Figura 2: Fluxograma da busca de documentos na plataforma BDTD.	55
Figura 3: Fluxograma da busca de documentos na plataforma Google Acadêmico.	56
Figura 4 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o tempo em situação de rua, Belo Horizonte - MG, 2023.	81
Figura 5 – Distribuição percentual dos participantes da pesquisa, segundo raça/cor autodeclarada, Belo Horizonte - MG, 2023.	82
Figura 6 – Distribuição percentual dos participantes da pesquisa, segundo escolaridade, Belo Horizonte-MG, 2023.	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos estudos selecionados quanto aos títulos, autores, ano de publicação, idioma, região em que foi realizada a pesquisa e periódico de publicação ou programa de pós-graduação. 58

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores destinados à pesquisa, desenvolvimento e atividades científicas e técnicas correlatas por estado em 2020	63
Tabela 2 - Dados sociodemográficos das pessoas em situação de rua entrevistadas, Belo Horizonte-MG, 2023.	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB ou ATB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CadÚnico - Cadastro único para Programas Sociais

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CdeR - Consultórios de Rua

Centros Pop - Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua

CEP - Comitês de Ética em Pesquisa

CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental)

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CIAMP-Rua - Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua

CnaR - Consultórios na Rua

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONGEMAS - Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência

Social CRESS- Conselho Regional de Serviço Social

CS - Centro de Saúde (Nomenclatura usada pela população de Belo Horizonte, equivalente a UBS)

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IAPM- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRR - Instituto René Rachou

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MEC - Ministério da Educação (MEC)

MNPR - Movimento Nacional da População em Situação de Rua

ONGS – organizações não governamentais

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas

PNAS - Política Nacional de Assistência

Social PNAB- Política Nacional de Atenção

Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PNPSR - Política Nacional para População em Situação de Rua.

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PSR - população em situação de rua

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEAS - Serviço Especializado de Abordagem Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFBA - Faculdade de Medicina da Universidade Federal da

Bahia UFES- Universidade Federal do Espírito Santo

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.	15
1.1 Relevância e justificativa.	17
2 OBJETIVOS.	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.	20
3.1 Colonialismo, Capitalismo e Racismo.	20
3.2 Políticas de Saúde para a População Negra.	31
3.3 População em Situação de Rua.	39
4 PROBLEMA DE PESQUISA	46
5 HIPÓTESE	46
6 METODOLOGIA.	47
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.	51
7.1 Artigo de revisão integrativa: Acesso à Atenção Básica à Saúde da população em situação de rua a partir da aprovação da Política Nacional para População em Situação de Rua.	51
7.1.1 Introdução	51
7.1.2 Metodologia	52
7.1.3 Resultados e discussão	57
7.1.4 Conclusão.	80
7.2 Resultados e discussão.	80
7.2.1 Caracterização da população.	80
7.2.2 Percepção da população em situação de rua sobre racismo.	85
7.2.3 Direito ao acesso à saúde.	89
7.2.4 Dificuldades enfrentadas ao acessar a UBS e outros serviços.	93
7.2.5 Relação entre racismo e dificuldade no acesso.	96
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.	101
REFERÊNCIAS	103
ANEXOS.	110
Anexo I - Roteiro de Entrevista.	110
Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevistas Individuais.	112
Anexo III - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.	116

1 INTRODUÇÃO.

“Eu não tô suja, essa é a minha cor”. Essa frase foi proferida por uma mulher negra em situação de rua após um episódio de racismo que vivenciou ao tentar comprar comida em um restaurante, ao ser proibida de entrar no estabelecimento por estar “suja”, ela responde com essa frase. Essa resposta diz de uma privação, esse fragmento aponta como o racismo atravessa os acessos e a circulação das pessoas de pele preta e exemplifica o que será discutido nesta pesquisa.

Em Belo Horizonte, a estratégia de cuidado em saúde da população em situação de rua (PSR)¹ é realizada pelas equipes de Consultório na Rua, serviço vinculado à rede de Saúde Mental e à Política de Atenção Básica à Saúde (APS). Nesse município, a população em situação de rua está estimada em cerca de 9 mil pessoas e é composta, em sua maioria, por homens negros (DIAS, et al, 2021).

A partir da minha atuação como assistente social nesse serviço, identifiquei que essas pessoas, ao acessarem o centro de saúde (equipamento que integra a Atenção Básica e que é referência para encaminhamento da PSR), algumas vezes não são atendidas ou enfrentam dificuldades no atendimento, devido, por exemplo, à higiene pessoal precária, às vestimentas e a outros estigmas relacionados a essa população. A partir dessa percepção, busquei compreender se a população negra atendida pelo Consultório na Rua entende o racismo como uma barreira de acesso ao atendimento nos centros de saúde da cidade. Outra manifestação do racismo que afeta o acesso é a não percepção, por parte dos profissionais que atendem nesses serviços de saúde, de que essas pessoas negras em situação de rua são atravessadas diariamente pelo racismo, vivenciado tanto nos serviços nos quais buscam atendimento, incluindo os da saúde, quanto por meio da violência física sofrida nas ruas.

Estudar essa população considerando o recorte de cor/raça e o racismo busca reduzir uma lacuna existente nas produções científicas brasileiras sobre o tema, pois, dentre os estudos relacionados à população em situação de rua, realizados no período de 2006 a 2016, apesar da diversidade de temáticas abordadas, não existem análises das questões étnico-raciais e do racismo afetando a vida dessas pessoas. As produções são voltadas para crianças e jovens em situação de rua, mulheres, idosas, a relação dessas pessoas com o sistema prisional, com a

¹ Nesta pesquisa, utilizo o termo “População em Situação de Rua (PSR)”, e não “população na rua”, ou “população de rua” para indicar uma situação passageira, e não uma condição ou característica definitiva do grupo estudado.

religião e com a precarização do trabalho e, também, pessoas que estão em situação de rua e fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas (SICARI; ZANELLA, 2018).

Tendo em vista esses aspectos, esta pesquisa parte da seguinte questão: Qual a percepção da população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte sobre o racismo sofrido no acesso à AB? Parto do pressuposto de que essa população identifica que o acesso aos equipamentos de saúde da AB é afetado pelo racismo, ainda que, às vezes, não seja tão explícito, por se dar de forma velada durante o atendimento – ou na sua recusa – por meio de julgamentos baseados em estereótipos.

Logo, o objetivo desta pesquisa é compreender a percepção da população negra em situação de rua sobre o racismo sofrido no acesso à AB, analisando como essas pessoas compreendem o racismo e o direito ao acesso à saúde, identificando as dificuldades enfrentadas por elas no acesso para, assim, analisar se essa população relaciona essas dificuldades ao racismo.

A dissertação está dividida em quatro capítulos, sendo o primeiro capítulo constituído por: introdução, relevância e justificativa, destacando a importância do estudo do racismo relacionado à população em situação de rua e as motivações para o desenvolvimento da pesquisa, constituído também pelos objetivos gerais e específicos, revisão de literatura, que aborda o conceito de raça e de racismo, e as suas relações com a colonização europeia no Brasil e com o capitalismo, bem como as suas implicações na construção dos direitos da população negra; a política de saúde para a população negra e os desafios para a sua efetivação e, por último, a população em situação de rua, com ênfase nas políticas existentes para esse grupo e nas consequências do racismo para a sua saúde. Além disso, neste capítulo, constam o problema de pesquisa e a hipótese. No segundo capítulo, aborda-se a metodologia. O terceiro capítulo está estruturado nos resultados e nas discussões e, por último, o quarto capítulo traz as considerações finais.

A seção de resultados está dividida em duas partes. Na primeira, são apresentados, no formato de artigo, os resultados de uma revisão integrativa, e na segunda, os resultados da pesquisa de campo.

1.1 Relevância e justificativa.

A escrevivência em sua concepção inicial, se realiza como um ato de escrita das mulheres negras, como uma ação que pretende borrar, desfazer uma imagem do passado, em que o corpo-voz de mulheres negras escravizadas tinha sua potência de emissão também sob o controle dos escravocratas, homens, mulheres e até crianças. E se ontem nem a voz pertencia às mulheres escravizadas, hoje a letra, a escrita, nos pertence também (EVARISTO, 2020, p.2).

O racismo é estrutural. Reconhecer que o racismo está presente na sociedade brasileira implica considerar, por exemplo, que diferentes indicadores socioeconômicos, como mortalidade materna, taxas de homicídios entre a juventude e desigualdades no mercado de trabalho, são mais prevalentes na população negra. As desigualdades que atingem a população de cor preta e parda têm origens históricas e persistem na atualidade.

A discriminação racial presente no Brasil é uma herança da sociedade escravista. Mesmo após a abolição, a marginalização da população negra continua naturalizada. Essa população compõem, majoritariamente, o grupo das pessoas em situação de vulnerabilidade, invisível nas suas especificidades na formulação e operacionalização de políticas públicas, mais suscetível a mortes violentas, a agressões e abusos de autoridade. É preciso ressignificar a história da população negra na sociedade brasileira e refletir sobre a desigualdade racial e social que acomete esse grupo (EURICO, 2013). O sistema capitalista e o racismo impactam diretamente a vida da população negra no Brasil, operando como elementos de manutenção da miséria e da marginalização – não por acaso grande parte da população que se encontra em situação de rua no país é negra (ROCHA, 2020).

O interesse em estudar a temática étnico-racial surgiu na minha trajetória acadêmica durante o segundo período da Graduação em Serviço Social na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), quando cursei uma disciplina optativa sobre o debate étnico-racial e o Serviço Social e, posteriormente, pesquisei sobre movimento quilombola para o Trabalho de Conclusão de Curso. Isso possibilitou o acesso a bibliografias relacionadas aos movimentos sociais de resistência, à constituição de quilombos, ao período da abolição da escravatura, ao racismo como essencial para a manutenção do sistema capitalista, à estruturação da falsa democracia racial e aos impactos do racismo nos altos índices de violência contra a população negra.

Depois disso, dei continuidade ao estudo das questões étnico-raciais durante a minha

Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família no Hospital Odilon Behrens, como Assistente Social Residente, pesquisando o atravessamento do racismo na população em situação de rua de Belo Horizonte sob a ótica dos trabalhadores do Consultório de Rua. Essa pesquisa revelou que, para os trabalhadores do Consultório de Rua, assim chamado na época, a população em situação de rua sofre diversos preconceitos e discriminações no convívio em sociedade em função da classe social, da cor/raça, do gênero e da orientação sexual. Além disso, na visão dos trabalhadores, também há discriminação desse grupo por estar em situação de rua, por suas vestimentas e pela higiene pessoal.

Os trabalhadores desse serviço não apenas perceberam os impactos do racismo na vida da população em situação de rua, como também afirmaram entender a importância de problematizar o racismo estrutural na atuação profissional de cada um, pois compreender o racismo na história de vida dessas pessoas é entender uma série de violações de direitos que os perpassam, desde o nascimento até a vida adulta.

A pesquisa evidenciou, também, as dificuldades de garantir o acesso aos direitos da população atendida pelo serviço, onde existe a sensação, por parte dos trabalhadores, de que é preciso convencer os profissionais desse serviço de que o acesso à saúde é universal e de direito a todos, de que aquela pessoa em situação de rua tem direito a ser atendida, tendo, inclusive, às suas demandas específicas respeitadas.

Os resultados dessa pesquisa apontaram para a importância da formação profissional e da elaboração de estratégias para o enfrentamento do racismo em conjunto com a população atendida. Essa pesquisa me permitiu refletir sobre como o não acesso aos serviços, principalmente de saúde, possui relação com os efeitos do racismo institucional na vida desses usuários, pois “as instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Ou seja, “as instituições são racistas porque a sociedade é racista” (ALMEIDA, 2018, p. 36).

Sendo assim, esta pesquisa dá continuidade aos estudos realizados durante a minha trajetória como residente multiprofissional, tendo como foco a AB, devido à vinculação do Consultório na Rua com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

As equipes do Consultório na Rua são mencionadas na PNAB, junto com outros segmentos de equipes da Atenção Básica para populações específicas. Atualmente, as equipes

realizam atividades e atendimentos compartilhados e integrados às Unidades Básicas de Saúde e com a Rede de Atenção Psicossocial. Este estudo, então, que aborda a atuação do Consultório na Rua, tem o intuito de aprofundar as reflexões sobre a relação entre o racismo e o atendimento à população em situação de rua na AB.

O estudo da população em situação de rua a partir da temática racial é relevante em função de uma lacuna identificada na produção científica brasileira durante uma década (2006 a 2016) sobre esse grupo. Sicari e Zanella (2018), verificaram, a partir de uma revisão sistemática utilizando 115 produções acadêmicas, uma enorme abrangência de temas tratados nos trabalhos – como os diversos modos de viver e sobreviver estando em situação de rua, a construção social da imagem da pessoa que vive em situação de rua, a relação entre saúde e assistência social, o processo de saída das ruas e a relação dessas pessoas com a cidade – sem, entretanto, uma correlação entre a população em situação de rua, as questões étnico-raciais e o racismo (SICARI, 2018 apud ROCHA, 2020).

Diante disso, acredita-se que esta pesquisa, ao analisar a influência do racismo no acesso à saúde pela população em situação de rua, seja relevante para gerar reflexões e propor melhorias na assistência à saúde desses sujeitos. Além disso, para mim, como assistente social, pesquisar o racismo é uma estratégia de fortalecimento da luta antirracista dentro da profissão, como parte da postura ética profissional. A importância dessa discussão foi evidenciada pela adoção do tema “Assistentes Sociais no combate ao Racismo” durante a campanha de gestão do Conselho Federal de Serviço Social e dos Conselhos Regionais de Serviço Social (CFESS/CRESS) de 2017 a 2019, destacando a importância de as assistentes sociais atentarem para os impactos do racismo para a população negra e como isso afeta a população atendida por esses profissionais.

O conjunto CFESS/CRESS publicou uma série de cadernos intitulada “Assistentes Sociais no combate ao preconceito”, com o objetivo de orientar e estimular assistentes sociais a compreender, de forma crítica, as diversas formas de opressão que podem estar presentes no cotidiano profissional. Com base nesses cadernos, o CFESS/CRESS lançou um documento sobre o racismo, enfatizando a importância da luta antirracista dentro da categoria profissional: “faz-se necessária a apreensão crítica acerca dessa realidade e a apropriação de conhecimentos sobre o fenômeno do racismo e de suas diversas expressões na vida social” (ROCHA, 2016, p.16).

E, ainda, pesquisar sobre o racismo e a saúde da população negra em situação de rua é pensar na importância da garantia de direitos, da busca pela equidade e pela diminuição das barreiras de acesso, tal como previsto no Código de Ética do Assistente Social, de 1993, que menciona, como um dos princípios do Serviço Social, o “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática” (CONSELHO, 1993, p.23).

2 OBJETIVOS.

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é compreender a percepção da população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte sobre o racismo sofrido no acesso à Atenção Básica.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar como a população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte vivencia o racismo;
- Analisar o significado de direito à saúde para essa população.
- Identificar as dificuldades enfrentadas pela população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua no acesso à Atenção Básica;
- Analisar se essa população relaciona o racismo às dificuldades enfrentadas no acesso à Atenção Básica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO.

3.1 Colonialismo, Capitalismo e Racismo.

Somente admitindo o papel social, ideológico e político do racismo poderemos compreender sua força permanente e seu significado polimórfico e ambivalente (MOURA, 1994, p.1).

Historicamente, o significado de raça sempre teve ligação com uma forma de classificar, primeiro as plantas e animais e, posteriormente, os seres humanos, especialmente a partir da expansão econômica mercantilista no Ocidente (ALMEIDA, 2018). Nesse período,

marcado pelas grandes navegações ocorridas no século XV, os europeus questionavam se os negros africanos e os indígenas que viviam nas Américas seriam bestas ou humanos, valendo-se da teologia e, mais tarde, da ciência para sustentar esse discurso (MUNANGA, 2010).

No século XVIII, cientistas europeus, começaram a utilizar a categoria raça como parâmetro para distinguir as populações, tendo como referência a cor da pele (MUNANGA 2010). O discurso racial serviu, assim, para justificar e legitimar a escravização de negros africanos nas Américas, que já ocorria desde o século XVI, com base em teorias científicas que defendiam uma suposta inferioridade dos negros em relação aos brancos (MUNANGA, 2010).

A partir de Munanga (2004), Souza (2019) afirma que a dominação europeia, no primeiro momento, baseava-se em uma visão sobrenatural, que sustentava uma suposta vocação cristã de civilizar o restante do mundo. Posteriormente, a dominação passou a se ancorar em uma cientificidade manipulada, ou seja, os colonizadores classificavam e hierarquizavam as raças por meio de explicações científicas, atribuindo aos negros e aos índios uma ontologia negativa.

A efetivação da expansão comercial burguesa no Ocidente foi sustentada por uma visão do europeu como homem universal, civilizado e evoluído, tomado como referência para classificar as culturas, e os povos diferentes desse sistema cultural como menos evoluídos e menos civilizados (ALMEIDA, 2018). A classificação de pessoas por meio da raça serviu, nesse contexto, como justificativa para a dominação dos negros pelos brancos e para a instauração de poder dos países europeus sobre os povos colonizados:

[...] os indivíduos da raça “branca”, foram decretados coletivamente superiores aos da raça “negra” e “amarela”, em função de suas características físicas hereditárias, tais como a cor clara da pele, o formato do crânio (dolicocefalia), a forma dos lábios, do nariz, do queixo, etc. que segundo pensavam, os tornam mais bonitos, mais inteligentes, mais honestos, mais inventivos, etc. e consequentemente mais aptos para dirigir e dominar as outras raças, principalmente a negra mais escura de todas e consequentemente considerada como a mais estúpida, mais emocional, menos honesta, menos inteligente e, portanto, a mais sujeita à escravidão e a todas as formas de dominação (MUNANGA, 2004, p.5).

Como se vê, a ideia de raça se fundamentou na diferenciação fenotípica entre os exploradores e os explorados, a partir da qual se pressupunha uma estrutura biológica distinta entre eles. Consequentemente, o discurso de raça deu origem às identidades étnico-raciais –

índios, negros e mestiços (aqueles que nasciam da junção da raça negra com a indígena), tendo a cor da pele como fator determinante (QUIJANO, 2005).

Marcado por conflitos e disputas de poder, o discurso de raça é empregado, desde então, com o intuito de justificar a exploração, a violência e a dominação da população negra (ALMEIDA, 2018), como afirma Mbembe em *Crítica da razão negra*:

Acabamos de afirmar que a raça é um lugar de realidade e de verdade - a verdade das aparências. Mas é também um lugar de dilaceração, de efervescência e de fervor. A verdade do indivíduo a quem é atribuída uma raça está simultaneamente em outro lugar e nas aparências que lhe são atribuídas. A raça está por detrás da aparência e sob aquilo de que nos apercebemos. É também constituída pelo próprio ato de atribuição - esse meio pelo qual certas formas de infra-vida são produzidas e institucionalizadas, a indiferença e o abandono, justificados, a parte humana do Outro, violada, velada ou ocultada, e certas formas de enclausuramento, ou mesmo de condenação à morte, tornadas aceitáveis (MBEMBE, 2017. p, 66).

Esse dispositivo de poder que é a raça institui o racismo como uma forma de discriminação que se manifesta em práticas conscientes ou inconscientes, resultando, dependendo do grupo racial a que pertencem, em privilégios ou desvantagens para os indivíduos, uma vez que se trata de um “processo histórico e político que cria as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática” (ALMEIDA, 2018, p. 34).

O racismo foi essencial para o desenvolvimento do capitalismo, servindo de pretexto ideológico para fundamentar a escravização negra e a conquista de territórios. Moura (1994) afirma que o racismo se alimentou de ambições econômicas, políticas e expansionistas, constituindo-se como artifício para amparar crimes contra raças diferentes das dos europeus, ancorados em fatores biológicos, psicológicos e culturais. Desse modo, o racismo foi essencial para a invasão dos colonizadores nos territórios que eles julgavam como "bárbaros", “selvagens” e “inferiores”, legitimando o domínio e a destruição de sua população. A escravização, portanto, fez parte da constituição do sistema capitalista, pois “o estabelecimento do tráfico de escravos e os interesses econômicos dos Impérios coloniais ajudaram a criar sociedades escravistas nas Américas” (ALADREN, 2010, p.77), de maneira que não haveria capitalismo sem o racismo.

O negro e a raça no imaginário das sociedades europeias representavam a mesma coisa, reduzindo o corpo a uma questão de pele, de cor, de aparência, correlacionando essas características físicas a uma condição de exclusão, humilhação, coisificação e desumanização.

O negro teve sua carne transformada em coisa, em objeto, em mercadoria, passando a ser considerado um produto essencial e indissociável do capitalismo (MBEMBE, 2017).

Com base na teoria de Marx (2008), discutida por Corato (2020), a estrutura capitalista surge com a separação entre a classe trabalhadora e os meios de produção, onde a classe trabalhadora é proprietária apenas da sua própria força de trabalho e é desprovida dos meios de produção para favorecer a produção de mais-valia e, conseqüentemente, a acumulação de capitais. O modo de produção se baseia, assim, em uma combinação entre as relações de produção e as forças produtivas, entendendo-o como uma totalidade que articula as dimensões sociais, econômicas, políticas e ideológicas (HINDESS; HIRST, 1978 apud CORATO, 2020).

As colônias foram importantes no processo de acumulação primitiva de capitais, pois faziam circular a economia do capital mercantil em âmbito mundial, inicialmente com a hegemonia de Portugal e Espanha e, em seguida, da Inglaterra, França e Holanda. Nas colônias onde aconteciam a plantagem, que era a extração das riquezas naturais, a produção agrícola era centrada na exportação, no uso da terra e na força de trabalho do africano escravizado (CORATO, 2020).

Souza (2019), a partir da discussão de Eric Williams (2012), ressalta a importância de associar o sistema colonial e o escravismo ao processo de acumulação primitiva de capital, pois o fluxo entre as metrópoles (de países centrais da Europa) e as colônias era marcado pela detenção e dominação do comércio, possibilitando a elas o investimento nos setores industriais que viriam a ser, mais tarde, a principal atividade do capitalismo. Diante disso, é possível relacionar colonialismo, escravização e capitalismo, já que a colonização das Américas se configurou como uma forma específica e historicamente determinada de escravidão, o chamado escravismo colonial (SOUZA, 2019).

Souza (2019), citando Gorender (2016), afirma que, durante o escravismo, a existência do sujeito escravizado foi perpassada por um conflito entre o negro escravizado e a condição que lhe foi imposta, que o coisificava e o desumanizava. Assim, ao tentar afirmar a sua humanidade, o negro estaria violando a condição de propriedade dos escravistas. No regime escravista, a pessoa escravizada não tinha garantia de nenhum direito, nem contrato, e seu corpo, transformado em mercadoria, era propriedade privada do senhor de engenho, podendo ser comercializado, vendido, trocado por qualquer outra: “observemos que o privilégio de ser branco europeu foi mecanismo de manutenção do status quo das elites, enquanto ser negra/o

era a condição de receber toda ‘sorte’ de consequências desumanas do escravismo” (CORATO, 2020, p. 46).

A negação dos direitos evidencia o quanto a escravização impossibilitou a cidadania da população negra. Segundo Carvalho (2008), a cidadania plena diz respeito a três direitos fundamentais: os direitos civis, que abarcam o direito à vida, à igualdade, à liberdade e à garantia do ir e vir; os direitos políticos, que correspondem à participação das pessoas por meio do voto e da escolha dos representantes para governar a sociedade; e os direitos sociais, voltados para a garantia do bem-estar social, por meio do acesso à saúde, ao trabalho, à educação, à aposentadoria, entre outros. A população escravizada era violentada já em seu direito civil básico, uma vez que podia ser torturada, espancada e morta (CARVALHO, 2008).

Porém, para essa população, a negação da cidadania na colônia se dava pela privação dos três direitos considerados essenciais para a condição de cidadão: os direitos civis beneficiavam a poucos, os políticos apenas a uma pequena parcela da população que atendia aos critérios necessários para exercê-los, e os direitos sociais, que ainda não existiam enquanto tais, já que essa função ficava a cargo da Igreja. A assistência social estava nas mãos de associações particulares, entidades religiosas que ofereciam atendimento à população considerada pobre, pois o Estado não promovia o acesso à assistência social, nem aos direitos trabalhistas (CARVALHO, 2008).

Os escravizados dependiam dos grandes proprietários de terra para se defender de outros proprietários, para trabalhar e para morar. Os senhores não eram considerados cidadãos também, mas devido à falta do senso de cidadania, e por serem livres, eles podiam votar e ser votados. Em suas mãos estava a justiça, que eles manipulavam para o poder pessoal, enquanto o poder do governo só era exercido até os portões das fazendas; o que demonstra como o negro escravizado não acessava direitos civis básicos, já que a proteção da sua vida estava nas mãos dos senhores, e não do Estado (CARVALHO, 2008).

Após a independência, implantou-se no Brasil um governo que possuía como modelo as monarquias constitucionais e as representativas europeias. Em 1824, a Constituição foi outorgada, articulando ideias da constituição francesa e espanhola, instaurando os poderes executivo, legislativo e judiciário. A constituição de 1824 teve o papel principal de regularizar os direitos políticos de quem podia acessá-lo, gerando, também, muitas limitações aos direitos civis. Nela, constava quem poderia votar e quem poderia ser votado: os homens com mais de

25 anos e que tivessem renda superior a 100 mil réis, ficando de fora, por exemplo, as mulheres e os escravizados. Esta constituição ignorou a existência da escravização (CARVALHO, 2008).

Ainda sobre o direito ao voto, em 1881, a câmara dos deputados aprovou uma lei que introduziu uma mudança nos critérios para a votação, aumentando para 20 mil-réis a renda, e excluindo os analfabetos – destacando que apenas 15% da população brasileira era alfabetizada (CARVALHO, 2008). Ressalta-se que essa população não alfabetizada era a mesma que naquele momento era escravizada ou que tinha conseguido a liberdade de alguma forma. A Proclamação da República, em 1889 e, posteriormente, a Constituição Republicana de 1891, não modificaram esse quadro em relação ao voto. A única modificação que ocorreu foi a não exigência da renda, mas continuavam excluídos os analfabetos, as mulheres, os “mendigos”, os soldados e os religiosos (CARVALHO, 2008).

No Brasil, o escravismo colonial foi marcado por duas fases. A primeira correspondeu ao princípio da escravização, do século XVI até a primeira metade do século XIX, chamada de escravismo pleno; a segunda fase compreendeu o período entre 1850 e 1888, denominada escravismo tardio:

É fundamental para esta última fase do escravismo compreendermos que as bases para o desenvolvimento capitalista já estavam sendo instituídas e institucionalizadas. Todas as medidas, leis e tarifas, especialmente após a Abolição, se intensificaram, garantindo a marginalização total das/os recém-libertas/os, o que nos permite compreender o porquê de a maioria da população pobre no Brasil ser negra (CORATO, 2020, p. 12).

O escravismo tardio demarca um período em que, enquanto outros países se adequaram à nova fase do capitalismo industrial, implementando o trabalho livre, o Brasil ainda mantinha o regime de colônia. O escravismo durou até o momento em que não era mais possível e viável a reposição da população negra escravizada, elemento essencial para a manutenção da riqueza (MOURA, 2014 apud SOUZA, 2019).

Para reconhecer a independência do Brasil, a Inglaterra exigiu a assinatura de um tratado que incluísse a proibição do tráfico negreiro. Assim, em 1831, foi votada uma lei que tratava o tráfico como pirataria, mas que não foi cumprida na prática. O tráfico negreiro foi extinto em 1850, quando a marinha da Inglaterra afundou, nos portos brasileiros, os navios suspeitos de traficar escravizados (CARVALHO, 2008).

Assim, em 1850, foi promulgada a Lei Eusébio de Queirós, proibindo o tráfico negro oriundo da África, mas que na prática ela não enfraqueceu a dinâmica escravista no Brasil e sim favoreceu para criar outras formas de comercialização. Importante ressaltar que o tráfico que garantia a reposição da força de trabalho, uma vez que a vida útil do escravizado era de, no máximo, dez anos, de tão precarizadas as condições de trabalho a que era submetido (MOURA, 1988; CORATO, 2020).

O fim do regime escravocrata no Brasil foi resultado de alguns fatores, como a redução de escravizados após a proibição do tráfico negro; o aumento do preço do escravizado, tornando o trabalho escravo inviável para a economia cafeeira; as lutas e resistências dos escravizados; a articulação e pressão dos abolicionistas, somadas à pressão externa e pública para a instituição do trabalho livre (SOUZA, 2019).

Ianni (1978) afirma que, ao final do período de escravização, cerca de 9.500.000 negros foram traficados para os países do Novo Mundo, sendo a maior parte trazida para o Brasil. A abolição da escravatura no parlamento brasileiro só começou a ser discutida em meados de 1884. A partir de muita luta do movimento abolicionista e dos interesses vigentes na mudança de escravizados para trabalhadores livres, foi formalizado em 13 de maio de 1888 pela Lei Áurea (um documento com apenas dois artigos), o fim do período da escravização no Brasil. O período escravocrata termina com uma grande parte da população negra não acessando nenhum tipo de direito, seja social, civil ou político (CARVALHO, 2008).

Com a abolição, os ex-escravizados passam a dispor dos direitos civis, porém o ganho da liberdade não é acompanhado da inclusão social da população negra, tendo em vista que ela não foi assistida no que se refere aos bens sociais básicos. Os direitos sociais, como saúde, trabalho, moradia e educação, são importantes para a diminuição das desigualdades produzidas pelo sistema capitalista e para garantir o mínimo de bem-estar social, ou seja, a abolição não criou as condições necessárias para que a população negra alcançasse a cidadania plena (CARVALHO, 2008).

Assim, a população negra passou a ser considerada livre, mas sem nenhuma condição objetiva e subjetiva para exercer sua cidadania. Segundo Carvalho (2008), os três séculos de colonização deixaram marcas no Brasil, expressas pelo grande percentual de pessoas analfabetas após a abolição, por uma economia latifundiária baseada na monocultura e pelos resquícios da sociedade escravocrata, que impediram, e ainda impedem, o acesso aos direitos

de forma plena (CARVALHO, 2008).

No período pós-abolição, existia um quantitativo grande de pessoas negras que estavam desocupadas, sem nenhum incentivo do governo para serem integradas à sociedade civil. Por outro lado, o Estado incentivou e criou mecanismos para estimular a migração europeia com o objetivo de embranquecer a sociedade, tendo em vista que o número de pessoas negras no território brasileiro era maior do que o de pessoas brancas. Acreditava-se, assim, que o Brasil seria mais civilizado se a população fosse embranquecida (MOURA, 1988).

Sem escolas, empregos e terras, muitos negros libertos acabavam retornando às fazendas em que viviam para trabalhar, agora recebendo baixos salários. Outros iam trabalhar nas cidades, enquanto uma parcela considerável ficava sem emprego formal. Nos lugares em que havia expansão da produção de café, tanto na área rural (agricultura), como na área urbana (indústrias), os negros foram substituídos pelos imigrantes recém-chegados com o incentivo do governo, restando para a população negra os trabalhos mais pesados e com menores salários (CARVALHO, 2008).

O discurso de branqueamento no Brasil colocava o negro como inferior e justificava essa inferiorização pela classificação racial. Além de restringir a potencialidade social do negro, esse discurso instaurava a “democracia racial”, a partir da qual os negros eram culpabilizados por sua situação de maior vulnerabilidade, como se as oportunidades fossem semelhantes para negros e brancos (MOURA, 1988). O incentivo da vinda dos imigrantes europeus para o Brasil acentuou ainda mais a desigualdade social e reafirmou as relações raciais como fator determinante para a exclusão da população negra (CORATO, 2020).

Até o ano de 1930, a garantia dos direitos políticos no Brasil era dada a poucos grupos e, quando a população os reivindicava, o governo reagia de forma arbitrária e autoritária. Esse ano foi um marco importante na história do país, em que houve mudanças políticas e, principalmente, em relação aos direitos sociais. O período dos anos 1930 a 1945 foi marcado por avanços na legislação trabalhista e previdenciária. Outro fato importante foi a mudança demográfica que ocorreu com a redução do fluxo imigratório e aumento da migração, especialmente do Norte e do Nordeste para São Paulo. Esse fator alterou a composição da classe operária, que antes era em sua maioria estrangeira (CARVALHO, 2008). Apesar dessas mudanças, a população negra continuou excluída das atividades econômicas formais.

Em 1932, foi criada a carteira de trabalho, documento importante para a identidade do trabalhador e para garantir a veracidade dos fatos em disputas jurídicas com os patrões. Com a Constituição de 1934, é instituída a jornada de oito horas de trabalho, regularizando as relações de trabalho e possibilitando a criação de um salário-mínimo para atender as necessidades básicas do trabalhador (CARVALHO, 2008). Importante ressaltar que os trabalhos regularizados pela Constituição incluíam apenas as atividades desempenhadas no comércio, nos bancos e nas indústrias.

No âmbito da previdência, os avanços ocorreram a partir de 1933, com a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM). Mais tarde, foram criados institutos para outros trabalhadores urbanos, como os bancários, os comerciários, os trabalhadores das indústrias e os servidores do Estado, excluindo as demais categorias, como os autônomos, as trabalhadoras domésticas e os trabalhadores rurais (que eram maioria na época). Esses trabalhadores, que estavam à margem do sistema previdenciário, eram, em sua maioria, os ex- escravos que residiam na área rural e exerciam funções que os impossibilitavam de acessar à previdência. A previdência, nesse sentido, era um privilégio, e não um direito (CARVALHO, 2008).

Na era Vargas, houve uma expansão dos direitos sociais, ficando o presidente conhecido como o “pai dos pobres”. Os direitos sociais nesse período estavam à frente dos direitos políticos e civis, o que significava que, independentemente da ação do governo, os direitos sociais eram vistos pela população não como um direito, mas sim como um favor (CARVALHO, 2008). Após a derrubada de Vargas, em 1946, o Brasil entrou em uma fase, nomeada por Carvalho (2008), como primeira experiência democrática. Nesse ano, foi criada a Constituição que manteve os avanços sociais do período anterior, garantindo, também, os direitos civis e políticos.

A constituição de 1946 ampliou o direito ao voto, estendendo-o para quase todos os cidadãos – mulheres e homens maiores de 18 anos, com exceção dos analfabetos. Em 1950, a população brasileira não alfabetizada era 57% do total, em sua maioria composta pelos ex-escravizados que trabalhavam na área rural (CARVALHO, 2008), tendo-se assim, mais um direito negado a esse grupo.

Desde a abolição, o Estado brasileiro não se envolveu nas questões relacionadas ao trabalho agrícola. As pessoas que residiam no campo tiveram uma legislação social e sindical

apenas a partir de 1963, em que o governo promulgou o Estatuto do Trabalhador Rural (CARVALHO, 2008). Contudo, mesmo com a criação deste estatuto e com o grande número de sindicatos, os trabalhadores rurais continuavam excluídos da previdência. Também continuavam excluídos desse direito os trabalhadores autônomos e as mulheres que exerciam, em grande parte, a função de empregada doméstica. Ressaltando que essa última profissão consistia em um grande mercado de trabalho informal, em que essas mulheres não acessavam nenhum direito trabalhista. Devido a isso, as relações de trabalho e pessoais lembravam as práticas do período da escravidão (CARVALHO, 2008).

Já o período da ditadura militar foi marcado pela ênfase nos direitos sociais, enquanto os direitos civis e políticos foram violentamente limitados. Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que, mediante o desconto de 8% dos trabalhadores que possuíam carteira assinada, era concedido o acesso a benefícios, como aposentadoria e assistência médica. Mais uma vez, foram excluídas as empregadas domésticas, os trabalhadores autônomos (até 1973) e os trabalhadores informais (CARVALHO, 2008).

Nos anos 70, apesar do crescimento econômico, que favoreceu apenas uma parcela da população brasileira, houve aumento das desigualdades, resultando na migração da população do campo para as cidades, em busca de trabalho e de melhores condições de vida. A urbanização representava, nesse momento, uma melhora na qualidade de vida para a população migrante, mas essa melhora pode ser relativizada quando se considera a população negra, pois essas pessoas estavam desempregadas, sem nenhum suporte, ocupando morros e favelas, aumentando, assim, a ocupação irregular nas cidades (CARVALHO, 2008).

Em 1976, após reestruturação no setor da previdência social, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse processo de reestruturação ocorreu devido à necessidade de expansão do atendimento à saúde, caracterizado por uma lógica hospitalocêntrica e privada, para aqueles que eram trabalhadores com registro na carteira profissional, não existindo, contudo, um princípio universal em relação ao acesso (RAMOS, 2007).

Limitar o acesso à saúde para apenas aqueles que possuíam carteira assinada e trabalho formal significava excluir uma grande parcela da população. O período da ditadura militar ampliou os direitos sociais, mas não para todos, ao excluir as pessoas com baixa escolaridade, os trabalhadores rurais e os trabalhadores informais que, por sinal, eram aqueles

que ainda vivenciavam os reflexos do período colonial.

Após a ditadura militar, houve uma retomada dos direitos políticos, mas que não resultou em avanços dos direitos civis, pois, tendo como regulador o poder judiciário, beneficiavam à população mais rica e com acesso à educação. Consequentemente, a legislação excluía uma maioria que não podia contar com a segurança pública e vivia à margem das grandes cidades (CARVALHO, 2008).

Em 1988, houve a aprovação da Constituição Cidadã, considerada a mais democrática dentre as quatro que o país já teve. Um ano depois, ocorreu a primeira eleição direta desde 1960, ampliando os direitos políticos ao instituir o voto universal (CARVALHO, 2008). A Constituição ampliou também o acesso aos direitos sociais, embora as desigualdades, presentes desde o período colonial, ainda predominassem:

O analfabetismo em 1997 era de 9% entre os brancos e 22% entre os negros e pardos, os brancos tinham 6,3 anos de escolaridade; os negros e pardos, 4,3; entre os brancos, 33,6% ganhavam até um salário-mínimo, entre os negros, 58% estavam nessa situação, e 61,5% entre os pardos; a renda média dos brancos era de 4,9 salários- mínimos; a dos negros, 2,4 e a dos pardos, 2,2 (CARVALHO, 2008, p.208)

Toda essa trajetória de exclusão trouxe consequências para a população negra, que ainda hoje possui os piores indicadores relacionados à qualidade de vida. O Brasil herdou do período colonial a negação da condição humana do negro e um Estado comprometido com o poder privado, e não com as questões sociais e com o interesse público (CARVALHO, 2008).

A Constituição Federal de 1988, marcante no processo histórico brasileiro, reuniu a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social na composição da Seguridade Social brasileira, estando a Saúde presente em cinco artigos (Art.196 ao Art. 200). Neles, a Saúde é definida como um direito de todos e dever do Estado. A nova Constituição dita também uma organização regionalizada e hierárquica, focada na construção de um sistema único (BRAVO, 2006).

Dois anos após a constituição, em 1990, foi criada a Lei nº 8080 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios e diretrizes a universalidade do acesso e a assistência à saúde de forma integral. Pensar em saúde como direito de todos é romper com os outros modelos existentes na história do Brasil, que antes tinham a assistência à saúde relacionada à previdência social. Ou seja, ter acesso à saúde estava condicionado a ter um contrato de trabalho formal, desassistindo grande parte da população, majoritariamente negra.

Entretanto, mesmo se passando 133 anos de abolição, ainda hoje o reflexo desse período está enraizado na sociedade brasileira. Veem-se, assim, frequentes situações de discriminação racial, que associam estereótipos negativos à população negra, relegando-a a uma condição de inferioridade e subalternidade. A aprovação da Constituição Federal, apesar dos avanços na implementação de políticas públicas, especialmente no âmbito da saúde, não foi suficiente para garantir o acesso equânime para a população negra, sendo necessária a criação de políticas específicas para essa população, como será discutido em seguida.

3.2 Políticas de Saúde para a População Negra.

A sociedade brasileira, a partir de 1980, tem adquirido uma consciência de seu direito à saúde, reconhecendo-o como um direito essencial. O conceito de saúde é abordado por diversas correntes teóricas, variando desde a compreensão de saúde como ausência de doença, até uma visão mais ampla que abarca as condições de vida da população (DALLARI, 1988).

Desde 1946, a Organização Mundial da Saúde, reconhecendo a saúde como um direito humano, a define como “um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (DALLARI, 1988, p.58). A saúde, assim, tem um significado amplo, que não está apenas relacionado a doenças, mas também a outros condicionantes, como trabalho, renda, acesso à moradia, escolaridade, raça, gênero, sexualidade, entre outros.

A ideia de saúde como direito passa por aspectos individuais e coletivos:

[...] as principais reflexões e reivindicações em torno do direito à saúde passam, de maneira incontornável, pelas formas com que o Estado e a vida social, em determinado tempo e espaço, influenciam no direito individual e coletivo à saúde. Se o direito individual é visto em termos de liberdade – de decisão e acesso às informações e recursos necessários a uma vida saudável –, o direito coletivo à saúde é visto em termos de igualdade não apenas jurídica, mas, sobretudo, política e econômica. Em ambos, entretanto, a preocupação com a pobreza e a desigualdade social assume importância central, em oposição às reivindicações identitárias que apenas posteriormente ganharam espaço no cenário público, especialmente ao longo do século XX (FAUSTINO, 2017, p.3832).

A efetivação do direito à saúde possui, assim, o desafio de equilibrar a liberdade e a igualdade, tendo em vista a sua pluralidade de significados, não bastando apenas ser declarado na Constituição, mas demandando, também, a devida organização dos poderes estatais (DALLARI, 1988).

Além disso, o debate sobre o direito à saúde se insere no contexto de eclosão dos

movimentos sociais, especialmente o movimento da Reforma Sanitária. Com base na categoria classe social, para abordar as desigualdades sociais, tal movimento sofreu críticas por parte de novos atores políticos em função da centralidade nos aspectos econômicos, desconsiderando outros, como a questão racial (MAIO; MONTEIRO, 2005 apud FAUSTINO, 2017). A entrada de novos atores foi importante para diversificar a mobilização, trazendo outras demandas, como raça/etnia, gênero e sexualidade (FAUSTINO, 2017).

Outro ponto marcante na instituição do direito à saúde é a diferença entre universalização e focalização de políticas públicas. A universalização tem como objetivo a expansão dos direitos sociais para todos, constitui-se, no âmbito da saúde, como um princípio fundamental, expresso no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Nele, a saúde é entendida como direito de todos e dever do Estado, devendo este garantir o acesso universal e igualitário (FAUSTINO, 2017).

Já a focalização é uma abordagem que ganha força com a crise estrutural do capitalismo e com o agravamento das desigualdades sociais, a partir da dissolução do que chamam de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), aponto que no Brasil, não houve a implementação de um Estado de Bem-Estar Social na sua concepção original, tal qual se verificou nos países europeus. Essa estratégia busca enfrentar esse cenário, a focalização prevê a atuação em alguns pontos específicos e mais necessitados do sistema. Tal abordagem está atrelada ao neoliberalismo, que tende a buscar um Estado que garanta o mínimo possível de direitos sociais e invista cada vez mais no desenvolvimento econômico (FAUSTINO, 2017).

A criação do SUS segue a lógica contrária da focalização, ao assumir o direito à saúde como universal, responsabilizando o Estado sobre seu papel na garantia de direitos: “o resultado foi a estruturação de uma reforma orientada para a universalização, mas, ao mesmo tempo, sensível à existência de características específicas na população. O princípio da equidade, [...] expressa bem essa busca” (FAUSTINO, 2017, p. 4).

A equidade enquanto um princípio surge devido ao caráter desigual da sociedade brasileira, uma vez que apenas a universalização é insuficiente para garantir o acesso de grupos populacionais específicos (CORDEIRO, 2006):

O princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-

se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população (BRASIL, 2009, p.2).

Cordeiro (2006) traz a perspectiva de Fernanda Lopes (2005), segundo a qual o princípio do acesso universal e igualitário não é suficiente para assegurar o acesso da população negra aos serviços de saúde, pois os processos de nascer, viver, adoecer e morrer são diferentes entre pessoas negras e brancas. Aponta, também, que os filhos de mulheres negras possuem mais riscos de adoecer e morrer, dadas as condições materiais, o ambiente físico, político, social, cultural, as condições de trabalho, moradia, o acesso à educação e à saúde. Dessa forma, a população negra brasileira tem expectativa de vida menor do que a da população branca (LOPES, 2005 apud CORDEIRO, 2006).

Já para Faustino (2017), a saúde da população negra enfrenta três desafios principais. O primeiro desafio diz respeito às marcas que o sequestro de negras e negros deixou na história dessa população, dos reflexos da escravização, e que se dão, também, pela desvalorização dos saberes e práticas de saúde ancestrais dessa população. O segundo desafio tem um caráter político, que são as dificuldades em relação à institucionalização das demandas de saúde da população negra, tanto em termos de produção acadêmica sobre a saúde da população negra, como também em relação à dificuldade dessa temática ser incluída nas pautas políticas. O autor chama a atenção para a presença do movimento negro na luta pela Reforma Sanitária. As experiências governamentais iniciais, que focaram na saúde da população negra, deram-se na década de 1980, com algumas prefeituras que incorporaram determinadas demandas do movimento negro, principalmente das mulheres negras. Em nível nacional, essa construção se deu da seguinte forma:

[...] somente após a mobilização nacional em torno da III Conferência Internacional contra o Racismo, Homofobia e as Intolerâncias Correlatas, realizada em 2001, em Durban, África do Sul, e a resultante criação, em 2003, da Secretaria Especial para a Promoção da Igualdade Racial, que o Ministério da Saúde criou um Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com o objetivo de promover a equidade racial em saúde. [...] observa-se um conjunto de diálogos entre gestores executivos do Ministério da Saúde, bem como outros órgãos colegiados como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, e outros movimentos sociais vinculados à saúde, que resultou na aprovação, em 2006, no Conselho Nacional de Saúde-CNS, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN (FAUSTINO, 2017, p. 3835).

Em 13 de maio de 2009, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da

População Negra (Portaria GM/MS nº 992/2009), no intuito de tentar compensar os diversos efeitos da discriminação racial e da exploração vivenciada por negros e negras ao longo da história do Brasil, gerando consequências importantes na saúde desses indivíduos. A política surge, assim, reconhecendo social e politicamente o atravessamento do racismo nos diversos aspectos da vida da população negra (NETO et al., 2015). A criação dessa Política demarca o racismo como uma determinação² social da saúde e reconhece o racismo institucional³.

O terceiro desafio são as divergências sobre a existência de um campo específico para saúde da população negra, como, por exemplo: a discordância sobre o uso do conceito de raça de uma maneira politizada; a crítica ao se utilizar o binômio branco/negro; discordância no tocante à compreensão da centralidade do racismo como determinante social da saúde, e não só relacionado às questões econômicas; e divergência quanto à visão da saúde da população negra como uma política focalizante, por se tratar de uma política específica para essa população (FAUSTINO, 2017).

Ignorar a existência do racismo como uma parte da determinação social em saúde é um equívoco, porque isso reforça um projeto racista que promove as distâncias raciais no acesso à saúde, principalmente em tempos de ascensão do neoliberalismo e da instauração de políticas focalizadoras. Desconsiderar a universalização é contradizer, inclusive, os princípios do movimento da Reforma Sanitária, pois o “Sistema Único de Saúde, em sua noção de ‘conceito ampliado de saúde’, apresenta o princípio da equidade – e, também, integralidade – ao lado do princípio da universalidade, e não como contraponto” (FAUSTINO, 2017, p. 3837).

A luta pela saúde da população negra no Brasil não é um processo fácil em uma

² Nessa pesquisa utilizo a perspectiva de determinação social e não determinantes sociais, entendendo que a determinação social da saúde se aproxima com o que abordo na pesquisa. Segundo Silva e Bicudo (2022) esse conceito compreende que o processo saúde - doença é dialético, apresentando no modo de produção capitalista, contradições e desigualdades. “O enfoque da determinação social do processo saúde-doença aponta, então, para o caráter histórico da doença e sua relação com os processos que ocorrem na coletividade humana.” (SILVA; BICUDO, 2022, p. 124) A determinação social da saúde considera as formações sócio históricas dos países, considerando o histórico da doença em conjunto com o desenvolvimento das forças produtivas.

³ As instituições reproduzem condições para que seja estabelecida e mantida a ordem social, sendo assim, quando se fala em racismo institucional é entendendo que a instituição funciona de acordo com a estrutura social; se a sociedade é racista em sua estrutura, as instituições também serão, partindo dessa lógica de manutenção da ordem social. Outro ponto do racismo institucional é como ele utiliza parâmetros discriminatórios baseados na raça para a manutenção do poder, ou seja, o racismo naturaliza espaços em ambientes institucionais que a população negra ocupa e que a população branca ocupa, existindo, a partir disso, o domínio de homens brancos por exemplo em instituições públicas, nos cargos elevados, que representam algum poder simbólico em relação aos outros, enquanto a população negra ocupa cargos inferiores e precarizados (ALMEIDA, 2018).

sociedade como a brasileira, com desigualdades sociais significativas, e com a insuficiência da universalidade dos serviços. Por isso, a equidade no acesso é fundamental para atender as necessidades de grupos populacionais específicos (CORDEIRO, 2006).

Embora se baseie no acesso universal e igualitário, o sistema de saúde não atende as demandas específicas da população negra, não lhe garantindo uma atenção integral, situação que é agravada pela disparidade entre negros e brancos no que se refere a indicadores como renda, escolaridade e acesso aos serviços, fatores que impactam em sua saúde e qualidade de vida (CORDEIRO, 2006).

A população negra possui diversas desvantagens em relação à população branca. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 2018, os três grupos populacionais – brancos, pretos e pardos – representavam 99% da população Brasileira, sendo que os pretos e pardos ocupam 56% desse percentual. (IBGE, 2019). Embora a população negra seja numericamente expressiva na sociedade brasileira, quando se fala de indicadores importantes, como renda, empregabilidade, mortalidade, entre outros, esse grupo é o que apresenta os piores índices.

Os indicadores de distribuição de renda demonstram que 15,4% das pessoas brancas estão abaixo da linha da pobreza, já a população negra soma um total de 32,9% vivendo em extrema pobreza. Em relação ao trabalho informal, 34,6% das pessoas brancas estão em ocupações informais, entre as pessoas negras, esse percentual é de 47,3% (IBGE, 2019). Pode-se fazer uma conexão entre esses dois fatores, uma vez que percentual considerável de pessoas negras trabalha de forma precária, sem direitos trabalhistas e sem condições mínimas para viver, o que se correlaciona com a renda, pois essa mesma população vive em situação de maior vulnerabilidade social, ou seja, a população negra, é a mais pobre e a que mais trabalha em condições de precariedade.

A taxa de homicídio no Brasil, segundo o IBGE (2019), é de 16% entre as pessoas brancas e 43,3% entre as pessoas negras para cada 100 mil habitantes. Isso significa que as pessoas negras têm 2,7 vezes mais chance de ser vítimas de homicídio do que a população branca. Essas taxas apontam para o genocídio da população negra que, além do alto índice de homicídios, sofre com o extermínio por não ter acesso à moradia digna, a empregos formais, à renda mínima para sua sobrevivência e à educação. Os dados demonstram o lugar que a

população negra ocupa na sociedade brasileira, tendo o racismo como um instrumento de poder que segrega corpos, espaços e define as vidas que importam ou não.

Cordeiro (2006) aborda a cor/raça como uma categoria indispensável para se pensar os serviços de saúde e para auxiliar no diagnóstico, na prevenção e no acompanhamento dessa população. Ela afirma, ainda, que as mulheres negras têm maior risco de morrer por determinadas doenças do que as mulheres brancas, devido ao menor acesso aos serviços de saúde:

As diferenças raciais e de sexo são estruturantes do processo de construção das desigualdades, bem como estão presentes, enquanto variáveis-chaves, no âmago das grandes mazelas sociais do país. O modelo brasileiro de relações raciais, ao negar a existência das práticas discriminatórias, foi construindo um modelo mítico que trouxe sequelas sobre o processo de construção de políticas públicas, bem como sobre a geração de indicadores sociais, que em princípio as fundamentaram. Assim, só recentemente, não mais que uma década, é que passou a ser usual a inclusão da variável raça/cor da população nos questionários de algumas pesquisas e cadastros oficiais (CORDEIRO, 2006, p. 93).

Assim, a caracterização da população atendida nos serviços de saúde, considerando a variável raça/cor, possibilita considerar as situações de vulnerabilidade e os fatores que impactam na saúde e no acesso aos serviços pela população negra. O racismo agrava e reforça a exclusão social, dificultando o diálogo e a proximidade da população negra com os serviços de saúde.

De acordo com o 10º Painel de Indicadores do SUS, o predomínio de mortalidade por hipertensão arterial entre pretos e pardos é maior do que entre brancos, assim como para diabetes mellitus, HIV/Aids e tuberculose. As mulheres negras apresentam os maiores índices de mortalidade materna, de gravidez na adolescência e de violência obstétrica, além de apresentarem os menores índices de consultas pré-natal. Os óbitos por causas externas são maiores entre a população negra (preta e parda), como, por exemplo, os homicídios, que é a principal causa de óbito quando se considera a dimensão raça/cor (BRASIL, 2016).

As doenças mais frequentes entre a população negra podem ser divididas em: “geneticamente determinadas, adquiridas/derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis, de evolução agravada ou de tratamento dificultado, condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas” (CORDEIRO, 2006, p.93). Causadas pela precariedade das condições socioeconômicas, essas doenças ocasionam mortes violentas, desnutrição, alto índice de mortalidade infantil, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST),

transtornos mentais advindos de exposições cotidianas ao racismo e uso prejudicial de substâncias psicoativas. Existe uma associação entre a exposição ao racismo e o surgimento ou agravamento do adoecimento mental. Os homens negros, que são a maioria dos afetados pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas e pelo adoecimento mental, geralmente residem nas regiões mais pobres, com os menores Índices de Desenvolvimento Humano e com altos índices de desemprego (CORDEIRO, 2006).

Esses dados evidenciam como o campo da saúde reflete e produz desigualdades raciais, tanto devido ao racismo institucional, como em função da não utilização de uma perspectiva étnico-racial na construção de políticas públicas, dificultando a equidade e a identificação de disparidades. Considerar a dimensão cor/raça como categoria analítica no campo da saúde possibilita identificar as causas de adoecimento da população negra, quem acessa os tratamentos de saúde e as causas de morte dessa população (CORDEIRO, 2006).

Mesmo com o SUS representando um avanço importante em relação aos direitos em saúde para população brasileira, foi necessária a formulação de uma política pública voltada para a saúde da população negra, tendo em vista as desigualdades já mencionadas (MAIO, MONTEIRO, 2005). A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é criada a partir do reconhecimento de que essa população é maioria no conjunto da população brasileira, de que majoritariamente as pessoas negras são as usuárias do SUS, de que os piores indicadores sociais e de saúde estão relacionados a essa população e do compromisso do SUS em garantir o que dita como princípios (WERNECK, 2016).

Dentre as diversas considerações presentes na portaria que estabelece a PNSIPN, a existência do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, instituído pela Portaria GM nº 1.678, de 13 de agosto de 2004, tem como propósito promover “a equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS” (BRASIL, 2009, p.1).

A PNSIPN reconhece o racismo, o racismo institucional e as desigualdades étnico-raciais, como determinação social da saúde, além de visar à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2009):

Desta forma, fica claro que a questão étnica, de raça, de cor está associada à discriminação, ao racismo e à exclusão social, que são aspectos que operam de

forma cumulativa naquilo que chamamos determinação social da saúde. Os governos nacionais, desde 2003, têm adotado a iniciativa de criar os campos de política de promoção da igualdade racial, com o sentido de enfrentar essa difícil questão, frequentemente camuflada na chamada democracia racial. A discriminação social e institucional é o traço comum das populações em condição de iniquidade negros, ciganos, em situação de rua, LGBT e, por isso, qualquer política de melhoria de condição de vida desses grupos sociais deve valorizar o combate ao preconceito e à discriminação (COSTA, 2011, p. 104).

Com o intuito de diminuir as iniquidades existentes em relação a essa população, a PNSIPN busca, ainda, reconhecer as contribuições da medicina popular, da cultura afro-brasileira, além da promoção do seu bem-estar físico, mental e social (OPAS, 2001).

Detalhando um pouco mais, a PNSIPN foi criada com os seguintes objetivos: primeiro, produzir conhecimento científico e organizar o que já estava disponível sobre o campo da saúde da população negra (SISTEMA DAS NAÇÕES UNIDAS, 2001 apud WERNECK, 2016); segundo, capacitar os profissionais de saúde, com o foco na garantia da formação profissional para melhoria no atendimento da população negra, respeitando suas especificidades no processo saúde - doença, efetivando, inclusive, a categoria raça/cor como algo importante na garantia da equidade; terceiro, a informação da população, visando disseminar as informações sobre os cuidados em saúde, buscando a prevenção de doenças, além de apoiar os movimentos sociais, atuando junto com eles na promoção da saúde; e o quarto seria a atenção à saúde por meio da inclusão de práticas voltadas para educação em saúde, facilitando o acesso a todos os níveis do sistema de saúde, desde a atenção primária até o nível terciário, incluindo, ainda, o quesito cor em todos os documentos do SUS (OPAS, 2001; SISTEMA DAS NAÇÕES UNIDAS, 2001 apud WERNECK, 2016).

A PNSIPN visa ao enfrentamento da discriminação e do preconceito, admitindo a influência do racismo no acesso à saúde. Entretanto, um aspecto dificultador de sua implementação é a não efetivação da política dentro dos serviços de saúde que compõem o SUS. Outro dificultador é a subnotificação das denúncias de racismo nos serviços de saúde, já que as pessoas que sofrem racismo nos equipamentos da rede não denunciam via ouvidoria, invisibilizando os casos de discriminação racial (COSTA, 2011).

Outro desafio da política é o da transversalidade, tendo em vista que ela visa abranger a população negra em sua diversidade de gênero, sexualidade, geração, entre outros marcadores sociais. Tem-se, ainda, a dificuldade de garantir, entre os profissionais da Atenção Básica, a conscientização da importância da política, sendo necessário dialogar e capacitar os

profissionais que integram as equipes de saúde da família como uma das estratégias para garantir a sua implementação (COSTA, 2011).

Compreende-se que a estratégia em relação à Atenção Básica é essencial, mas, por outro lado, corresponde a uma lacuna, pois a política deve perpassar não só essa dimensão, e sim toda a rede de saúde, entendendo que essa é a porta de entrada do serviço. Entretanto, é necessário ampliar as estratégias para a efetivação da política em todos os níveis do cuidado em saúde, da Atenção Básica até a alta complexidade (COSTA, 2011).

A população negra, devido à falta de políticas públicas e a todo o processo histórico por ela vivenciado, tem poucas oportunidades de acesso à vida digna. As políticas específicas para essa população são todas recentes, sendo fundamental o seu fortalecimento como forma de enfrentar os processos de vulnerabilização potencializados pelo racismo.

Em se tratando da vulnerabilização vivenciada pela população negra, chama-se atenção para o segmento da PSR, fenômeno que no Brasil tem um vínculo direto com o racismo estrutural, cujas marcas profundas deixadas ao longo dos anos atingem os corpos, os territórios, as vidas e a existência da população negra. Essa população vive em extrema pobreza, em situação de vulnerabilização e à margem da sociedade, sendo necessário pensar em articulações políticas e legislativas que atendam às suas necessidades específicas.

3.3 População em Situação de Rua.

O fenômeno PSR corresponde a um fenômeno global, embora possua particularidades e se modifique a depender do território onde essa população se encontra. No Brasil, especificamente, esse fenômeno tem sua origem associada à formação da sociedade brasileira, marcada pelo regime colonial e pela exploração escravista (ROCHA, 2021). Possui, portanto, um vínculo direto com o racismo estrutural, deixando marcas profundas nos corpos, nos territórios, nas vidas e nas existências da população negra brasileira. Como já discutido anteriormente, grande parte dessa população vive, desde então, em situação de extrema pobreza, de vulnerabilização e à margem da sociedade.

A existência de pessoas em situação de rua, no Brasil, está atrelada ao agravamento das questões sociais, como a acelerada urbanização ocorrida no século 20, com a formação de grandes centros urbanos em decorrência das migrações, além da pobreza, do desemprego, da desigualdade social e do preconceito da sociedade em relação à população negra (BRASIL,

2014). Ainda que não se trate de um fenômeno recente, é só a partir dos anos de 1980 que aparecem os primeiros estudos sobre a população em situação de rua. Nesse mesmo período, ocorreu, também, a ampliação de serviços e ações voltadas para esse grupo em algumas cidades brasileiras, principalmente em São Paulo e Belo Horizonte (SILVA, 2006), o que culminaria, no futuro, na implementação de políticas públicas direcionadas para a população em situação de rua:

[...] nos anos 90 começam algumas manifestações mais notórias no âmbito nacional a respeito da população em situação de rua, iniciada pelo Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua, em 1993, depois em 1995 o grito dos excluídos, os seminários nacionais e também a realização do 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (KLAUMANN, 2016, p. 5).

Nota-se que até a década de 90, a PSR não acessava direitos sociais básicos, a não ser por meio de entidades privadas, organizações não governamentais (ONGS) e instituições religiosas, tendo, quase sempre, um viés de caridade (MACHADO, 2020).

Uma política importante para garantir os direitos da PSR foi a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), criada em 2004, que visa à garantia da proteção social a todos, sem a necessidade de haver uma contribuição prévia para acessar esse direito. Seu objetivo é atuar considerando as desigualdades sócio-territoriais e, a partir disso, buscar o enfrentamento das desigualdades, focando na garantia dos direitos sociais mínimos. São construídos, assim, os serviços, projetos e programas de proteção social básica⁴ e/ou de proteção especial, como a Proteção Social Especial, que dispõe sobre o atendimento específico da PSR.

A Proteção Social Especial é destinada a indivíduos e famílias que estão em situação de risco social e pessoal, podendo ser por ocorrência de maus tratos, situação de rua, abandono, abuso sexual, uso prejudicial de substâncias psicoativas, entre outros. Chamado primeiro de abordagem de rua e atualmente chamado de abordagem social, o serviço atende “crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência” (BRASIL, 2022), esse serviço é o primeiro dentro da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) que cita a população em situação de rua como um dos públicos do atendimento (BRASIL, 2004).

Logo depois, no ano de 2005, foi criado o Movimento Nacional da População em

⁴ O objetivo da Proteção Social Básica é prevenir situações de risco, desenvolver potencialidades e fortalecer os vínculos familiares e comunitários. Ela é destinada à população que vive em situação de vulnerabilidade, seja em função da pobreza, da fragilidade dos vínculos afetivos ou do pertencimento social (PNAS, 2004).

Situação de Rua (MNPR), a partir do apoio do Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis e do episódio de violência que ocorreu na Praça da Sé em São Paulo no ano anterior. Na ocasião, pessoas adultas em situação de rua que dormiam na escadaria da Catedral da Sé foram agredidas por policiais, dentre elas, sete morreram e outras seis pessoas ficaram com sequelas irreversíveis (KLAUMANN, 2016). O ocorrido aumentou a necessidade de se pensar políticas públicas para essa população adulta, chamando a atenção das autoridades para o preconceito e a violência que atinge a PSR.

Ainda em consequência desse episódio, em 2005, ocorreu uma mobilização da população em situação de rua, que resultou no I Encontro Nacional da População em Situação de Rua. Esse encontro propiciou, posteriormente, a aprovação da Lei nº 11.258/2005, que trata de programas específicos da Política de Assistência Social para essa população (PAIVA, 2016). A Lei de 2005 acrescenta na Lei nº 8.742/1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, a necessidade de criar programas de amparo e outros serviços socioassistenciais específicos para pessoas que vivem em situação de rua (BRASIL, 2005).

Em maio de 2008, foi criada a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua, que tem como objetivo orientar a construção e execução de políticas públicas para PSR. A política de inclusão é fruto de debates e discussões nos fóruns e no Grupo de Trabalho Interministerial, tendo como participações fundamentais para sua construção, o MNPR, a Pastoral do Povo da Rua e o Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS) (BRASIL, 2008). O documento produzido a partir dessas discussões preparou o terreno para que pudesse ser implementada e pensada a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR). Esse documento é composto por três tópicos, sendo eles:

1 – Caracterização do fenômeno população em situação de rua, apoiado nos dados da Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua; 2 – Princípios e Diretrizes, que norteiam a ação das políticas públicas direcionadas à PSR; e, 3 – Ações Estratégicas (Direitos Humanos, Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Urbano/Habitação, Assistência Social, Educação, Segurança Alimentar e Nutricional, Saúde, Cultura) (MACHADO, 2020, p. 107).

Em 2009, um ano após a pesquisa nacional sobre a PSR e a Política de Inclusão, criou-se, a partir do Decreto nº 7.053, a PNPSR e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (CIAMP-Rua) (BRASIL, 2009). De acordo com o Art. 5º, inciso V do

decreto, é preciso garantir direitos respeitando suas “condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência” (BRASIL, 2009, p.1). Esse artigo é um dos princípios da Política que, ao reconhecer as diversas opressões que essa população vivencia, propõe construir estratégias para lidar com essas particularidades e especificidades.

Mesmo com essas iniciativas e com os avanços na garantia de direitos, a PSR ainda vivencia situações de pobreza, miséria, violência e outras questões sociais, o que é um desafio para as políticas públicas voltadas para essa população, de modo particular as políticas de saúde, pois envolvem as condições de vulnerabilidade vivenciadas por elas, as questões sociais e psicossociais que geram sofrimento mental e físico, resultando em maiores riscos para saúde dessa população, sendo um desafio para a construção e efetivação de políticas que deem conta dessas iniquidades (BRASIL, 2012).

No ano de 2009, o Ministério da Saúde instaurou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD), em função do baixo índice de acesso da PSR aos serviços da rede de saúde. O objetivo do plano foi ampliar o acesso aos cuidados, implantar ações no contexto da rua e articular os serviços em rede. As diretrizes do plano são voltadas para o direito de acesso ao tratamento, para a diminuição da lacuna assistencial, para o enfrentamento do estigma, para a adoção da estratégia de redução de danos⁵, para a qualificação das ações em rede de saúde, para o reconhecimento de determinantes sociais e dos impactos causados por eles nos índices de vulnerabilidade social (BRASIL, 2010).

Um marco importante para se pensar a saúde da PSR foi a aprovação da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Essa resolução trata do plano operativo para a implementação de ações em saúde da PSR, definindo as estratégias e diretrizes para orientar o processo de enfrentamento das iniquidades em saúde dessa população no âmbito do SUS, sendo seus objetivos gerais: “garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR” (BRASIL, 2014, p. 27).

⁵ Redução de Danos é uma política de saúde que tem como objetivo realizar o aconselhamento, as ações de informação e de educação para pessoas em diversas situações, tanto no sentido de tornar práticas de comportamento mais seguro no uso de substância psicoativas como buscar tornar as práticas de relações sexuais com seus parceiros/parceiras sexuais mais seguras, visando sempre à redução de riscos para o agravamento em saúde (BRASIL, 2005).

A resolução possui cinco eixos de estratégias para pensar a promoção da saúde da PSR: (i) Incluir a PSR na rede de atenção à saúde; (ii) Promoção e Vigilância em saúde; (iii) Educação permanente em saúde, focando na abordagem em saúde da PSR; (iv) Fortalecer a participação dos movimentos sociais e do controle social e (v) Monitoramento dessas ações de saúde para PSR. Esse plano é importante para que o Ministério da Saúde promova atenção à saúde da PSR (BRASIL, 2014).

Reconhecer as dificuldades presentes no acesso à saúde desse grupo populacional é essencial para formular e implementar políticas públicas que atendam às suas especificidades. Resende e Mendonça (2019) afirmam que a criação dos Consultórios de Rua (CdeR) e dos Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua (Centro Pop) foram estratégias para garantir direitos dessa população.

O Consultório de Rua surgiu como uma experiência, no início de 1999, em Salvador/Bahia, como resposta à existência de crianças em situação de rua e em uso de álcool e outras drogas. Ele foi idealizado pelo Professor Antônio Nery Filho e realizado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (FILHO et al., 2011).

Mesmo com o projeto sendo criado em 1999, sua efetivação enquanto política pública em Salvador veio após alguns anos, em 2004, com a criação do primeiro CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) do município. A experiência de Salvador se tornou um norteador para novas implementações desse projeto na rede de atenção para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas que se encontravam em situações de vulnerabilidade e estavam expostos a riscos nos espaços urbanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

O programa Consultório de Rua passou a integrar o SUS e foi instituído em nível nacional a partir de um documento publicado em 2010 pelo Ministério da Saúde, que previa a realização de atendimento extramuros, direcionado, principalmente, a usuários de álcool e outras drogas que viviam em situação de rua, em situações de vulnerabilidade social e que estavam distanciados da rede de saúde. A atuação do Consultório de Rua acontece *in loco*, oferecendo cuidados em saúde nos contextos de vida dos usuários e no território onde eles circulam. O objetivo dessa atuação consiste em promover o acesso dessa população aos serviços de saúde, à assistência integral visando à garantia de direitos e da cidadania (BRASIL, 2010). Por se tratar de um serviço que vai até o usuário, sua estrutura precisou se

adequar a essa necessidade, formando uma equipe multiprofissional, composta por assistente social, médico, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, redutores de danos e arte educadores, que circula pelo território em uma van (BRASIL, 2010).

Na época da sua criação, em 1999, as equipes que compunham esse serviço se chamavam “Equipes de Consultório de Rua”, com o propósito de ser um serviço da rede de saúde mental. Posteriormente, com a criação da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que institui a Política Nacional de Atenção Básica, o nome da equipe mudou para “Equipes de Consultórios na Rua (eCR)”, e o serviço passou a se chamar Consultório “na” Rua. Essa modificação de nomenclatura consiste, também, em uma mudança no serviço, que passa a ser vinculado à Atenção Básica, articulando as ações com os serviços da rede de saúde mental quando necessário (BRASIL, 2011).

As Equipes de Consultório na Rua passam a integrar, na organização da Atenção Básica, uma das equipes voltadas para o atendimento de populações específicas, sendo regulamentada pela Portaria nº 122/2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento, a composição, a carga horária de trabalho e as atribuições do serviço. (BRASIL, 2011). Atualmente, os Consultórios na Rua realizam atividades que tendem a ser compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, à rede de Atenção Psicossocial, aos serviços de urgência e emergência, assim como a outros pontos da rede de atenção à saúde, de acordo com a necessidade da pessoa atendida (BRASIL, 2012).

Em Belo Horizonte, cidade onde a pesquisa foi realizada, até dezembro de 2021, existiam quatro equipes de Consultório de Rua, atuando nas regionais Centro-Sul, Noroeste, Oeste/Barreiro e Norte/Nordeste. O serviço compunha a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), atendendo a população em situação de rua e que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas por meio de ações compartilhadas e integradas de forma intersetorial com outras políticas públicas, como, por exemplo, a Política de Assistência Social. Cada equipe era composta por dois assistentes sociais, um psicólogo, um enfermeiro, um arte-educador e um redutor de dano (PBH, 2019).

A partir de janeiro de 2022, ocorreram mudanças no serviço: ampliação das equipes, dobrando de quatro para oito, abrangendo as nove regionais de Belo Horizonte (Oeste/Barreiro, Venda Nova/Pampulha, Centro Sul 1 e Centro Sul 2, Leste, Nordeste, Norte e Noroeste); e mudança na nomenclatura do serviço, passando a se chamar Consultório na Rua,

como denominado na política nacional. Outra mudança foi a inserção de um médico entre os profissionais da equipe. Essas modificações têm possibilitado a ampliação do acesso à saúde dos usuários, considerando que a inclusão de mais um profissional é fundamental para fortalecer o caráter multiprofissional da equipe.

Em Belo Horizonte, o Consultório na Rua está vinculado tanto à rede de Saúde Mental, como à Política de Atenção Básica. As equipes são lotadas em um Centro de Saúde e atuam na regional e território adscrito de que fazem parte, tendo como princípio norteador de sua atuação a Redução de Danos e a Luta Antimanicomial⁶.

O funcionamento do serviço é de segunda a sexta-feira, das 14:00 às 20:00. Os profissionais realizam a escuta do usuário *in loco*, articulam com a rede de saúde e com a assistência social, principalmente com a equipe de Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS), com enfoque na garantia de benefícios socioassistenciais; ofertando o acompanhamento dos usuários em consultas nos centros de saúde conforme a área de abrangência no território e acompanhamento em consultas especializadas quando não conseguem circular pela cidade de forma autônoma. O trabalho de promoção da saúde inclui, ainda, a realização de passeios, idas ao cinema, atividades culturais e esportivas e eventos comemorativos (PBH, 2019).

Apesar de não haver um censo atual sobre a população em situação de rua em Belo Horizonte, há alguns dados presentes em uma Nota Técnica elaborada pelo Programa Polos de Cidadania (programa de extensão, ensino e pesquisa da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais) referentes à parcela da PSR que cadastrada no CadÚnico. De acordo com essa Nota Técnica, até setembro de 2021, estima-se a existência de 8.565 pessoas em situação de rua cadastradas no CadÚnico (Cadastro único para Programas Sociais). Dessas, a maioria eram homens (75%), com faixa etária entre 18 e 59 anos (90%); 83% eram pretos e pardos; e 90% possuíam renda mensal de 0 a 89 reais (DIAS, et al., 2021). Esses dados não são absolutos, pois se referem àquelas pessoas que são cadastradas no Cadastro Único (com cadastro atualizado no sistema), ou seja, que acessam a política de Assistência Social. Mesmo

⁶ A luta antimanicomial é marcada pela defesa do tratamento em saúde mental em liberdade, não mais em manicômios e hospitais psiquiátricos. Essa luta tem o intuito também de denunciar a privação de liberdade e do convívio em família e sociedade de pessoas em sofrimento mental, que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. A partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi possível pensar em uma reorganização de atenção à Saúde Mental, pensando em uma construção de uma política voltada para garantia dos direitos, liberdade e de respeito aos usuários que vivem em sofrimento mental (CFESS, 2019).

assim, tendo esse dado como referência, é possível afirmar que a população em situação de rua de Belo Horizonte é composta, em sua maioria, por homens negros, vivendo em situação de extrema pobreza, com renda menor do que 100 reais ao mês.

A atenção à saúde da PSR apresenta alguns desafios, como a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, a necessidade de articulação intersetorial, principalmente com os serviços da Assistência Social. Citamos, ainda, como desafios, a falta de sensibilização e qualificação dos profissionais da Atenção Básica que atuam com essa população. Ressalta-se, assim, a importância da ampliação das equipes de Consultório na Rua e da rede de Atenção Psicossocial, além do acesso à rede de Atenção Básica e de urgência e emergência. Importante, também, a criação de espaços de formação e de qualificação para os profissionais de saúde com ênfase nas especificidades dessa população (BRASIL, 2014). Especificidades que dizem respeito à vivência nas ruas, que vão desde a falta de documentos de identificação à ausência de locais adequados para higiene pessoal básica, como banheiros públicos e lugares para tomar banho.

Como se vê, a garantia de direitos tanto para a população negra, quanto para a população em situação de rua é recente e possui muitos desafios para sua efetivação. O racismo é um dos elementos que influenciam no processo saúde-doença da população negra, consequentemente produzindo danos à saúde dessa população. Tendo em vista que a maioria da PSR é negra, acredita-se que uma das barreiras de acesso aos equipamentos de saúde que essa população vivencia é o racismo.

4 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a percepção da população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte sobre o racismo sofrido no acesso à serviços da atenção básica?

5 HIPÓTESE

Considerando que a maioria das pessoas que vive em situação de rua no município de Belo Horizonte é negra e as dificuldades enfrentadas no atendimento dessa população na rede de saúde, acredita-se que o racismo se constitui como um determinante social da saúde, dificultando o acesso integral aos serviços de saúde dessa população. O não atendimento

humanizado, o não compromisso com o cuidado do usuário e, muitas vezes, a marginalização desses sujeitos são formas de materializar isso.

Supõe-se que a não formação profissional adequada para realizar atendimentos para essa população seja mais uma barreira de acesso, tendo em vista que a intervenção profissional é importante para garantir o cuidado dessas pessoas, respeitando e atendendo suas especificidades. Outro fator que dificulta o acesso é o fato de essa ser uma população heterogênea, atravessada por outros marcadores de desigualdades, como classe, gênero, sexualidade, ou seja, as opressões expressas na sociedade capitalista que se acumulam de forma interseccional. Para o Estado, garantidor dos direitos sociais, a população negra em situação de rua não é vista como sujeito de direitos, mas como indesejáveis, incapazes, associados/as à mendicância, reduzidos/as a estigmas, como perigoso/a, drogado/a, não trabalhador/a e bêbado/a, afetando, assim, o acesso aos serviços (ROCHA, 2021).

Por ser majoritariamente negra, a PSR vivencia o racismo de várias formas, tanto de maneira explícita, como xingamentos e violência física, quanto velada, como as barreiras enfrentadas para acessar os espaços públicos da cidade, como os espaços culturais, os serviços de saúde, entre outros. Nesta pesquisa, portanto, considera-se que a cor/raça somada à condição de estar em situação de rua dificulta o acesso à saúde por essa população. Entretanto, embora essa população sofra o racismo por meio do tratamento dos profissionais dentro dos equipamentos, acredita-se que ela não identifique de forma consciente de que se trata de racismo; logo, essa população percebe a discriminação ao acessar os serviços de saúde, mas talvez não saiba nomeá-la.

6 METODOLOGIA.

Para compreender a percepção da população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte sobre o racismo sofrido no acesso a serviços da Atenção Básica, foi utilizada a metodologia qualitativa, que “tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental” (GODOY, 1995, p. 62).

A utilização do método qualitativo para esta pesquisa se justifica por sua capacidade de abordar o universo dos significados, das motivações, crenças, atitudes e valores, aprofundando nos significados das ações e relações humanas: “A pesquisa qualitativa considera que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e

transformações dadas pelo sujeito” (MINAYO, 2002, p.25).

O método utilizado nesta pesquisa vai de encontro com Collins (2019), ela conceitua em seu texto *Pensamento Feminista Negro*, que mulheres negras, mulheres afro-americanas, utilizam formas diferentes de produzir conhecimento, modos esses que fogem da ideia de que a pesquisadora precisa se distanciar do “objeto”. Já que a forma de distanciamento, produz algo que para nós não é interessante de se abordar em uma pesquisa, se mostrar distante do “objeto” de estudo cria uma atmosfera onde quem pesquisa é o sujeito e isso acaba objetificando os participantes da pesquisa.

Na coleta de dados busco compreender o acesso e a percepção da população dentro de suas dinâmicas de vida, respeitando suas particularidades e o considerando como sujeito social.

Nesta pesquisa, foi utilizada a entrevista semiestruturada, norteadas por um roteiro com tópicos e perguntas para caracterizar o conjunto de participantes, como idade, gênero, raça/cor, escolaridade, renda, tempo de moradia na rua; e de questões que exploraram a percepção dos entrevistados sobre o tema estudado, como o significado de racismo, a maneira como entendem o direito à saúde, as dificuldades encontradas no acesso a serviços de atenção básica, se eles identificam situações de racismo nos serviços de saúde e quais situações de racismo eles já vivenciaram.

As entrevistas foram realizadas na regional Oeste e Barreiro, nos territórios em que as pessoas participantes da pesquisa estavam inseridas; as entrevistas foram realizadas dentro da dinâmica de atendimento e demandas do serviço, tendo o apoio da equipe do CnaR Oeste/Barreiro para identificar os locais, abrangendo assim, praças, calçadas, viadutos, linhas de trem, terrenos e áreas de uso. Foram selecionadas/os as/os usuárias/os acompanhadas/os que se autodeclararam pretos e pardos, com idade acima de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa. A escolha por essas regionais foi em função da minha trajetória profissional como assistente social por dois anos nesse serviço, onde presenciei situações cotidianas de racismo, muitas vezes também relatadas pelos usuários atendidos.

Durante o campo, foi preciso me adequar à agenda da equipe, realizando as entrevistas no horário do serviço e suspendendo nos dias voltados para as atividades internas, como reuniões e discussão de casos.

Nos primeiros dias em campo, estar no território como pesquisadora, e não mais como assistente social do CnaR gerou alguns desafios. Por ser conhecida como trabalhadora do serviço, eu recebia demandas de saúde e socioassistenciais, função que assumi no início: realizava a escuta, conversava com os outros profissionais da equipe e auxiliava nos encaminhamentos. Com o passar dos dias, tendo reforçado o meu lugar de pesquisadora, essa distinção ficou mais evidente.

Durante a abordagem para as entrevistas, houve três recusas de participação. Em alguns lugares, não foi possível abordar as/os usuárias/os, seja por estarem sob efeito de alguma substância, seja por uma avaliação da própria equipe de que ali era necessária uma atuação mais dinâmica, ao invés de permanecer por um longo período.

Após as primeiras entrevistas, notei que a utilização de uma prancheta com o roteiro e de gravadores de voz dificultava o aceite das/dos participantes, ou mesmo quando aceitavam, falavam menos e aparentavam algum desconforto.

Sendo assim, optei por não utilizar o gravador digital e realizar a gravação somente no meu celular, sem levar o roteiro de entrevista impresso. Adaptei a entrevista para um diálogo mais espontâneo, cujas perguntas eram feitas durante a conversa. Com isso, as/os entrevistadas/os se mostraram mais abertos à entrevista. Ao final foram realizadas 14 entrevistas, sendo que cinco não foram gravadas e nove foram. Essa definição sobre gravar ou não, se deu a partir da dinâmica do campo, com a concordância ou com a recusa das pessoas convidadas para a entrevista.

Refazer o caminho das entrevistas, foi uma forma de acessar a população, uma maneira de adequar o estudo à realidade das/dos entrevistadas/os, o que implicou repensar, inclusive, a minha relação com as pessoas dentro do contexto pesquisado, por entender a possibilidade de existir ali algumas relações de poder preestabelecidas. Pensar em estratégias tendo o diálogo como instrumento principal da troca entre entrevistada/o e pesquisadora se fez necessário para construção de uma pesquisa mais humanizada, que se faz dentro de uma relação dialética (Collins, 2019).

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo que, para Minayo (1992), possibilita a compreensão da fala dos atores sociais a partir de seu contexto social. A autora menciona dois níveis de interpretação para se pensar esse método de análise: compreensão da conjuntura política e socioeconômica de que o grupo de entrevistados faz

parte; e o “encontro que realizamos com os fatos surgidos na investigação. Esse nível é, ao mesmo tempo, ponto de partida e ponto de chegada da análise” (MINAYO, 1992 apud GOMES, 2002, p.77).

Bardin (1977) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise que não se configura como um instrumento, mas como um leque de possibilidades que abrange três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, em que se faz a inferência e a interpretação. A primeira fase é o momento de organização do material que será analisado e, também, de sistematização das ideias, tendo como base os objetivos e questões de estudo definidos anteriormente. Para isso, é necessário fazer a leitura de todo o material e definir as operações que serão utilizadas na pesquisa.

A segunda fase tem como base a exploração do material. Se as diferentes operações da pré-análise forem feitas de forma convincente, a segunda parte é voltada para a sistematização das decisões tomadas. Essas diferentes operações podem ser o “recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 1977, p.100).

A terceira fase é aquela na qual os resultados brutos são tratados, além da realização das interpretações e da proposição de inferências. A codificação faz parte dessa fase, pois ela se constitui como tratamento do material e permite, a partir de uma transformação dos dados brutos, representar o conteúdo estudado. O pesquisador “tendo a sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.” (BARDIN, 1977, p.101).

Os resultados encontrados no processo de análise de conteúdo foram articulados com a literatura estudada, com enfoque no racismo estrutural e sua relação com a saúde, na política de saúde para a população negra e na discussão da saúde da população em situação de rua.

Foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para obter o consentimento da participação na pesquisa, sendo que, dada a condição de vulnerabilização dessas pessoas, o consentimento foi obtido oralmente. No termo, o/a entrevistado/a foi informado/a que a sua concordância ou recusa em participar da pesquisa não acarretaria nenhum prejuízo no atendimento do Consultório na Rua, uma vez que a pesquisa não possui

nenhuma vinculação com o serviço de saúde.

Para além da pesquisa em campo, utilizei como metodologia para construção de um artigo a revisão integrativa, nessa revisão analisei teses, dissertações, artigos e trabalhos de conclusão de curso. O artigo é orientado pela seguinte pergunta: “Como se dá o acesso na Atenção Básica da população em situação de rua a partir da aprovação da Política Nacional para População em Situação de Rua?”. No próximo capítulo será tratado com detalhamento a introdução, metodologia, resultado, discussão e conclusão do artigo.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.

7.1 Artigo de revisão integrativa: Acesso à Atenção Básica à Saúde da população em situação de rua a partir da aprovação da Política Nacional para População em Situação de Rua.

7.1.1 Introdução

A população em situação de rua vive diversas barreiras de acesso aos direitos básicos, historicamente é uma população marginalizada e exposta a violências. Um marcador importante para a garantia de direitos a essa população é a aprovação da Política Nacional para População em Situação de Rua PNPSR (2009). Essa política foi aprovada depois de muita luta dos movimentos sociais e da construção e publicação da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, em 2008.

Um dos artigos da PNPSR prevê a necessidade de garantir direitos para essa população, respeitando suas “condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência” (BRASIL, 2009, p.1). Diante disso, o acesso à saúde por essa população deve perpassar, também, o reconhecimento dessas condições sociais.

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008), estar nos espaços da rua favorece o surgimento e/ou agravamento das doenças já existentes. O acesso aos serviços da rede de saúde é apontado pela pesquisa como uma barreira enfrentada por essa população, que encontra dificuldade para seguir o tratamento indicado, seja pela necessidade de cuidados básicos de higiene, seja pela dificuldade em adquirir os medicamentos e também pelo uso deles. Há, ainda, as experiências que a PSR vivencia de discriminação e maus tratos dentro dos equipamentos dos serviços de saúde. Mais da metade

da população que participou dessa pesquisa (55% dos entrevistados) sinalizou que já sofreu discriminações, tanto nos serviços de saúde, como também em outros espaços públicos, como bancos, shoppings, transporte coletivo, entre outros (BRASIL, 2008).

Além disso, de acordo com os dados da pesquisa, 18% dos entrevistados já foram impedidos de receber atendimento na rede de saúde pública, tendo em vista que a porta de entrada e de vinculação com os outros pontos da rede SUS é pela Atenção Básica, essa pesquisa foca em analisar o acesso da população em situação de rua a este serviço. Então, questiona-se: como se dá o acesso na Atenção Básica da população em situação de rua a partir da aprovação da Política Nacional para População em Situação de Rua? Logo, o objetivo deste artigo é analisar como se dá o acesso à Atenção Básica à saúde pela população em situação de rua a partir da aprovação da Política Nacional para População em Situação de Rua.

Além desta introdução, este artigo, contém a metodologia, os resultados com as discussões e a consideração final.

7.1.2 Metodologia

O método utilizado foi a revisão integrativa, que visa analisar pesquisas relevantes sobre um determinado tema, possibilitando apontar lacunas e podendo auxiliar na realização de novos estudos. O método permite a realização de uma síntese de diversas publicações, entre teses, dissertações e artigos. Para sua elaboração, no primeiro momento, é necessário formular questionamentos a serem respondidos, assim como hipóteses a serem testadas, com base no objetivo específico definido para a revisão.

Para esta pesquisa, foram realizadas as buscas nos bancos de dados para coletar o máximo de pesquisas de acordo com o objetivo e com base em critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Esse processo pode reduzir e focalizar o número de estudos que serão analisados na fase final (CUNHA, 2014). Na busca, foram utilizados os descritores: “População em situação de Rua”; “Pessoas em Situação de rua”; “Saúde”; “Política Nacional para População em Situação de Rua”; “Atenção Básica”; “Atenção Primária”; e “Acesso”.

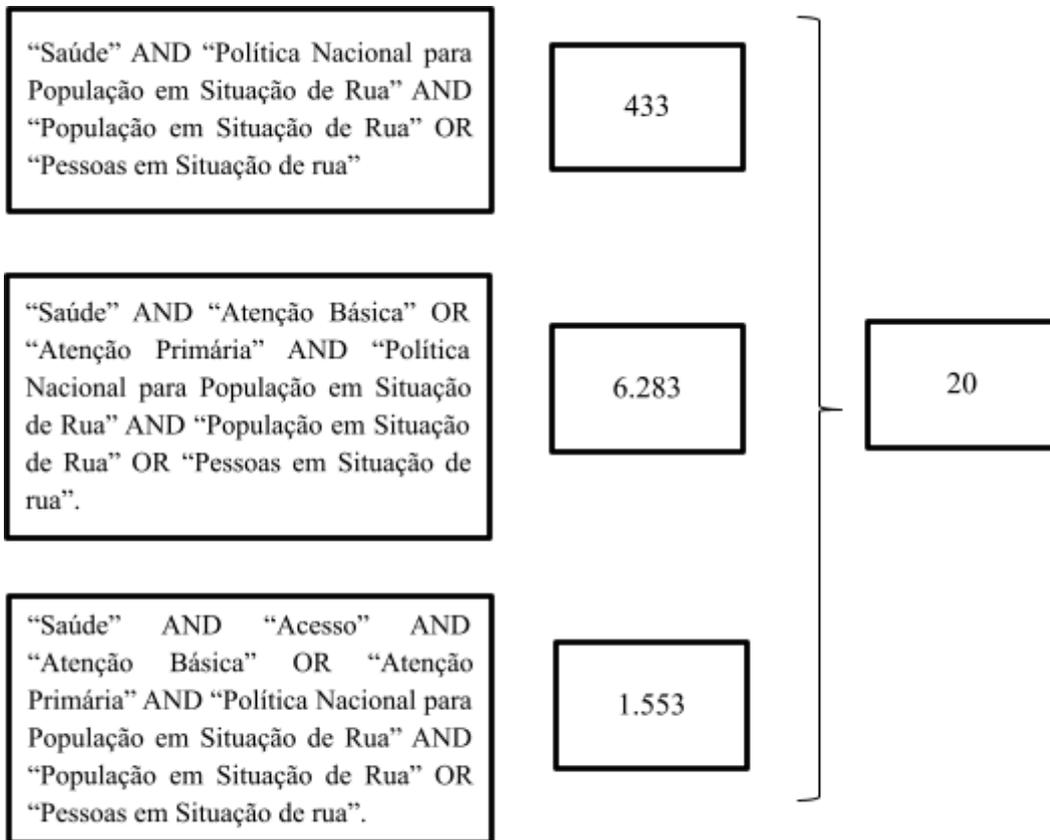
As buscas foram feitas nos seguintes bancos de dados: Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações) e Google Acadêmico, abrangendo assim, artigos, teses, dissertações e

trabalhos de conclusão de curso, nas línguas Português, Inglês e Espanhol. O recorte temporal estabelecido foi o de trabalhos publicados entre 2010 e 2022, tendo como referência a publicação da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), em 2009.

A escolha dessas bases de dados ocorreu pensando na maior possibilidade de abranger trabalhos que tratassem do acesso na Atenção Básica da população em situação de rua e também na melhor sistematização das informações.

As primeiras buscas foram feitas na base de dados da CAPES, utilizando a seguinte fórmula de descritores: “Saúde” AND “Política Nacional para População em Situação de Rua” AND “População em Situação de Rua” OR “Pessoas em Situação de rua”.

A segunda busca foi realizada com a seguinte fórmula de descritores: “Saúde” AND “Atenção Básica” OR “Atenção Primária” AND “Política Nacional para População em Situação de Rua” AND “População em Situação de Rua” OR “Pessoas em Situação de rua”, foram encontrados 6.283 artigos. Com o terceiro conjunto de descritores, “Saúde” AND “Acesso” AND “Atenção Básica” OR “Atenção Primária” AND “Política Nacional para População em Situação de Rua” AND “População em Situação de Rua” OR “Pessoas em Situação de rua”, foram identificados 1.553 artigos. Dentre os resultados encontrados, muitos artigos se repetiam ou não abordavam a população em situação de rua, mas sim temas como gestão da Atenção Básica, doenças clínicas e práticas de saúde específicas da Atenção Básica. Ao final, após a leitura dos títulos e resumos, e exclusão dos trabalhos repetidos, 20 artigos foram selecionados.



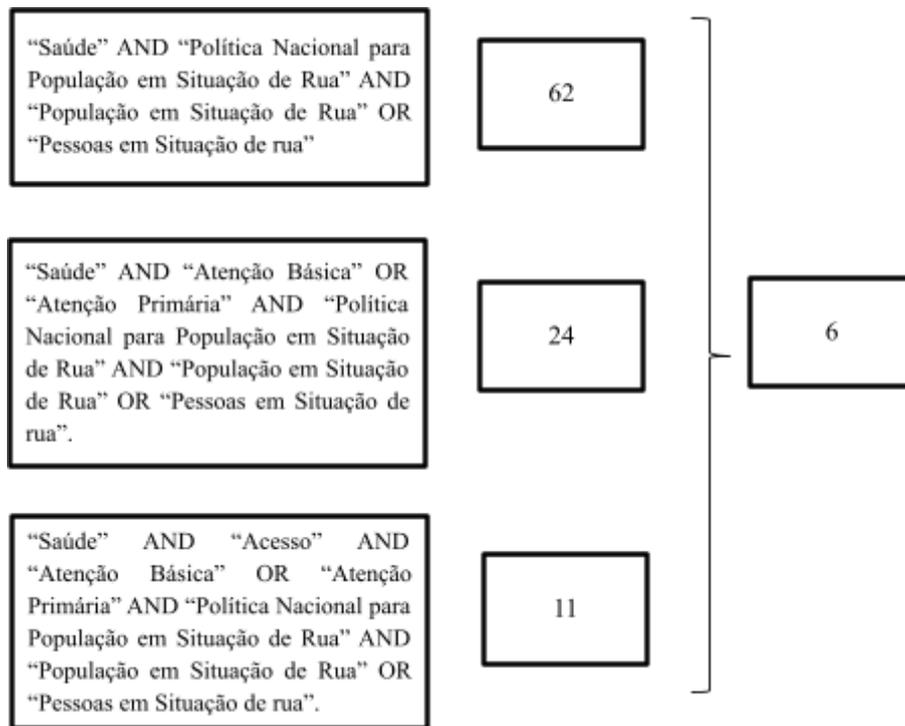
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 1: Fluxograma da busca de documentos na plataforma CAPES.

No Banco De Teses e Dissertações (BDTD), com o primeiro conjunto de descritores, “Saúde” AND “Política Nacional para População em Situação de Rua” AND “População em Situação de Rua” OR “Pessoas em Situação de rua”, foi encontrado um total de 62 documentos, sendo 44 dissertações e 18 teses. Com o segundo conjunto de descritores “Saúde” AND “Atenção Básica” OR “Atenção Primária” AND “Política Nacional para População em Situação de Rua” AND “População em Situação de Rua” OR “Pessoas em Situação de rua” encontro 24 resultados, 19 dissertações e 5 teses. Com o terceiro conjunto de descritores, “Saúde” AND “Acesso” AND “Atenção Básica” OR “Atenção Primária” AND “Política Nacional para População em Situação de Rua” AND “População em Situação de Rua” OR “Pessoas em Situação de rua” encontro 11 resultados, 10 dissertações e 01 teses.

Desse total, após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados os trabalhos que tratam do acesso da população em situação de rua à Atenção Básica, resultando em 6

pesquisas, sendo 5 dissertações e 1 tese.

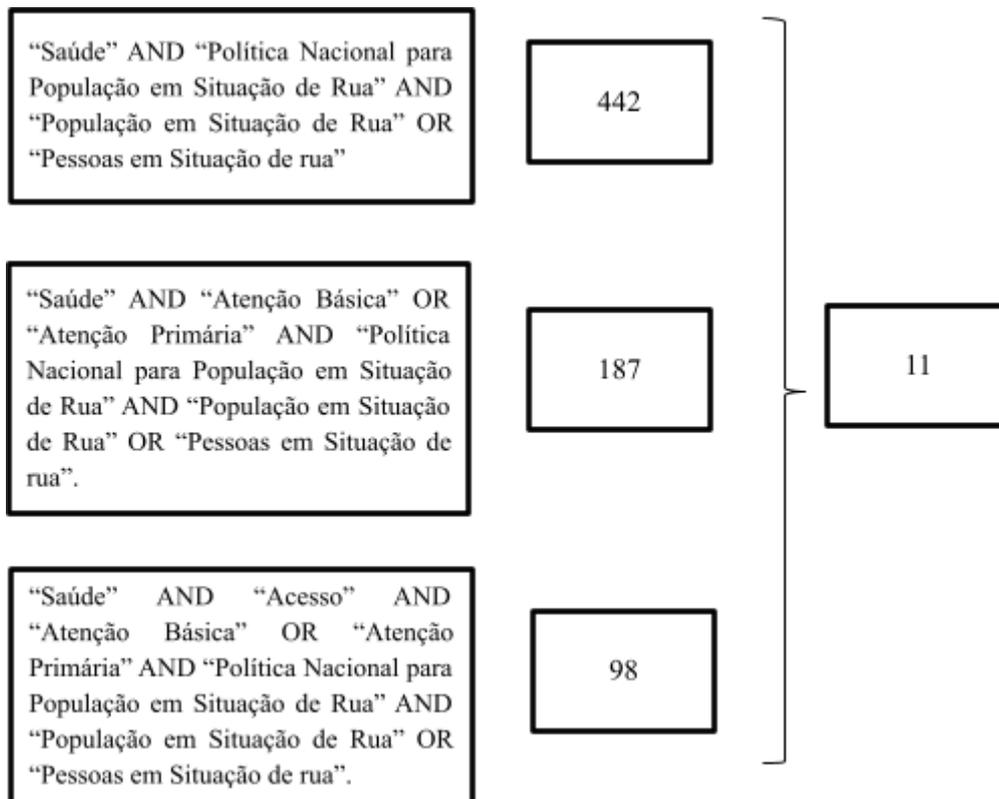


Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 2: Fluxograma da busca de documentos na plataforma BDTD.

Realizando a busca no Google Acadêmico, seguindo o mesmo conjunto inicial de descritores, "Saúde" AND "Política Nacional para População em Situação de Rua" AND "População em Situação de Rua" OR "Pessoas em Situação de rua", foi encontrado um total de 442 resultados. Com o segundo conjunto de descritores "Saúde" AND "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" AND "Política Nacional para População em Situação de Rua" AND "População em Situação de Rua" OR "Pessoas em Situação de rua", o quantitativo se modifica para 187 resultados. Com o terceiro conjunto de descritores, "Saúde" AND "Acesso" AND "Atenção Básica" OR "Atenção Primária" AND "Política Nacional para População em Situação de Rua" AND "População em Situação de Rua" OR "Pessoas em Situação de rua" encontro 98 resultados.

Desse total, faço a leitura do título e dos resumos, selecionando ao final 11 documentos, 5 trabalhos de conclusão de curso e 6 artigos.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 3: Fluxograma da busca de documentos na plataforma Google Acadêmico.

Quando as buscas foram feitas com os descritores nos idiomas inglês ou espanhol os trabalhos encontrados foram traduções das mesmas pesquisas já selecionadas em português, não aparecendo nenhuma publicação nova. Diante disso, a pesquisa foi feita com todos os descritores em português.

Em seguida, foi elaborado um quadro com todos os trabalhos selecionados nas bases de dados, para verificar se algum se repetia. Ao final, foram selecionadas 37 publicações, entre artigos, teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso.

Os resultados foram sistematizados em dois quadros. O quadro 1 corresponde às pesquisas encontradas segundo o contexto de publicação, com base nas seguintes variáveis: autores, título, ano de publicação, idioma, região em que foi realizada a pesquisa e periódico de publicação ou programa de pós-graduação à qual a pesquisa que originou a publicação estava vinculada.

O quadro 2 corresponde à descrição das pesquisas encontradas segundo as seguintes

variáveis: títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento da pesquisa, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e os objetivos das pesquisas, que possibilita entender o que vem sendo pesquisado e desenvolvido.

Para realização da discussão a partir das categorias de análise, primeiro realizei uma sistematização dos resultados encontrados nas pesquisas utilizando planilhas com os principais dados das pesquisas, contendo título, autores, fontes utilizadas e/ou participantes da pesquisa, resultados, minha interpretação dos resultados e das discussões dos autores e a partir disso fui elencando quais eram as semelhanças entre as pesquisas e quais eram as diferenças entre elas, partindo do que cada pesquisa estava se propondo em discutir. Durante a sistematização dos resultados, foram excluídos seis trabalhos por não falarem sobre o acesso da população em situação de rua, ficando ao final, para a construção das categorias 31 pesquisas.

Posteriormente, fui destrinchando as pesquisas a partir das suas semelhanças, identificando tudo aquilo que se assemelhava, para assim, definir os pontos em comuns e construir as categorias de análises.

7.1.3 Resultados e discussão

Ao realizar a busca nas bases de dados e encontrar 37 trabalhos, foi possível analisar o contexto das publicações, nota-se que entre 2010 e 2013 não houve pesquisas relacionadas ao tema estudado. Já entre 2014 e 2018, foram publicados 15 trabalhos, sendo a maioria (6) em 2017. No período entre 2019 e 2022, houve o maior número de publicações na série temporal pesquisada, totalizando 22 publicações, sendo mais expressivas nos anos de 2019 (7 trabalhos) e 2022 (7 trabalhos). Esses dados são demonstrados no quadro (1) abaixo.

Quadro 1: Caracterização dos estudos selecionados quanto aos títulos, autores, ano de publicação, idioma, região em que foi realizada a pesquisa e periódico de publicação ou programa de pós-graduação.

(continua)

Nº	Título	Autores	Ano	Idioma	Região	Periódico/Programa
1	Política pública de saúde à população em situação de rua.	Danielle Davanço; Nivaldo Carneiro Junior	2019	Português	Sudeste	Revista Travessia
2	Atuação dos profissionais do consultório na rua no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Brasil: Uma revisão de escopo.	Amanda Vargas Pereira; Jaqueline Teresinha Ferreira	2021	Português	Nordeste	Revista Research, Society and Development
3	Linha de cuidado enfocando a vulnerabilidade: pessoas em situação de rua	Beatriz dos Santos Oranje; Evellyn Maria Pereira da Silva Oliveira; et al.	2022	Português	Norte	Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade
4	Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua / Knowledge about health among people living on streets	Débora Cristina da Silva Farias, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, Ítalo Campos Marinho, et al.	2014	Português	Norte	Revista Psicologia e Saber Social
5	A organização do sistema de saúde brasileiro no atendimento à população em situação de rua: concepções da produção bibliográfica nacional	Daiane Regina Borges	2014	Português	Sul	Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Medicina Social
6	Análise teórica sobre atenção à saúde da população em situação de rua	Amanda Karina Romualdo Costa	2017	Português	Centro-Oeste	Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Serviço Social da Universidade De Brasília
7	A RUA NÃO É UM MUNDO FORA DO NOSSO MUNDO: Um relato de experiência das práticas em saúde desenvolvidas junto à População em Situação de Rua	Mariana Aladren	2015	Português	Sul	Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
8	População em situação de rua e a abordagem adotada pelo SUS durante a pandemia de Covid 19: revisão integrativa	Isadora Abdalla Machado Leite	2022	Português	Centro-Oeste	Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
9	No meio da pandemia tinha uma pedra? Uma análise das políticas para a população em situação de rua no contexto pandêmico brasileiro	Kíssila Teixeira Mendes; Pedro Henrique Antunes da Costa	2022	Espanhol/Português	Sudeste/Centro-Oeste	Revista Encuentros Latinoamericanos

Quadro 1: Caracterização dos estudos selecionados quanto aos títulos, autores, ano de publicação, idioma, região em que foi realizada a pesquisa e periódico de publicação ou programa de pós-graduação.

(continua)

Nº	Título	Autores	Ano	Idioma	Região	Periódico/Programa
10	Fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua	Thiago Gomes Gontijo	2022	Português	Sudeste	Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
11	Direitos humanos à saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua	Alexandra Rozado Pedron	2019	Português	Sul	Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
12	Cuidados e Atenção em Saúde da População em Situação de Rua	Rafael de Tilio; Juliana de Oliveira	2016	Português	Sudeste	Revista Psicologia em Estudo
13	Direito à saúde da população em situação de rua	Jussiana Pereira Nascimento; Carolina Teixeira Santos; Sheylla Nayara Salles Vieira; et al.	2019	Português Inglês	Nordeste	Revista de Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco
14	O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções	Micael Almeida de Oliveira; Gabriella de Andrade Boska; Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira; et al.	2021	Português Inglês	Sudeste	Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
15	Consultório na Rua: Visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	Janaína Alves da Silveira Hallais; Nelson Filice de Barros	2015	Português	Sudeste	Revista Cadernos de Saúde Pública
16	Práticas de Saúde das equipes dos Consultórios de Rua	Felicialle Pereira da Silva; Iracema da Silva Frazão; Francisca Márcia Pereira Linhares	2014	Português	Nordeste	Revista Cadernos de Saúde Pública
17	Saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde	Fabiana Aparecida Almeida Lawall Valle; Farah, Beatriz Francisco	2020	Português	Sudeste	Revista de Saúde Coletiva
18	Atenção à Saúde da população em situação de rua	Cristine Evangelista, Isabelle; Carolini Schervinski, Ana; Cardoso Pacheco; et al.	2017	Português	Sul	Revista de Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina
19	Percepção das pessoas em situação de rua acerca da promoção da saúde	Priscila Roberta Lopes; Maria Caroline das Chagas Winkelmann; Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidema; et al.	2017	Português	Sul	Revista Enfermagem Atual

Quadro 1: Caracterização dos estudos selecionados quanto aos títulos, autores, ano de publicação, idioma, região em que foi realizada a pesquisa e periódico de publicação ou programa de pós-graduação.

(continua)

Nº	Título	Autores	Ano	Idioma	Região	Periódico/Programa
20	Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua	Melina Adriana Friedrich; Christine Wetzel; Marcio Wagner Camatta; et al.	2019	Português	Sul	Journal of Nursing and Health
21	As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua	Fabiana Aparecida Almeida Lawall Valle; Beatriz Francisco Farah; Nivaldo Carneiro Junior	2020	Português	Sudeste	Revista Saúde Debate
22	Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC	Dalvan Antonio de Campos; Heitor Mondardo Cardoso; Rodrigo Otávio Moretti-Pires	2019	Português	Sul	Revista Saúde Debate
23	Barreiras à Prevenção do Câncer e Tratamento Oncológico para a População em situação de rua	Mayara Castro Lustosa Moura Granja; Fernando Lopes Tavares de Lima	2020	Português /Inglês	Sudeste	Revista Brasileira de Cancerologia
24	(Bio)ética e população em situação de rua: entre Agamben e Derrida	Fernanda Gomes Faria; Rodrigo Siqueira-Batista	2020	Português	Sudeste	Revista Bioética
25	Percepção das pessoas em situação de rua sobre os determinantes sociais da Saúde	Maria Caroline das Chagas Winkelmann; Priscila Roberta Lopes; Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann; et al.	2018	Português	Sul	Revista de Enfermagem da UFSM – Universidade Federal de Santa Maria
26	O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios	Aléxa Rodrigues do Vale; Marcelo Dalla Vecchia	2019	Português	Sudeste	Revista Estudos de Psicologia
27	O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua	Nayelen Brambila Cervieri; Catchia Hermes Uliana; Nathan Aratani; et al.	2019	Português /Inglês	Centro-Oeste	Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Droga
28	O estado brasileiro e os cuidados em saúde para as pessoas em situação de rua	Igor da Costa Borysow; André Mota; Juarez Pereira Furtado	2020	Português	Sudeste	Resgate: Revista Interdisciplinar de Cultura
29	Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua e a atenção primária	Lauro José Franco Melo; Francisca Bruna Arruda Aragão; Da Silva Cunha, et al.	2022	Português /Inglês/Es panhol	Sudeste	Revista Família, Ciclos de vida e a Saúde no Contexto Social

Quadro 1: Caracterização dos estudos selecionados quanto aos títulos, autores, ano de publicação, idioma, região em que foi realizada a pesquisa e periódico de publicação ou programa de pós-graduação.

(conclusão)

Nº	Título	Autores	Ano	Idioma	Região	Periódico/Programa
30	Perspectivas acerca do cuidado com a saúde das pessoas em situação de rua	Fernanda Gomes Faria; Rodrigo Siqueira-Batista	2022	Português /Inglês	Sudeste	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
31	O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa	Rebeca de Andrade; Alane Andréa Souza Costa; Elyana Teixeira Sousa; et al.	2022	Português	Centro-Oeste	Revista Saúde Debate
32	A política de saúde para população em situação de rua: o consultório na rua de Curitiba - PR	Rosane Souza Freitas	2017	Português	Sul	Dissertação- Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná.
33	A atuação dos consultórios na rua (CnaR) e a atenção à saúde da população em situação de rua	Anna Carolina Vidal Matos	2016	Português	Nordeste	Dissertação - Programa de Pós - Graduação em Psicologia/ Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
34	As práticas de cuidado produzidas pelas equipes de consultório na Rua no Distrito Federal: características e desafios	Marcelo Pedra Martins Machado	2017	Português	Centro-Oeste	Dissertação - Programa de Pós - Graduação em Políticas Públicas em Saúde, na Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo
35	Consultório na rua: atuação dos profissionais em Santa Catarina	Deidvid de Abreu	2017	Português	Sul	Tese - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina
36	Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais	Laila Oliveira Louzada	2015	Português	Sudeste	Dissertação-Modalidade Profissional em Saúde Pública.
37	Das impermanências do povo de rua à Produção do comum: o Consultório na Rua como Destituição.	Mario Cesar da Silva	2019	Português	Sudeste	Dissertação - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Fonte: Elaborado pela autora.

O aumento de publicações a partir de 2019 pode estar relacionado ao aumento da população em situação de rua no período. Uma nota técnica publicada em 2023, pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA)⁷, aponta que, no Brasil, havia 281.470 pessoas em situação de rua, número 38% maior que em 2019 e 211% superior ao estimado na década anterior, em 2012.

Outro fator relacionado a esse período é o início do governo Bolsonaro e a pandemia de COVID - 19, em que houve o aumento do desemprego, de trabalhos informais, de cortes de investimento nas políticas públicas, além do aumento da pobreza, do sucateamento dos serviços e, também, o crescimento da população em situação de rua.

A maioria das pesquisas encontradas foi realizada na região Sudeste (16 publicações), seguida da região Sul (10 publicações), Centro-Oeste (6 publicações), Nordeste (4 publicações) e Norte (2 publicações).

Ressalto aqui, que se tratando de população em situação de rua e a divisão partindo das regiões do Brasil, o IPEA (2023) apresentou uma pesquisa, onde consta que a região Sudeste possui a maior população em situação de rua, a se comparar com outras regiões do País. A estimativa é a de que o Sudeste concentra 50% da população em situação de rua do Brasil - em 2012, existiam 46.702 pessoas em situação de rua nesta região, aumentando para 151.030 pessoas em 2022.

É possível supor que o aumento da população em situação de rua nessas regionais aumente o interesse pelo tema, pensando na necessidade de fortalecer e construir políticas públicas para garantir os direitos a essa população, mesmo entendendo que a pesquisa apontada pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) é com base no acesso ao CaDÚnico e isso faz os dados abrangerem apenas uma parcela dessa população. A partir desses dados podemos pensar que além do aumento da concentração da população em situação de rua em centros urbanos, principalmente nas capitais do Sudeste, o alto número de pesquisas indica que o aumento da população em situação de rua em tempos pandêmicos parece ter aberto questões sociais e acadêmicas de relevância.

Outro fator que pode estar associado à distribuição desigual das pesquisas por região é o financiamento de pesquisas no país, como mostram os dados do Ministério da Ciência,

⁷ Não conta com dados oficiais sobre números relacionados à População em Situação de Rua, tendo isso como norte, a Instituição realizou um estudo com base no Censo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ou seja, os dados referentes à população em situação de rua apresentados por eles, são de pessoas que acessam a Política de Assistência Social e são cadastradas no CadÚnico.

Tecnologia e Inovação a partir dos Balanços Gerais dos Estados e levantamentos realizados pelas Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia ou instituições afins; número de docentes e número de docentes permanentes da pós-graduação (MCTI, 2022) (Tabela 1).

Tabela 1 - Valores destinados à pesquisa, desenvolvimento e atividades científicas e técnicas correlatas por estado em 2020

Ano 2020	Total (R\$)*	Norte (R\$)	Nordeste (R\$)	Sudeste (R\$)	Sul (R\$)	Centro-Oeste (R\$)
Ciência e tecnologia (C&T)	18.565,60	676,60	2.181,40	12.182,10	2.260,40	1.264,20
Pesquisa e desenvolvimento (P&D)	14.120,40	202,50	1.036,0	10.718,90	1.715,50	447,50
Atividades científicas e técnicas correlatas (ACTC)	4.445,20	474,10	1.145,4	1.463,20	544,8	817,70

*(Em milhões de R\$ correntes)

Fonte: MCTI (2022).

A região que mais recebeu verba relativa ao total de investimento de Ciência e Tecnologia, Pesquisa e desenvolvimento e Atividades Científicas em 2020 foi a região sudeste, com 65,62% dos investimentos, seguido da região Sul (12,17%), Nordeste (11,75%), Centro- Oeste (6,81%), e com menor repasse a região Norte, recebendo somente 3,64% da verba total distribuída.

Abaixo, no quadro 2, apresento as variáveis correspondentes à descrição das pesquisas, a partir da sua área de conhecimento, fontes utilizadas, participantes do estudo e objetivos

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
1	Saúde Coletiva	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	Pesquisa documental e revisão bibliográfica; Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo; Política Nacional para Pessoa em Situação de Rua; Política do Consultório de Rua no SUS	-	Descrever as estratégias tecnoassistenciais na organização da atenção à saúde para a população em situação de rua na cidade de São Paulo, no contexto do SUS, no período de 2000 a 2017
2	Enfermagem	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	Artigos e trabalhos pesquisados na BVS e no Google Acadêmico	-	Mapear na literatura científica nacional as produções relacionadas à atuação dos profissionais do CnaR no âmbito da APS do Brasil
3	Enfermagem	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Dados do Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA)	-	Refletir acerca da vulnerabilidade e suas dimensões, focando na Linha de Cuidado às pessoas em situação de rua
4	Enfermagem	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	Pessoas em situação de rua que frequentavam a Casa da Sopa, que é uma unidade da Associação da Misericórdia Divina Filantrópica, Assistencial e Educacional - AMIDIFAE, essa associação é localizada no município de Belém que atende a comunidades carentes, inclusive pessoas em situação de rua	Identificar os saberes da população vivendo em situação de rua sobre a saúde

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
5	Saúde Coletiva	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	Trabalhos pesquisados na BVS com delimitação de tempo de 2000 a 2013	-	Caracterizar a produção científica que trata da organização do sistema de saúde do Brasil no atendimento à população em situação de rua
6	Serviço Social	TCC utilizando dados Secundários/Qualitativa	Pesquisas realizadas nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Banco de Teses & Dissertações (CAPES), Biblioteca Digital de Monografias da Universidade de Brasília (DBM/UnB)	-	Analisar a atenção à saúde da população em situação de rua, com base nos principais elementos trazidos na produção teórica mapeada a partir de levantamento bibliográfico
7	Enfermagem	Trabalho de Conclusão de Curso com base em dados Secundários/Qualitativa	Diários de campo e relatórios de estágio do período de vivência no Consultório na Rua e no Projeto de Extensão Universidade na Rua, vinculados ao curso de Enfermagem da UFRGS	-	Relatar a experiência da estudante com as práticas em saúde desenvolvidas junto à População em Situação de Rua, durante vivências da formação acadêmica, em Projeto de Extensão e Estágios Curriculares e Extracurriculares do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
8	Enfermagem	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	Buscas de artigos, nos meses de fevereiro a abril de 2022, nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde/Base de dados de Enfermagem (BVS/BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE)	-	Contextualizar a vivência da população em situação de rua e as ações de saúde desenvolvidas pelo SUS durante a pandemia de COVID 19, à luz das publicações científicas disponíveis sobre o tema
9	Psicologia	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	Nota Técnica nº 13/2020 (Brasil, 2020a); Portaria nº 64/2020 (Brasil,2020a); Resolução nº 40/2020 (Brasil, 2020b); e cartilha “Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19, Informações e Recomendações”	-	Atualizarmos como, na pandemia, as concepções e ações estatais sobre o consumo de drogas atualizam ou retrocedem tais debates históricos sobre a PSR
10	Enfermagem	Artigo de dados Primários/Quantitativo	-	A aplicação do questionário foi direcionada a 390 pessoas em situação de rua, dentro dos limites geográficos da regional centro-sul do município de Belo Horizonte. A aplicação ocorreu in loco	Analisar a associação de fatores sociodemográficos, econômicos e condições de vida à utilização de serviços de saúde pela população em situação de rua em Belo Horizonte/Minas Gerais (MG)

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
11	Enfermagem	Trabalho de Conclusão de Curso com base em dados Secundários/Qualitativa	Utilizou dados da pesquisa: “Narrativas de cuidado de “usuários de drogas”: Um estudo Etnográfico na rua e suas Territorialidades (SILVA, 2018) a pesquisa em questão, teve como objetivo geral analisar como usuário de drogas vivência a rua enquanto um território de cuidado	-	Conhecer o entendimento sobre direitos humanos à saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua
12	Psicologia	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	A pesquisa foi feita a partir da entrevista de seis pessoas em situação de rua, entre o período de junho e setembro de 2014 em dois locais da cidade de Uberaba (MG) nos quais o CR realiza suas intervenções. A coleta de dados foi realizada na presença da equipe do CR	Compreender quais são as principais dificuldades e estratégias apontadas por pessoas em situação de rua relacionadas às suas práticas e às políticas públicas de cuidados em saúde, averiguando se atendem de forma efetiva às suas demandas
13	Enfermagem	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	Relato de experiência de uma oficina realizada em outubro de 2018, no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). Roda de conversa realizada com oito usuários do serviço	-	Descrever a experiência de uma oficina realizada com pessoas em situação de rua sobre Direito à Saúde
14	Enfermagem	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	A entrevista aconteceu com 10 pessoas em situação de rua que circulavam pela Avenida Paulista, São Paulo, SP, Brasil e arredores	Descrever a percepção das pessoas em situação de rua que permanecem na Avenida Paulista no município de São Paulo em relação ao acesso aos dispositivos de saúde

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
15	Saúde Coletiva	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	Observação de uma equipe de CnaR de Campinas - SP, para a partir disso produzir a pesquisa com base nos diários de campo correlacionando com leituras sobre cuidado, população de rua, atenção primária em saúde, descolonização, interculturalidade, políticas públicas de saúde e diversidade cultural	-	Refletir acerca do cuidado destinado a PSR numa perspectiva socioantropológica, a partir de observação participante realizada junto a uma equipe de CnaR
16	Enfermagem	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	Foram entrevistados 15 profissionais de saúde, distribuídos nas duas equipes de CnaR de Recife e Olinda, compostas na totalidade por: uma enfermeira, uma psicóloga, dois assistentes sociais e 11 redutores de danos	Conhecer as práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes do Consultório de Rua
17	Saúde Coletiva	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	Entrevistas com 20 pessoas em situação de Rua, em Juiz de Fora, município que faz parte da Zona da Mata Mineira, que frequentam os serviços de acolhimento temporário do município	Compreender como é o acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção dos adultos em situação de rua
18	Enfermagem	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	Entrevista com 8 pessoas em situação de rua, in loco, nos logradouros públicos na cidade de Joinville	Conhecer as percepções de saúde de pessoas em situação de rua na cidade de Joinville/Santa Catarina

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
19	Enfermagem	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	Entrevista realizada com 15 pessoas em situação de rua, em uma cidade do Sul do Brasil, sendo escolhidas de forma aleatória	Conhecer a percepção das pessoas em situação de rua acerca da promoção da saúde.
20	Enfermagem	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	Entrevista realizada na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul com sete trabalhadores de uma equipe de CnR, de diferentes categorias profissionais (serviço social, terapia ocupacional, educação física, psicologia e enfermagem), que atuavam junto ao CnR no momento da coleta de dados	Conhecer a perspectiva da equipe do consultório na rua sobre barreiras que interferem no acesso aos serviços de saúde pelos usuários de drogas, sob a dimensão programática do conceito de vulnerabilidade
21	Saúde Coletiva	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	As entrevistas ocorreram com 20 pessoas em situação de rua e houve também análise de registros de diários de campo da observação cotidiana da população em situação de rua in loco e no convívio dessa população nas instituições pesquisadas. As entrevistas foram realizadas no município da Zona da Mata Mineira, na região Sudeste do estado de Minas Gerais, nos serviços de acolhimento temporário do município, sendo um destinado às mulheres e o outro, aos homens	Compreender as dificuldades da vida na rua que interferem na percepção e no estado de saúde de adultos em situação de rua em um município da Zona da Mata Mineira, Brasil

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
22	Saúde Coletiva	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	Pesquisa realizada nas ruas do centro de Florianópolis, com 6 LGBTs em situação de rua, sendo 2 homens (1 gay e um bissexual), 4 mulheres (1 lésbica, 2 bissexuais e 1 sem orientação sexual definida)	compreender as implicações das identidades de gênero nas relações sociais e saúde de LGBT em situação de rua de Florianópolis (Santa Catarina)
23	Saúde Coletiva	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	Estudo de caso realizado a partir do processo de trabalho de uma equipe de CnaR do município do Rio de Janeiro, responsável pelo cuidado de cerca de 1.284 usuários cadastrados. Entrevista com 6 profissionais da equipe, sendo um médico, um enfermeiro, um assistente social, um técnico de enfermagem e dois agentes sociais	Compreender as barreiras de acesso, das pessoas em situação de rua às ações de prevenção do câncer e tratamento oncológico
24	Saúde Coletiva	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	A base utilizada na pesquisa foram textos que falam sobre PSR e acesso aos serviços de saúde, correlacionando com os conceitos de homo sacer – de Giorgio Agamben e de hospitalidade incondicional – de Jacques Derrida	-	analisar problemas bioéticos relativos às populações em situação de rua a partir dos conceitos de homo sacer, de Giorgio Agamben, e de hospitalidade incondicional, de Jacques Derrida

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
25	Enfermagem	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	Foram entrevistadas 15 pessoas em situação de rua da região Sul do Brasil, escolhidas de forma aleatória e convidadas a participar da pesquisa voluntariamente	Conhecer a percepção das pessoas em situação de rua sobre os determinantes sociais da saúde
26	Psicologia	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	A busca dos trabalhos foi nas seguintes bases: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências Sociais (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Google Acadêmico	-	Apreender as possibilidades de atuação junto desta população diante dos desafios colocados para a garantia do seu acesso às ações de cuidado à saúde, possibilitando sistematizar um panorama das ações desenvolvidas, bem como das lacunas assistenciais existentes
27	Enfermagem	Artigo de dados Primários/Qualitativa	-	Entrevista com 11 pessoas em situação de rua que acessavam o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e uma casa de passagem do município da região norte do estado de Mato Grosso do Sul. As entrevistas foram realizadas nesta casa de passagem	Identificar a percepção das pessoas em situação de rua sobre as barreiras encontradas para garantia do acesso aos serviços de saúde

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
28	Saúde Coletiva	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	É um estudo sócio-histórico sobre o cuidado em saúde das pessoas em situação de rua, promovido no Brasil, no período compreendido entre a década de 1970 e o momento posterior à criação do SUS. Para o intervalo entre 1970 e 1985, a análise foi realizada com base em revisão de literatura, informações legais e exemplos de atuação de diversas instituições com esse público	-	Elucidar como o Estado brasileiro assumiu as questões de saúde da população em situação de rua como problema a ser respondido pelas políticas de saúde
29	Saúde Coletiva	Artigo de dados Primários/Quali - Quantitativa	-	Participaram 60 pessoas na fase quantitativa e 15 pessoas na fase qualitativa, essas pessoas foram entrevistadas in loco, em praças, logradouros públicos, viadutos, entre outros, na cidade de Ribeirão Preto, SP. Nessa pesquisa houve também, a busca por documentos que se constituíam em políticas, programas ou estratégias voltadas à população em situação de rua na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto	Conhecer condições de saúde e o acesso à atenção primária à saúde das pessoas em situação de rua

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
30	Saúde Coletiva	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	Utiliza-se de documentos e textos para discutir o papel dos serviços na atenção à saúde da População em situação de rua, a efetivação das políticas públicas que os direcionam, além da elaboração teórica sobre as práticas do serviço do Consultório na Rua (CnaR) no bojo da APS	-	Discutir as principais questões relativas ao cuidado à saúde das PSR
31	Saúde Coletiva	Artigo de dados Secundários/Qualitativa	A busca bibliográfica foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Totalizando 9 artigos selecionados para realização da pesquisa	-	analisar o acesso da População em Situação de Rua (PSR) à Atenção Básica, ambulatorial e hospitalar
32	Políticas Públicas Sociais	Dissertação de dados Primários e Secundários/Qualitativa	A pesquisa documental foi realizada a partir de arquivos públicos com o intuito de identificar o processo de implementação do CR de Curitiba- PR. Já a observação participante aconteceu com a pesquisadora acompanhando as atividades do CR do município	Se tratando da entrevista, foram 27 entrevistados, sendo dos seguintes seguimentos: gestão do CR (1 entrevistado), profissionais do CR (22 entrevistados) e representantes de usuários que compõem o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR - 4 entrevistados)	Avaliar a formulação, implementação e efeitos do Programa Consultório na Rua no Contexto da construção da política local para pessoas em situação de rua na cidade de Curitiba-Paraná
33	Psicologia	Dissertação de dados Primários/Qualitativa	-	Coordenação e profissionais das equipes do CnaR do município de Natal/Rio Grande do Norte. Diário de campo, a partir da experiência com uma das equipes	Analisar a atuação das equipes do CnaR frente às demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua do município de Natal/Rio Grande do Norte

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(continua)

Nº	Área de conhecimento	Tipo e delineamento da pesquisa	Fontes utilizadas	Participantes do Estudo	Objetivos
34	Políticas Públicas em Saúde	Dissertação de dados Primários/Qualitativa	-	A população-alvo foi os gestores e trabalhadores das equipes de Consultório na Rua do DF, com a participação de 4 (quatro) gestores e 16 (dezesesseis) trabalhadores	Analisar as práticas de cuidado realizadas pelas eCR, no Distrito Federal, de modo a identificar suas principais características, ofertas de cuidado e condições em que se desenvolvem.
35	Saúde Coletiva	Tese de dados Primários/Qualitativa	-	Entrevista realizada com 19 profissionais que trabalham diretamente nas equipes dos Consultórios na Rua nas Cidades de Florianópolis, Criciúma e Joinville, e 10 gestores atuais e anteriores das equipes	Descrever e analisar a percepção de profissionais e gestores sobre o processo de transição dos Consultórios de rua para Consultório na rua; bem como compreender e analisar o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua nas Cidades de Joinville, Criciúma e Florianópolis, no estado de Santa Catarina, Brasil

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados quanto a autores, títulos, área de conhecimento, tipo e delineamento das pesquisas, fontes utilizadas nas pesquisas com dados secundários, participantes do estudo nas pesquisas com dados primários e objetivos

(conclusão)					
36	Saúde Coletiva	Dissertação de dados Primários/Qualitativa	-	Os participantes da pesquisa que participaram dos grupos focais, foram profissionais de duas equipes de Consultório na Rua, totalizando 16 profissionais e de diversas categorias. Essas equipes de CR atuam na região do centro da cidade do Rio de Janeiro	Analisar as concepções de cuidado que norteiam as práticas das equipes de Consultório na Rua (eCnR) da área programática 1.0, do município do Rio de Janeiro
37	Saúde Coletiva	Dissertação de dados Secundários/Qualitativa	A construção desta cartografia se deu a partir da vivência em campo junto a 4 equipes de CnaR, na região Sudeste de São Paulo. A partir disso, cartografou vetores que favoreceram ou interferiram na produção de cuidado pelos agentes de saúde no campo das políticas públicas e das políticas sobre substâncias psicoativas	-	Problematizar o desafio da implantação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009), por meio da análise da produção do cuidado a esta população pelos consultórios na rua vinculados à Atenção Básica no município de São Paulo

Nota: A numeração dos artigos/documentos segue a mesma apresentada no Quadro 1.

Fonte quadro 2: elaborado pela autora.

Ao analisar as produções, percebe-se que a maior parte dos estudos, encontra-se na área de conhecimento em Saúde Coletiva (16 publicações). Os outros trabalhos estão divididos entre áreas que também se relacionam a saúde, como Enfermagem (15), Psicologia (quatro publicações), e Serviço Social (uma publicação), tendo também trabalho dentro das Políticas Públicas Sociais (uma publicação). A partir disso, é notável que de forma abrangente os trabalhos sobre acesso à Atenção Básica da PSR têm sido realizados dentro da área de conhecimento da saúde.

Em relação ao tipo e delineamento da pesquisa, 17 trabalhos utilizaram dados secundários e 20 trabalhos usaram dados primários. Desses últimos, 12 coletaram dados junto à população em situação de rua e, nos outros oito trabalhos, os participantes da pesquisa foram os trabalhadores e gestores das equipes de Consultório na Rua. A maioria das pesquisas encontradas (35), teve abordagem qualitativa, enquanto apenas um artigo utilizou o método quantitativo e um utilizou a abordagem quali-quantitativa.

É importante trazer como análise a centralidade das entrevistas serem voltadas para os profissionais e gestores do Consultório na Rua, no processo de coleta de dados das pesquisas. Entretanto, faz-se necessário ressaltar a problemática em relação a isso, já que a maioria das coletas são direcionadas aos serviços que atendem a população em situação de rua e não diretamente a população.

A maior parte das pesquisas apontam como o CnaR é garantidor de direitos a essa população, garantindo principalmente o acesso aos outros serviços de saúde. O CnaR, tem como prioridade os cuidados primários in loco, onde a população vive, tem também a busca pela garantia de acesso aos serviços de saúde e socioassistenciais voltados para essa população (GONTIJO, 2011, apud VARGAS; MACERATA, 2018).

É possível identificar também, que o CnaR aparece nos textos, como um serviço que se caracteriza como porta de entrada para o SUS e para outros serviços, sendo que o que potencializa o vínculo e a atuação do serviço, é a formação de uma equipe multiprofissional (LOUZADA, 2015).

Com base nos estudos analisados, nota-se que o CnaR cumpre um papel central no acesso da PSR, fica exposto como essa população não acessa ou acessa menos a os outros

serviços de saúde, principalmente a Atenção Básica, essa população quando apresentam suas demandas de saúde, acaba sendo quase que exclusivamente direcionadas para o CnaR, isso ocorre devido a discriminações que sofrem ao tentar acessar os outros serviços (ALADRÉN, 2015).

O CnaR se diferencia pela dinâmica de funcionamento do serviço, tanto por ser itinerante, como por ser multiprofissional e ter a redução de danos e arte educação como ferramenta de cuidado em saúde.

Hoje o CnaR é o principal dispositivo de atenção e cuidado em saúde destinado a essa população. É possível notar a potência transformadora que esse trabalho pode atingir, no sentido de ser capaz de reconhecer as diversas demandas existentes, realizar formação de vínculo, estar sensível às histórias e condições de vida individuais. O modo itinerante de trabalho permite às equipes a ampliação de suas competências e o desenvolvimento de novas ferramentas que possibilitam o cuidado do outro (DAVANÇO; CARNEIRO JUNIOR, 2019, p. 93).

A redução de danos e o vínculo são estratégias importantes do serviço, o que possibilita uma atuação profissional mais humanizada, tendo o vínculo como uma estratégia de cuidado em saúde, respeitando a população e, a partir disso, buscando a garantia de direitos para PSR.

Para o desenvolvimento do trabalho nos Consultórios de Rua, os entrevistados consideram imprescindível a construção do vínculo com os usuários de rua. Essa tarefa, no entanto, requer da equipe o exercício de uma práxis que envolve criatividade e subjetividade como construções humanas significativas para este trabalho diferenciado. [...] no exercício dessa construção do vínculo com a população de rua, a relação dialógica e o saber escutar constituem saberes necessários. A equipe exerce a prática de acordo com a necessidade do campo, utilizando-se de oficinas de arte em geral como a música, pinturas, desenhos, capoeira, instrumentos de percussão, entre outros. Nesse sentido, as equipes reconhecem que essas atividades realizadas na rua permitem que os usuários se sintam mais à vontade para a participação e construção do vínculo (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014, p. 812).

A equipe multiprofissional permite que os saberes entre os profissionais sejam compartilhados, possibilitando uma escuta qualificada das demandas apresentadas pelo usuário, entendendo, a partir disso, que a PSR vivencia muitas vulnerabilidades, e que a construção de vínculo permite um cuidado em saúde que considera as diversas violências que ela vivencia.

A articulação em rede é um desafio em relação ao acesso da PSR aos serviços de saúde, o que faz com que essa população acesse com maior frequência os serviços de

urgência, e não os serviços da Atenção Básica. A articulação em rede aparece como uma forte estratégia para garantir o cuidado integral dessa população. Os serviços com os quais o CnaR possui maior articulação são os da Assistência Social, como o Centro Pop, o CREAS e o SEAS.

A falta de articulação é apontada como um desafio para o desenvolvimento do trabalho desses dispositivos, um dos textos aborda a perspectiva dos trabalhadores do CnaR sobre a articulação intra e intersetorial. A autora sinaliza que as políticas públicas devem andar em conjunto, integradas, tendo como objetivo a cidadania dos sujeitos. O trabalho intersetorial se apresenta como necessário para enfrentar as questões que envolvem a PSR, um dos serviços citados como essenciais para a articulação em rede, foram as UPAs (FREITAS, 2017).

Outro autor, dialoga com essa perspectiva e traz o ponto sobre como a PSR acessa os serviços de urgência no intuito de atender suas demandas de saúde e não a APS, o que demonstra a importância de se pensar a articulação em rede nos diversos níveis de assistência à saúde. O serviço de urgência e emergência é apontado como mais acessível que a APS e por isso a PSR o acessa com maior frequência (MELO; ARAGÃO; CUNHA; CARNEIRO; FIORATI, 2022).

Entretanto, diferentemente dessa visão, a PSR acessa aos serviços de saúde quando já estão com demandas emergenciais que, muitas vezes, vão além das questões de saúde, sendo necessário, por isso, um cuidado intersetorial, que dialogue, para que essas questões apresentadas possam ser escutadas, buscando uma resolutividade possível.

O trabalho do CnaR é executado por diversas categorias profissionais e isso exige que a articulação seja tanto com outros serviços, mas também entre os próprios profissionais do serviço. É fundamental a articulação entre o CnaR, os Centros de Saúde, as unidades de pronto atendimento e a rede de atenção psicossocial. A articulação é necessária para que ocorra a continuidade do cuidado (FREITAS, 2017).

A articulação em rede é um instrumento essencial para a inserção dessa população aos serviços de saúde e da rede assistencial, outro texto traz a reflexão a partir da fala dos trabalhadores do CnaR, diz sobre a centralidade do dispositivo nessa construção de rede, apontam que, o serviços cria pontes com outros equipamentos, que os profissionais acolhem essa população, os atendem, articula consultas em outros níveis da rede de saúde e os

acompanha em equipamentos socioassistenciais, como o Centro Pop (MATOS, 2016).

O tema do racismo não aparece na discussão sobre preconceito e acesso à saúde da população em situação de rua, o que demonstra uma baixa produção acadêmica que considera esse marcador social. Por outro lado, o preconceito é abordado como elemento central para o não acesso, já que essa população não acessa os serviços devido ao receio de sofrer preconceito e discriminações, principalmente em questões relacionadas a sua higiene.

Os estigmas, preconceitos, a dificuldade de articulação em rede, a falta de recursos, ausência de serviços da rede de saúde mental no município, a burocracia nos processos de cuidado e a territorialização são as principais barreiras de acesso, que fazem com que a PSR não acesse os serviços de saúde de forma espontânea, a não ser em casos de urgência (FRIEDRICH; WETZEL; et al., 2019).

Sobre a documentação e a burocracias dos serviços se constituírem como uma barreira, a autora Aladrén (2015) aponta que a Portaria nº 940 de 2011, que regulamenta o Cartão Nacional de Saúde, garante o atendimento das pessoas em situação de rua em qualquer unidade de saúde sem a necessidade de apresentar um comprovante de residência. No entanto, como afirma a autora, muitos trabalhadores da Atenção Básica negam o atendimento nesses casos.

Outros autores Faria e Siqueira-Batista (2020) dialogam muito com a tratativa sobre as burocracias dos serviços de saúde, eles sinalizam que durante os acolhimentos os profissionais tendem a cumprir regras, protocolos preestabelecidos e fluxogramas rígidos, que nem sempre atendem as demandas apresentadas pela PSR, acabam a partir disso, não tendo uma escuta ampliada, tendo como resolutividade encaminhamentos para outros serviços especializados, o que intensifica a fragmentação do cuidado.

Em geral, as barreiras de acesso encontradas nos estudos analisados são tanto simbólicas – marcadas pelo preconceito e pelo estigma, quanto burocráticas – exigências dos serviços de saúde –, gerando o afastamento da PSR em relação aos serviços.

Embora a PSR encontre inúmeras dificuldades, o CnaR atua na perspectiva de diminuir as barreiras de acesso dessa população, sendo central para a redução da distância entre ela e os serviços de saúde e da rede socioassistencial.

7.1.4 Conclusão.

Existem poucas produções sobre acesso e população em situação de rua a partir da implementação da Política Nacional para População em Situação de Rua (2009). Há uma disparidade no número de publicações por região do país, sendo a região sudeste com maior número. O período entre 2019 e 2022 foi o que teve maior número de publicações, o que pode ser resultado do aumento da população em situação de rua nesses anos, da política de governo do ex-presidente Bolsonaro e da pandemia de COVID-19, que agravou as desigualdades sociais.

Os estudos analisados evidenciam a centralidade do CnaR na discussão sobre acesso e população em situação de rua, como esse serviço aparece como potência na garantia de acesso, no acolhimento da população, na articulação em rede com os serviços de saúde e com outras políticas, como a de assistência social. Foi possível verificar também que equipe multiprofissional, atuação no território, política de redução de danos e arte educação aparecem como elementos essenciais do serviço.

A articulação em rede é o principal desafio a ser superado, já que a desarticulação aparece como um dificultador no cuidado à saúde dessa população.

A PSR enfrenta barreiras de acesso por ser estigmatizada, vivenciar preconceitos no cotidiano, e os dispositivos não são flexíveis no acolhimento dessa população, não respeitando suas particularidades e demandas.

7.2 Resultados e discussão.

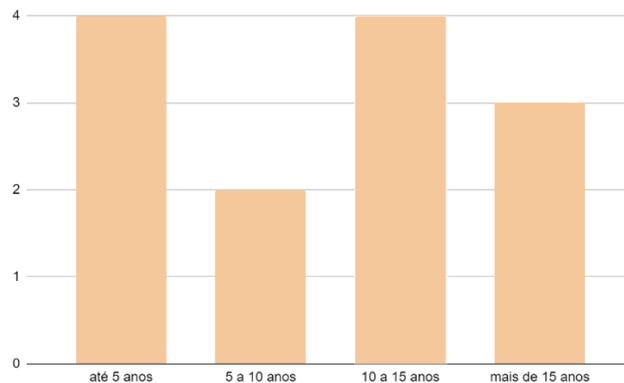
7.2.1 Caracterização da população.

O expressivo contingente de pessoas em habitações precárias e em situação de rua nas grandes cidades brasileiras espelha o modelo de desenvolvimento concentrador de riquezas. Dentre os inúmeros fenômenos que contribuem para esse padrão de concentração destaca-se não apenas o modelo excludente do sistema capitalista, mas remete também ao padrão da colonização do Brasil, fundante da matriz de exclusão de imenso contingente de pessoas expropriadas de suas terras e de seus modos de vida, nomeadamente dos próprios povos originários e daqueles traficados do continente africano (OLIVEIRA, 2018, p.39).

Partindo desse marcador, sobre o surgimento da população que está em situação de rua atrelado ao processo de escravização e colonização que se inicia o processo analítico

As entrevistas foram realizadas em duas regionais da cidade de Belo Horizonte, sendo a maioria dos entrevistados da regional Oeste (10 entrevistados), seguido da regional Barreiro (04 entrevistados). Essa diferença entre as regionais aconteceu devido a particularidade da própria dinâmica do campo, sendo que na Regional Oeste era possível ir a mais locais no mesmo dia, dada a menor distância entre eles; ao contrário da Regional Barreiro, que é maior.

O tempo médio de vivência na rua entre os entrevistados foi de 14 anos. Para um dos entrevistados, por fazer o circuito rua/casa, o tempo não foi contabilizado. Dentre o total, quatro entrevistados relataram estar em situação de rua há até 5 anos, dois entrevistados entre 5 e 10 anos, quatro entre 10 e 15 anos e três há mais de 15 anos, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

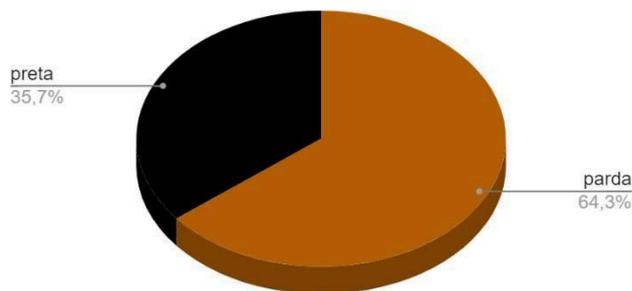


Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4 – Distribuição dos participantes da pesquisa, segundo o tempo em situação de rua, Belo Horizonte - MG, 2023.

De acordo com Ferreira e Machado (2007), existem fatores que influenciam na ocupação das ruas, sendo elas: experiências de violência, uso de substâncias psicoativas, desemprego e problemas relacionados à saúde, além dos conflitos familiares. A violência pode ser, principalmente, psicológica, sexual e física. Essa é uma questão que se relaciona com os conflitos familiares e com o impacto que causam na vida dessas pessoas, que encontram no território da rua uma possibilidade de fuga das diversas violências que vivenciam, embora estar nessa situação também implique sofrer violências.

A distribuição dos participantes da pesquisa segundo raça/cor autodeclarada está apresentada na Figura 5.

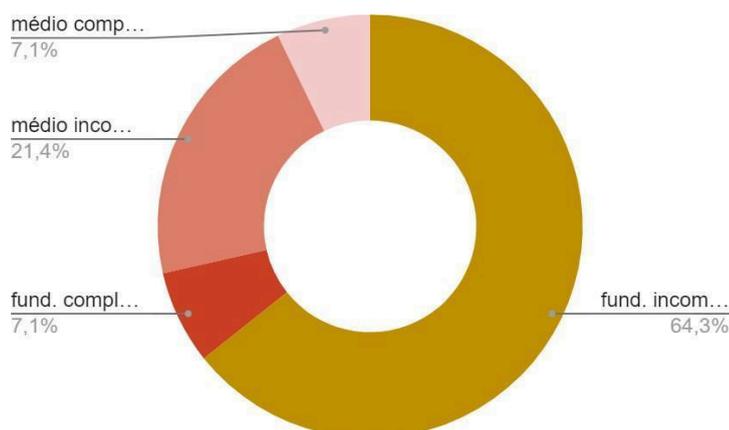


Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 5 – Distribuição percentual dos participantes da pesquisa, segundo raça/cor autodeclarada, Belo Horizonte - MG, 2023.

A idade média dos entrevistados é de 42 anos. Sendo as idades de forma crescente, 23, 24, 29 (dois entrevistados), 32, 33, 46 (três entrevistados), 49, 53, 55 e 60 anos (2 entrevistados). Em relação a identidade de gênero dos entrevistados 28,57% (4) eram do sexo feminino, e 71,43% (10) do sexo masculino (Quadro 1).

Considerando a escolaridade, 64% dos entrevistados não completaram o ensino fundamental, 7% completaram somente o ensino fundamental, 21% iniciaram o ensino médio, mas interromperam os estudos e somente 7% concluíram o ensino médio (Figura 6).



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 6 – Distribuição percentual dos participantes da pesquisa, segundo escolaridade, Belo Horizonte-MG, 2023.

Sobre ocupação e renda, seis dos entrevistados não trabalham, enquanto oito dos entrevistados atuam enquanto trabalhadores informais. Destes, seis trabalham com somente reciclagem e dois trabalham com reciclagem e vendas em sinal. Entre o total dos 14

entrevistados, 10 são beneficiários do programa Bolsa Família.

A população em situação de rua, que é lida pela sociedade como “marginal”, “preguiçosa” e diversos outros nomes pejorativos, é uma população que em sua maioria trabalha, ainda que informalmente, exercendo atividades extremamente precárias, o que as priva do acesso a direitos trabalhistas e previdenciários.

O desemprego é um dos fatores que leva à situação de rua, principalmente pela dificuldade de arcar com a moradia. Muitos, ao procurarem trabalho, não encontram oportunidades e enfrentam discriminações ao tentar uma ocupação formal (FERREIRA; MACHADO, 2007).

Tabela 2 - Dados sociodemográficos das pessoas em situação de rua entrevistadas, Belo Horizonte-MG, 2023.

Entrevistado	Idade	Raça	Gênero	Escolaridade	Renda	Ocupação	Benefício	Território	Tempo em situação de rua
1	46	preta	feminino	fundamental incompleto	não trabalha	-	Bolsa família	Oeste	12 anos
2	33	parda	masculino	fundamental incompleto	não trabalha	-	Bolsa família	Oeste	10 anos
3	60	parda	masculino	fundamental completo	sim, trabalho informal	Reciclagem	Bolsa família	Oeste	14 anos
4	55	parda	masculino	fundamental incompleto	não trabalha	-	Bolsa família	Oeste	53 anos
5	23	parda	masculino	médio incompleto	não trabalha	-	Bolsa família	Barreiro	trajetória casa/rua
6	60	preta	masculino	fundamental incompleto	sim, trabalho informal	Reciclagem	Bolsa família	Barreiro	2 meses
7	49	parda	feminino	médio incompleto	sim, trabalho informal	Reciclagem	Não recebe	Barreiro	15 anos
8	46	parda	masculino	fundamental incompleto	sim, trabalho informal	Reciclagem	Não recebe	Oeste	32 anos
9	46	parda	masculino	fundamental incompleto	sim, trabalho informal	Reciclagem	Bolsa família	Oeste	22 anos
10	24	parda	feminino	fundamental incompleto	não trabalha	-	Bolsa família	Oeste	14 anos
11	53	parda	masculino	fundamental incompleto	não trabalha	-	Bolsa família	Barreiro	10 anos
12	29	preta	masculino	médio incompleto	sim, trabalho informal	Reciclagem e venda no sinal	Não recebe	Oeste	2 anos
13	29	preta	feminino	fundamental incompleto	sim, trabalho informal	Reciclagem e venda no sinal	Não recebe	Oeste	2 anos
14	32	preta	masculino	médio completo	sim, trabalho informal	Reciclagem	Bolsa família	Oeste	2 meses

7.2.2 Percepção da população em situação de rua sobre racismo.

*Nasce na luta pela vida, nasce forte, nasce pungente
Pela real necessidade de existir. [...]
É ser o inverso do que os outros pensam
É ser contra a corrente.
Ser a própria força, a sua própria raiz.
É saber que nunca fomos uma reprodução automática,
Da imagem submissa que foi criada por eles.
(BB King - BacoExu do Blues)*

Ao serem perguntados sobre sua cor/raça, muitos entrevistados se mostraram em dúvida e, às vezes, devolveia a pergunta para a pesquisadora: "A branca é importante né?! Preta, isso mesmo, né?" (Entrevistado 1), "Ah, cor? Bonita, morena, parda. América doido, né?" (Entrevistado 5). Já outros entrevistados responderam: "Negão mesmo" (entrevistado 6) e "boa, negra, de boa" (entrevistado 14). Já o entrevistado 08 sinaliza: "Olha, eu sou filho de negro com pardo. Então, eu me identifico como pardo." O entrevistado 11 disse: "A minha cor é moreno, né?". Já o entrevistado 4 respondeu: "Eu devo ser branco. (...). Não, branco eu não sou, não. Eu sou moreno."

Essa percepção de si vai ao encontro do que Fanon (2008) discute em seu livro *Pele Negra, Máscaras Brancas*. Segundo o autor, a população negra precisou enfrentar o olhar do branco, olhar esse que oprimiu, diminuiu e interferiu em como os negros se percebiam. Assim, o movimento expresso por esses corpos é o de se apagar para provar sua "brancura", tanto para as outras pessoas, como para si mesmo. No mundo onde a estrutura dominante é composta pelos brancos, o "homem de cor encontra dificuldades na elaboração de seu esquema corporal. O conhecimento do corpo é unicamente uma atividade de negação. É um conhecimento em terceira pessoa. Em torno do corpo reina uma atmosfera densa de incertezas(...)" (FANON, 2008, p. 104).

Na mesma direção, Clóvis Moura (1988) aponta a dominação surge de mecanismos sociais e simbólicos em que o branco é lido como superior e o negro como inferior; assim, aqueles que não são brancos tendem a se afastar dessa consciência étnica. A fuga ocorre de forma simbólica e faz com que essa população (não branca) procure elementos de identificação que os aproximem da camada branca, considerada socialmente dominante. Segundo o autor:

No recenseamento de 1980, por exemplo, os não-branco brasileiros, ao serem inquiridos pelos pesquisadores do IBGE sobre a sua cor, responderam que ela

era: acastanhada, agalegada, alva, alva-escuro, alvarenta, alva-rosada, alvinha, amarelada, amarela-queimada, amarelos, amorenada, avemelhada, azul, azul-marinho, baiano, bem branca, bem clara, bem morena, branca, branca avermelhada, branca melada, branca morena, branca pálida, branca sardenta, branca suja, branquiça, branquinha, bronze, bronzeada, bugrezinha, escura, burro-quando-foge, cabocla, cabo verde, café, café-com-leite, canela, canelada, cardão, castanha, castanha clara, cobre corada, cor de café, cor de canela, cor de cula, cor de leite, cor de outro, cor de rosa, cor firme, crioula, encerada, enxofrada, esbranquiçado, escurinha, fogoio, galega, galegada, jambo, laranja, lilás, loira, loira clara, loura, lourinha, malaia, marinheira, marrom, meio amarela, meio branca, meio morena, meio preta, melada, mestiça, miscigenação, mista, morena bem chegada, morena bronzeada, morena canelada, morena castanha, morena clara, morena cor de canela, morenada, morena escura, morena fechada, morenã, morena prata, morena roxa, morena ruiva, morena trigueira, moreninha, mulata, mulatinha, negra, negota, pálida, paraíba, parda, parda clara, polaca, pouco clara, pouco morena, preta, pretinha, puxa pra branca, quase negra, queimada, queimada de praia, queimada de sol, regular, retinha, rosa, rosada, rosa queimada, roxa, ruiva, russo, sapecada, sarará, saraúba, tostada, trigo, trigueira, turva, verde, vermelha, além de outros que não declararam a cor. O total de cento e trinta e seis cores bem demonstra como o brasileiro foge da sua realidade étnica, da sua identidade, procurando, através de simbolismo de fuga, situar-se o mais próximo possível do modelo tido como superior. (MOURA, 1988, p. 63)

Essa diversidade de identidades étnicas desmistifica a crença de existir uma democracia racial, que parte do pressuposto de que o processo de miscigenação não gerou uma hierarquia entre brancos e não brancos. A miscigenação, na verdade, contribuiu para que a elite, dita dominadora, introjetasse na população não-branca os seus valores fundamentais. A hierarquização e a inferiorização levam os não-brancos a criar estratégias para fugir do que sua cor expressa na sociedade. (MOURA, 1988). Uma dessas estratégias são as múltiplas formas de autodeclaração, que revela a tentativa de criar um longo espectro entre a cor de sua pele, conforme visto na citação acima é corroborado pelos entrevistados.

Como vemos, a identidade étnica do brasileiro é substituída por mitos retificadores, usados pelos próprios não-brancos e negros especialmente, que procuram esquecer e/ou substituir a concreta realidade por uma dolorosa e enganadora magia cromática na qual o dominado se refugia para aproximar-se simbolicamente, o mais possível, dos símbolos criados pelo dominador. (MOURA, 1988, p. 64)

As entrevistas demonstram que a autodeclaração de cor/raça possui relação com a percepção de discriminação e racismo. O entrevistado 8, por exemplo, ao responder “olha, eu sou filho de negro e com pardo. Então, eu me identifico como pardo” – privilegiando a miscigenação e hereditariedade em detrimento de uma reflexão sobre sua cor e identidade –, apresentou certa dificuldade em dizer os preconceitos e racismos vivenciados: “tem. Mas essa parte, quando eu entro, eu quero(...) Só vai encher de ódio”. Além disso, relatou sofrer

discriminação por sua condição de estar em situação de rua, ainda que a pergunta tratasse de racismo.

Outra entrevistada (Entrevistado 1) falou sobre sua percepção de racismo a partir da proibição de entrar em um restaurante, enfatizando que o racismo independe da capacidade de compra, uma vez que pagou pelo almoço. Ela diz que ouviu a seguinte frase: "você espera lá fora porque... você não pode entrar aqui não. Você está suja". Ao passo que respondeu: "mas há um tempo que eu não tô suja. Eu tô limpinha aqui. Mas essa é a minha pele", nessa hora mostra a mão para a pesquisadora, esfregando uma na outra para comprovar que não estava suja, revelando que aquela cor era a da sua pele. "Não está vendo a cor da minha mão, tá suja? Você tá me chamando, você tá me chamando de preto?".

A entrevistada seguiu contando como se sentiu diante desta violência: "eu senti que ele estava me chamando de negra, me humilhando, aí eu chorei e falei assim não, velho, aqui, você acredita que esse restaurante seu aí, você hoje pode fazer isso comigo, mas cuidado a gente nunca pode humilhar uma pessoa só porque eu sou preta não".

A reação da entrevistada evidencia como ela percebe o racismo estrutural e o relaciona com a sua cor de pele. No momento da entrevista, ela se emocionou muito e relatou o ocorrido com lágrimas nos olhos. A correlação da cor de pele com sujeira foi como ela percebeu o racismo. Estar em situação de rua é ser percebido pela sociedade como sujo, com higiene precária; no imaginário social, o preconceito com as pessoas em situação de rua e o racismo são indissociáveis.

Para Jesus (2022), essa visão advém do período da escravização e atravessa a população negra até os dias atuais. O acesso a água e ao banho são fatores que apontam para a marginalização da pessoa preta, uma vez que ao correlacionar a cor de pele com sujeira e ausência de banho, sugere que negros são aqueles de pouca higiene, que são lixo, chorume, dejetos da sociedade. O suposto odor e sujeira desserve para rebaixar a população negra e criar a imagem de uma identidade racial não desejada.

Assim, o cheiro do racismo emerge como produto e produtor de subjetividades e afetos no historicotidiano brasileiro, quando-onde ter nojo de pessoas negras e humilhá-las é legitimado rotineiramente, assim como as políticas afetivas (de desejos) higienistas que matam simbolicamente (psicossocialmente) a população negra desde a infância à vida adulta, seja de modo dito e explícito, seja de modo não dito e velado. Considerando que o cheiro do racismo está inscrito numa cultura político-afetiva racista de caráter higienista, pois demarca a identidade racial negra (negritude) como signo da sujeira, fedor, imundície e mobiliza nojo, repugnância, desprezo e riso, e autoriza pessoas brancas ao exercício da

desumanização, violência, humilhação e dominação racial. (JESUS, 2022, p. 4)

A população em situação de rua já é vista como não desejada pela sociedade, que tem uma higiene precária e a marca do “sujo” como uma construção do imaginário social. Pensando que esta população é majoritariamente negra, o “estar sujo” não deixa de ser uma manifestação do racismo: ser negro e estar em situação de rua é ser visto duplamente como “sujo”.

Outro entrevistado, ao ser questionado sobre o que é racismo, respondeu: “[...] Racismo, né? Tipo assim, você tá aí, eu tô aqui. É você me maltratar, por causa do mal cheiro. É racismo” (Entrevistado 2).

A percepção dos entrevistados marca nitidamente o imaginário social de que estar limpo vai além do acesso a dispositivos que garantem a higiene básica; o estar limpo está intrinsecamente associado ao “estar embranquecido”.

O entrevistado 3 relacionou o estar “sujo” ao seu trabalho diário de catador de material reciclável, o que por si só já é uma profissão discriminada. O catador é responsável por coletar e separar o lixo do material que pode ser reciclável, em uma quantidade que seja suficiente para vendê-lo, normalmente um peso enorme. Tal atividade é pouco reconhecida socialmente, bem como muito mal remunerada.

O mesmo entrevistado falou sobre o atravessamento do racismo em seu dia a dia.

Eles falam que a discriminação não existe. Aqui, as minhas mãos estão sujas. Estão muito sujas. Mas eu estou trabalhando. Eu faço pra qualquer um vê. Eu saio daqui agora e sento em qualquer bairro. Ali é mais próximo, como eu disse, eu sento lá, tem pessoas que dão volta, eles olham de longe e a cabeça pro outro lado. E a gente fica sem saber por quê. Eu sinto como se eles tivessem [preconceito] comigo, e isso é a verdade. É como se a gente fosse um ladrão. Se eles, ao menos, chegarem e pegarem um documento da gente. Não. Eles julgam pela aparência. E o que eu estou dizendo aqui, essas pessoas que pensam dessa forma, talvez, quando vê uma pessoa dessa forma, não deve pensar só naquela pessoa... talvez ele é preto, maltratado, com necessidade, faltam recursos, ele passou fome. Porque muita gente nem sabe o que é isso. Entendeu? (Entrevistado 3)

Aqui é possível observar mais uma vez o lugar que o negro ocupa em uma sociedade que tem bases escravocratas. Quando o entrevistado afirma ser visto como ladrão, relata a dificuldade de acolhimento de suas demandas e necessidades básicas - tais como alimentação -, e a exposição a violências, fica evidente como a vulnerabilização dessa população também se relaciona com o julgamento da aparência e da higiene.

Também o entrevistado 4 afirmou acreditar que pessoas em situação de rua são vistas como ladrões e, que, portanto, representam periculosidade, fator esse decisivo para o distanciamento, o temor e a exclusão.

O que que é racismo? É a pessoa tirar os outros. Por exemplo, pela cor, pelo que a pessoa vive, o modo que a pessoa vive. Até onde é que a pessoa mora, é favelado. Por exemplo, favelado eles chamam ladrão, lixo, não sei o que lá mais. É vagabundo. É que nem morador de rua. A gente é desse jeito. A gente é tratado desse jeito. Aquele morador de rua, cuidado com ele que é ladrão. Aquilo é vagabundo. Cuidado com ele. Mas não é. Talvez a gente está procurando, assim, um apoio. Sim. Mas a própria comunidade não dá. Por isso que eles acham que morador de rua é aquilo tudo. É morador de rua não passa não. Cuidado, ali tem doença, aquele cara vai te roubar, ele vai querer caçar briga, mas não tem nada disso. Nós somos pessoas pacíficas até demais. A gente quer que as pessoas entendam a gente, mas as pessoas não entendem. Fazer o que? (Entrevistado 4)

O trecho acima remete à imagem da favela como mais uma expressão do racismo, na medida em que as pessoas em situação de rua são comparadas com aquelas que residem nesses lugares. O entrevistado 4 ainda revela como se sente invisibilizado e discriminado, quando diz que a PSR está “procurando, assim, um apoio, mas a própria comunidade não dá” – o que expressa, também, como essa população é violentada.

Como se vê, a percepção de uma situação de racismo muitas vezes advém de um gesto, um olhar, uma tratativa diferente. Para o entrevistado 11:

“A gente sente na pele. (...). Tem que a pessoa, quando você está sentado no lugar pedindo, falta cuspir, cuspir da sua cara. Você entendeu como é que é? Aquilo ali você se sente mal com aquilo. (...) Porque você sente o que a pessoa está humilhando ali você, você sente, é lógico que você sente” (Entrevistado 11).

Como discute Ianni (1978), as categorias raça, racialização e racismo são produzidas pelas dinâmicas sociais, com implicações políticas, econômicas e culturais. Contexto que, em conjunto com o sistema capitalista, constitui as estruturas de poder.

Partindo da relação entre esses elementos, em conjunto com acesso a direitos sociais, principalmente o acesso à saúde, aponto a seguir uma discussão sobre qual a percepção dessa população a respeito do acesso à rede de saúde.

7.2.3 Direito ao acesso à saúde.

Alguns entrevistados afirmaram não procurar os serviços de saúde, enquanto outros,

quando procuram, é em situações emergenciais, o que acarreta prejuízos significativos à sua saúde. Logo, a maioria da população entrevistada não estabelece o cuidado em saúde na perspectiva da promoção, mas sim da emergência: “É quando não dá mesmo, aí eu vou. Mas se eu ver que dá pra segurar, aí eu fico de boa.” (Entrevistado 5); “Eu não procuro ajuda, não. Eu não, eu, pra quê? Tô passando mal, eu fico quieto no meu canto (Entrevistado 11). As falas demonstram a distância entre a PSR e a rede de cuidados em saúde.

O entrevistado 11 ainda relata que não acessa a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) nem o Centro de Saúde, prefere permanecer adoecido, ainda que seu local de permanência seja em frente a um dispositivo de saúde. Esses lugares, para ele, não irão respeitar a sua dor e que, por isso, não reconhece essas instituições como um lugar de cuidado.

Nesse sentido, as pessoas em situação de rua enfrentam algumas barreiras para acessar os serviços e, por isso, o procuram quando a necessidade de saúde ultrapassa o limite da dor. Dores consideradas por eles como “menores” não justificam a procura pelos serviços, como dor de cabeça, no corpo, fraqueza e tosse. Sintomas que, entretanto, podem acarretar doenças crônicas, que necessitam acompanhamento periódico (CAMPBELL et al., 2015 apud VALLE; FARAH, 2020).

Dentre os entrevistados que procuram atendimento, os serviços que mais apareceram foram: UPA, Centro de Saúde, Cersam (Centro de Referência em Saúde Mental - nomenclatura para serviços Centro de Atenção Psicossocial em Belo Horizonte) e CnaR. Os que citaram a UPA, disseram que acessam o serviço ao chamar o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e são encaminhados para lá a partir disso: “procuro, sim. Mas quando passo, procuro a UPA, né?!” (Entrevistado 14); “eu chamo o SAMU. E aí vem buscar (...). Eu vou pra UPA. Sempre que eu tô mal eu procuro. Eu chamo o SAMU na hora. (Entrevistado 4).

Os que acessam o SAMU possuem redes de apoio no território, precisando do suporte de outras pessoas próximas: “procuro a UPA, aí vai e chama o SAMU pra mim. O menino da autoescola ali, com a casa branca ali, chama e o menino do bar aqui.” (Entrevistado 6); “o pessoal aqui do bairro também, eles veem que eu estou ruim, eles mesmo ligam (...) (entrevistado 4).

As pessoas em situação de rua acessam os serviços de saúde a partir de demandas que

advém de circunstâncias que interferem no seu dia a dia de vivência nas ruas, a partir de doenças e agravos que impactam nas ações de sua sobrevivência. Além disso, acessar esses serviços de urgência e emergência possibilita que o atendimento não tenha a necessidade de encaminhamentos de outros serviços, ou vinculação longitudinal com a equipe de sua referência, o que o torna mais viável para essa população (VALLE; FARAH, 2020).

Como eram as situações de urgência e emergência que mais levavam os entrevistados a buscarem pelos serviços de saúde, foi possível compreender a procura pelo HPS e pela UPA. O HPS é o destino do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), recurso utilizado pelas pessoas entrevistadas, como pôde ser observado nos relatos. Já a UPA funciona todos os dias da semana, ininterruptamente, com estrutura física e profissional para resolver grande parte das urgências e emergências. Ficou evidente que o acesso acontecia porque os entrevistados eram levados a esses serviços de saúde, na maioria das vezes, com quadros de rebaixamento da consciência, quando estavam com determinados quadros de crise. Sem dúvidas, o acesso à AB poderia oferecer a prevenção de tais quadros. (VALLE; FARAH, 2020, p.12)

Para além da UPA, outro serviço de urgência apontado foi o CERSAM: "é, sempre procuro. (...). Vou, mas vou no CERSAM (...) CERSAM, é. Eu já tenho a Carol que é minha assistente, ela me encaminha." (Entrevistado 7). Apesar do CERSAM ser um serviço de urgência em saúde mental, o entrevistado lança mão da vinculação com a unidade para qualquer cuidado em saúde, ainda que o equipamento de urgência não tenha o propósito de atender ou acompanhar doenças crônicas ou outras urgências clínicas.

Na fala dos entrevistados, outros serviços que apareceram foram os Centros de Saúde (UBS) e o Consultório na Rua. Aqueles que se referiram à UBS, são pessoas que estão em um território muito próximo a um dispositivo da ATB, que buscam atendimento quando estão passando mal. Já outros, disseram acessar a UBS somente na presença da equipe do CnaR, ou por encaminhamento desse serviço, enquanto alguns usuários apontaram o CnaR como o único dispositivo que os atendem em relação aos cuidados em saúde.

Um dos entrevistados que citou a UBS como serviço que busca quando está passando mal disse que o cuidado em saúde não é realizado ali. O dispositivo é apenas um local de encaminhamento:

A gente tinha que passar pelo posto, para eles encaminhar. Porque nem todo mundo tem um carro. Nem todo mundo tem o dinheiro pra pagar um táxi, pagar um Uber. Pra ir pro lugar que eles solicitam pra gente. Entendeu? O que acontece? Eu espero, faço a ficha. Mas sempre que eu precisei de atendimento, mesmo sendo grave, eu sempre passei pelo posto de saúde. Entendeu? Pra depois me levar no UPA, pro UPA, me levar pro hospital adequado da minha situação. É isso que aconteceu

(Entrevistado 8).

O entrevistado costuma ficar em um local muito próximo à sua UBS de referência, mas ele utiliza o serviço como um dispositivo para o encaminhamento e garantia de transporte até outros serviços. Outro apontamento é que o acesso à UBS se dá a partir de alguma queixa mais urgente, já que ele é encaminhado para a UPA e, posteriormente, para algum hospital.

Outros entrevistados dizem que o CnaR é o serviço de saúde que os atende quando estão passando mal, o que demonstra a importância dos atendimentos *in loco*: "eles, que nem vocês, vêm até nós, mas eu não procuro não." (Entrevistado 02). "Aqui é o que socorre a gente. É que todo mundo conta com eles. E quando eles faltam, ou por algum outro motivo, eles deixam de vir aqui na semana, a gente começa a ficar triste. É o pessoal da assistência social."(entrevistado 3).

O entrevistado 3, ao falar do pessoal da assistência social, demonstra como os serviços para a população em situação de rua possuem o mesmo objetivo: a garantia de direitos. Por terem objetivos semelhantes, por vezes, a população não faz diferenciação do que é serviço da política de assistência e o que é da saúde. O próprio entrevistado 3 identifica como “pessoal da assistência social” os profissionais de saúde: "eles levam a gente leva pra todos os lados, médicos, documentos, em geral."

O entrevistado 2, tem seu local de permanência próximo a uma UBS, mas quando está passando mal é o Consultório na Rua que o atende: "às vezes é sem vergonhice minha. Às vezes é sem vergonha minha mesma. Vocês, vocês vêm para ajudar a gente quando tá passando mal, a gente que é ignorante e não vai. Vocês é mil grau". (Entrevistado 2). Mesmo com a oferta de cuidado pelos profissionais do CnaR, o entrevistado se mostra resistente em acessar outros serviços de saúde. Como afirmam VALLE e FARAH, (2020):

Nas falas dos participantes da pesquisa, a AB é representada pelo CnaR e pelas UBS. O CnaR é um dispositivo da AB para os cuidados com a população em situação de rua, estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (2011). Ele é composto por equipe multiprofissional e atua de forma integrada às UBS, ao CAPS, aos serviços de urgência e emergência e aos outros pontos da rede de atenção à saúde. O CnaR possui papel primordial para o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde e foi relatado na presente pesquisa como um serviço muito utilizado. [...] Além do suporte do CnaR, seria importante que essas pessoas também tivessem autonomia para chegarem à UBS quando necessitarem. Apenas três entrevistados mencionaram terem sido atendidos na UBS, e através da mediação do CnaR e do albergue (VALLE; FARAH, 2020, p.13)

Vê-se que, mesmo o CnaR fazendo parte da PNAB, é necessário que sua representação

não seja única, o cuidado deve ser compartilhado com a UBS e com outros dispositivos da rede de saúde.

Alguns entrevistados abordaram a garantia de acesso por duas perspectivas: a da universalidade, compreendendo que é direito de todos o acesso e cuidado em saúde; a necessidade de reduzir a burocracia do cadastro no sistema que, em alguma medida, possibilita o acesso sem documentação. Exigir a documentação parece ser um dos fatores que dificultam a adesão dessa população às unidades básicas. Um dos entrevistados mencionou isso contando uma situação em que foi se vacinar na UBS: “tudo quanto é tipo de vacina. Se acontecer essa vacina. Ô, gente, eu não tenho cartão, não, porque eu sou morador de rua. Perdi. Mas eu tenho meu nome no sistema. Vocês podem olhar.? Meu nome é isso, isso, isso e isso. Então, tem como vocês me derem atenção?!” (Entrevistado 8)

O entrevistado 10 ao ser questionado sobre a dificuldade em ser atendido nos serviços de saúde, em especial na UBS, e se isso tem relação com o fato de estar em situação de rua, respondeu: “Não influencia, porque eles são obrigados por lei a atender todo mundo!”. A visão dele remete à compreensão do acesso a partir da universalidade.

O que fica evidente nas entrevistas é que muitos acessam os serviços de urgência por conceber o cuidado em saúde como algo emergencial - não há espaço para a promoção e prevenção. Isso ocorre pela situação de vulnerabilização dessa população, que requer outras preocupações, como onde dormir, o que comer, como se proteger do frio. Necessidades que interferem na vinculação com os equipamentos de saúde. Além disso, existem outras barreiras de acesso que geram mais violências e os afastam dos dispositivos de saúde. A seguir, discute-se como a população entrevistada percebe as dificuldades ao tentar acessar os serviços.

7.2.4 Dificuldades enfrentadas ao acessar a UBS e outros serviços.

Quando perguntados sobre as barreiras de acesso, apenas dois entrevistados disseram não encontrar nenhuma ao buscarem atendimento no CS (Centro de Saúde), sendo que dentre eles, as vezes que foram atendidos no serviço, foi pela equipe do CnaR, ou seja, a equipe do CnaR utilizou do espaço físico do CS para realizar os atendimentos. A fala do entrevistado 4 detalha sobre isso, “eu sou atendido bem(...) tudo normal(...), eles me tratam bem. Com eles eu acho que não tem dessa não. No centro de saúde eu só fui ali com a equipe. Eles me

atenderam rápido."

Os demais entrevistados apontaram diversas barreiras de acesso: exigência da documentação pessoal, a falta de médico na unidade para realizar o atendimento, a necessidade de apresentar um comprovante de residência para atestar que ele pertence ao território adscrito daquela UBS e a demora no atendimento: "falou que lá não tinha médico, e mandou, e falou que eu tinha que esperar", na ocasião seguinte teve o acesso negado, justificam dizendo que "agenda ficava cheia eu tinha que esperar, aí eu ficava esperando. (...) Se eu morrer eu vou ter que esperar também?" (Entrevistado 1). Esse entrevistado é uma pessoa conhecida no território do serviço, mas encontra barreiras quando procura atendimento.

O entrevistado 3 disse que não foi atendido por não estar com a documentação pessoal, uma vez que haviam colocado fogo em suas coisas. Contou que o serviço de saúde que o acompanha é o CnaR, e que conta com a ida desses profissionais ao território para cuidar das suas demandas de saúde e assistenciais.

Agora, dessa vez, eles tomaram meus remédios. Eu senti muita dor. É devido ao barraco. Aqui é muito difícil. Ele pegou fogo. E eles não me deram oportunidade. Não me deram. Falaram, você não pode pegar remédio na farmácia, é porque você não tem documento. Eles me conhecem. Eles sabem quem sou eu. Mesmo assim, me negaram. (Entrevistado 03)

Por estar em situação de rua no território adscrito da UBS há um tempo e por acessar o serviço a partir da interlocução do CnaR, o entrevistado supõe que os trabalhadores daquela unidade de saúde já o conhecem. Apesar disso, o fato de ele estar sem documento, e a burocratização do fluxo do serviço, o impediram de ter acesso à medicação, um direito básico, que impacta diretamente a sua saúde. As barreiras de acesso encontradas nesta pesquisa coincidem com as do estudo de Valle e Farah (2020).

Vale ressaltar a resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020, que dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua. De acordo com a PNPSR, essa resolução em junção com a Portaria nº 940/2011, garante que o atendimento no SUS não necessite de apresentação de documento de identificação.

Art. 121 Deve ser garantido o acesso, para as pessoas em situação de rua, aos medicamentos ofertados pelo SUS, que não pode ser negado pela ausência de endereço fixo, documento de identificação e/ou comprovante de endereço, conforme a Portaria nº 940/2011, ou perda de receita médica ou de remédio anteriormente recebido. (BRASIL, 2020, p. 19)

A negativa de atendimento com a justificativa da ausência de documento, para além de uma barreira de acesso, é o descumprimento de uma legislação. Além disso, não garantir o acesso a medicamentos e a outros atendimentos é, também, uma violência institucional, pois infringe os princípios básicos do SUS.

Outro entrevistado alegou que foi impedido de acessar o CS devido à ausência do profissional de medicina na unidade e com a justificativa de que ele não pertencia ao território de abrangência do serviço: "ah, esse Centro de Saúde aqui? Ela falou que não ia atender. Que eu não pertencia. Não fui bem atendido. Ela falou que não tinha médico (.). Não tinha médico. A equipe minha... minha equipe é a equipe três (.), mas não tinha médico. (Entrevistado 6).

Existe, ainda, a Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018, que orienta aos serviços de saúde a garantirem o atendimento à população em situação de rua mesmo não possuindo documentação que comprove seu endereço e território de fixação.

Parágrafo único: A atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde a que se refere o inciso XII deste artigo. (BRASIL, 2018, p.01)

Mais uma barreira de acesso que parte do descumprimento de uma legislação vigente. Um dos entrevistados contou como se sentiu depois de ter o atendimento negado:

Eu me sinto ninguém. Eu só sinto tristeza. E eu não consigo entender o porquê. Porque quando uma pessoa que tá sofrendo, é porque fez muita maldade e o nome da justiça tá lá embaixo. Então, isso pra mim não serve. Não é meu caso. Todo mundo me conhece. Eu tenho meu nome toda vida. Trabalhei e sempre pensei no ser humano. Eu nunca pensei que esse tipo de coisa aconteceria. (Entrevistado 3)

O mesmo entrevistado contou outra dificuldade no tratamento odontológico; "Eu estava no posto, eu fiz, eu pedi tratamento. Deve ter uns 5 anos, até hoje ninguém me chamou. E aí, a gente perde a autoestima todinha" (entrevistado 3). E mencionou, ainda, o caso de outras pessoas que estão em situação de rua naquele mesmo território e não têm acesso à odontologia, "não é só eu, não. A maioria do pessoal, todos aqui, é preciso de um tratamento de dente. Ninguém tem."

Outra barreira de acesso muito citada entre os entrevistados foi a demora no atendimento. Alguns normalizam a demora, justificando pelo grande fluxo de pessoas que buscam atendimento na UBS, enquanto outros atribuem ao fato de estarem em situação de

rua.

O entrevistado 7 afirmou que sem a presença de algum serviço o acompanhando ou na falta de algum encaminhamento por escrito, ele é mal atendido ou, às vezes, nem consegue atendimento:

“Se não tiver abordagem de rua, um papelzinho para eles me atenderem. Demora muito. (...). Demora muito(...). Costuma nem atender.” (Entrevistado 07) "Como morada de rua, a preferência é para os que não é morador de rua(...) A diferença é para os outros. A gente é como, tipo assim, último lugar. Me atendeu bem, porque eu já tinha a referência do pessoal da abordagem de rua, eles tinham já me indicado. Aí eu fui lá, só cheguei e eles me atendeu. Se não tiver abordagem de rua, um papelzinho para eles me atenderem. (Entrevistado 7)

O que nos leva a questionar como tem sido a garantia da universalidade dentro dos equipamentos da rede de saúde, já que “quando a gente vai sozinho, a discriminação é certa.” (Entrevistado 3).

As barreiras de acesso apontadas pelos entrevistados também são perceptíveis em outros estudos, como bem cita Oliveira et al., (2021), sinalizando que no município de São Paulo, as barreiras apresentadas ao acessar, ou ao tentar acessar um dispositivo de saúde, eram a burocratização do processo, os encaminhamentos, demora no atendimento e agendamento. Ou mesmo o preconceito, o fator que mais apareceu nesta pesquisa. A seguir, discute-se como essas barreiras de acesso estão atreladas ao racismo.

7.2.5 Relação entre racismo e dificuldade no acesso.

Durante as entrevistas, foram muitos relatos de violência, tanto pelos entrevistados estarem em situação de rua, quanto pela cor de sua pele. Ao serem questionados da existência dessas violências nos serviços de saúde e em outros espaços públicos, alguns não quiseram responder. Um deles disse que não iria responder porque sabia o que é racismo.

O entrevistado 2 disse que já sofreu preconceito em espaços de saúde e contou como reagiu: "já sim, mas eu levei na esportiva. Eu ó, joguei pra cima...". Na continuidade da entrevista, quando perguntado para contar mais o que havia acontecido, ele sinaliza “é, mas eu não gosto nem de falar não...". Outros entrevistados também preferiram não falar, o entrevistado 8, por exemplo, afirmou que sofre preconceito ao acessar alguns serviços de

saúde, mas prefere não comentar: "tem uns lugares que eu não quero nem divulgar. Se eu for falar pra você, pela situação de morador de rua. Se eu for falar, um lugar aceita a gente entrar, um lugar não, um lugar não, vai encher essa prancheta, aí eu não quero nem problema pra mim, nem problema pra você, nem problema para isso." (Entrevistado 8).

Esse é o mesmo entrevistado, mencionado anteriormente, que afirmou ser pardo em função da hereditariedade e que, ao ser questionado sobre racismo, se recusou a falar. Segundo ele, falar desses assuntos, só "o enche de ódio. (...) Aí eu levo na brincadeira, pra mim não ficar colocando na minha mente que eu tô sendo discriminado (...) às vezes, passam os pessoal aqui, olha pra mim, quando eu estou andando, catando latinha, as vezes passa no meu meio, fica rindo. (...). Sabe o que eu faço? Abaixo da cabeça e sigo meu caminho" (Entrevistado 8).

A forma de ele lidar com a discriminação é "suportando" as ofensas e violências, para além do espaço da rede SUS, mas em seu dia a dia, durante a circulação pelos espaços da cidade. Diante da negativa de falar sobre racismo, optou-se por acolher e respeitar o seu posicionamento. Não falar sobre as violências sofridas pode ser uma posição de sobrevivência, e esse silêncio também indica elementos importantes, tendo em vista as inúmeras violações de direitos que essa população sofre.

Alguns entrevistados trouxeram experiências de violência em espaços de circulação na cidade, seja nos locais onde permanecem, seja ao tentarem acessar algum lugar. O entrevistado 07 apontou como sofre preconceitos ao trabalhar com reciclagem e ao circular pela cidade. Para ele, o racismo é:

"é morar em rua, ser morada de rua, mexer com reciclagem. Tudo para mim isso é racismo, tudo é preconceito, tudo é preconceito, viu? (...) As pessoas têm nojo da gente, dentro de um carro ficam com nojo da gente. Quando a gente está reciclando algo com o carrinho e a gente para no sinal, quando o sinal fecha, que a gente para junto de algum carro, eles fecham o vidro do carro, com medo da gente. Muita discriminação" (entrevistado 7)

Além disso, o entrevistado contou um caso de discriminação que sofreu na UBS e em um hospital do município de BH. Sobre o racismo que sofreu na UBS ele afirmou: "muito. Faz parte. (...). Por a gente ser morador de rua, ou dependente químico, porque não falam drogados, noiado, é dependente químico, eles. Discriminam muito." (Entrevistado 7). Quando ele diz que "faz parte", nota-se como o racismo vivenciado nesse equipamento é normalizado.

"Cada coisa que a gente sofre, porque eu morava na rua, eles também discriminam, né? A preferência era para quem chegava lá, bonitinho. Eles atendiam primeiro. Tipo assim, eu estava na fila, eles chegavam, eles colocavam, passavam na minha frente, falava, aí, eu estou na frente, e eles passavam na minha frente. Eles atendiam primeiro, e eu sempre era a última. (Entrevistado 7)"

A desigualdade de classe social e de raça influenciam no acesso, ao dizer que a preferência é para quem chega até o serviço “bonitinho”, ou seja, que se diferencia dele em algum aspecto, já que ao tentar atendimento é sempre deixado por último. Outro entrevistado também remete à desigualdade de classe e como isso se torna uma barreira de acesso.

E a maioria das vezes, a verdade é essa. A pessoa que tem dinheiro, se ele vestir uma calça rasgada, me desculpa, rasgada na bunda, é moda e todo mundo sai fazendo palma. Mas se é um pobre, e tiver uma tinta de caneta, aí eles chamam o cara de porco. Conforme eu falei, muitas pessoas olham o sapato, o cabelo... se ele não tem o cabelo cortadinho, eles não querem saber. É porque ele não tem o dinheiro para arrumar o cabelo, nem para alguém. Ele está esperando o favor de alguém que faça aquilo por ele. E se talvez ele não tem, é porque... ele talvez não tenha condições (Entrevistado 3).

As falas elucidam como as barreiras de acesso influenciam no cuidado e no acolhimento dessa população. O atendimento à população em situação de rua na rede SUS é, supostamente, prioritário, mas não é isso que as experiências dos entrevistados demonstram. É o que também reforça o entrevistado 7 em relação ao que vivenciou em um hospital do município:

Quando eu tive o meu acidente, que eu tenho problema na coluna, quando eu quebrei a coluna e fui para o João XXIII, eu não tinha ninguém para me visitar lá. Então eu não tinha parente para me visitar, não tinha família para me visitar, então quem me ajudava eram os parentes dos pacientes que iam lá. Então eu não podia andar, porque eu estava de cadeira de rodas, então eu era muito maltratada. As enfermeiras me maltratavam. Por isso mesmo que eu não gosto de hospital, porque eu já sofri muito (Entrevistado 7).

O entrevistado, ainda, correlacionou o racismo ao fato de ser uma pessoa em situação de rua, o que pode ser um marcador importante para se pensar o racismo como estrutural, por ser uma estrutura que afeta a população a nível social e econômico.

De acordo com Eurico (2013), diante da dificuldade de se fazer o debate étnico-racial numa sociedade burguesa, ocultar o racismo a partir de outras nomenclaturas e formas de percepção, faz parte de um processo de camuflagem dessa opressão estrutural.

Outro entrevistado associa as violências que vivenciou por estar em situação de rua à percepção da sociedade de que se trata de uma escolha:

Já me chamaram de vagabundo, de preguiçoso, você entendeu?! Vagabundo, Preguiçoso. Se a pessoa olhar para o outro lado, se a pessoa for ignorante, ela caça-briga, ela caça confusão. Eu na minha calma, apesar de que eu não sou de ferro, sou igual a vocês, você entendeu?! Eu não tenho preconceito contra ninguém, e gostaria que ninguém tivesse preconceito comigo. Porque se você está na rua, você está sofrendo, você está com situação crítica, e muitos já falaram para mim "Que você está na rua, você quer", já pensou você sair da sua casa, você quer para ir ficar na rua, não tem jeito, você entendeu como é que é?! Não tem jeito, você escolhe um cantinho, quentinho, às vezes está chovendo, você está protegido, dentro de casa. Frio, você está protegido. Calor, você está dentro de casa, você tem uma aguinha gelada. E na rua não, muitas vezes, alguém te dá uma água gelada, às vezes, te dá água até quente, água de torneira "Vai ali e toma ali, se você quiser"!

Em uma ocasião, atearam fogo no entrevistado, sem nenhuma justificativa, e ele quase faleceu.

Então, o que é que acontece, o sofrimento do morador de rua... É....Ele é meio puxado, você não sabe que horas que você deita, você acorda, já está morto, todo ferido. Igual, tacaram fogo em mim, lá no bairro, você entendeu? Na época eu bebia cachaça, eu usava cachaça para mim dormir à noite, então eu cochilei, quando cochilei o rapaz, eu fiz amizade com ele, é morador de rua também, aí ele acordou e disse: "Ô coroa" eu tinha o apelido de Coroa na rua, "Ô coroa, você pegando fogo aí, moço" Quando vi, tinha, estava com aquele colchão mais grosso mesmo, daqueles assim, dessa grossura assim, e estava pegando fogo mesmo. Aí quando eu vi estava com o braço, estava com o braço queimado. Se não fosse ele me acordando, tinha morto, estava morto, eu não sei onde estava, mas assim, estava morto, já teve umas, Graças a Deus, eu consegui viver. (Entrevistado 11)

A fala do entrevistado remete ao que Mbembe (2017) discute o efeito do racismo na existência de pessoas negras, cujos corpos podem ser descartados; são excedentes, para a sociedade e para o Estado fundado em uma estrutura colonial. Isto é, a vida dessas pessoas negras e em situação de rua não possuem valor.

É o que aborda um dos entrevistados quando define o racismo: "racismo, menina, é um tipo de uma coisa que a pessoa chama para ser como se fosse... Vamos supor que eu sou uma pessoa branca e você é uma pessoa preta.." ele continua "“oh, preto, você não vale nada”, tem gente que cospe dentro da sua cara, ‘você não vale nada, você não vale nenhum prato de comida que você come’. Isso é racismo para mim” (Entrevistado 11).

Quando alguns entrevistados afirmam não existir racismo nos serviços de saúde, percebe-se que muitas vezes ele não é explícito, principalmente quando se trata de racismo institucional. Um exemplo disso é a opinião do entrevistado 1 sobre o motivo de não

conseguir atendimento: “no centro de saúde e UPA não tem [racismo]. Porque sempre eles tratam a gente bem, mas as pessoas do mundo, tem muitas pessoas que sabem que humilham a gente”.

Almeida (2018) afirma que o racismo institucional ocorre quando o funcionamento das instituições institui desvantagens e privilégios a partir da raça, postura que serve para manter a hegemonia de um grupo no poder: “[...] O racismo transcende o âmbito da ação individual, e, ao frisar a dimensão do poder como elemento constitutivo das relações raciais, mas não somente o poder de um indivíduo de uma raça sobre outro, mas de um grupo sobre outro, algo possível quando há o controle direto ou indireto de determinados grupos sobre o aparato institucional” (ALMEIDA, 2018, p. 36).

O que fica perceptível ao relacionar racismo e barreira de acesso, são como as violências vividas são associadas à sua cor/raça, e também com a condição de estar em situação de rua. Os entrevistados demonstram como a classe social conectada aos outros marcadores estruturais e sociais, influenciam no acesso aos serviços de saúde. Podemos observar ainda, que para alguns entrevistados não apareceram correlações nítidas entre barreiras de acesso, violências nas instituições e racismo. Compreende-se ainda que tal formalização só pode ser realizada a partir da consciência crítica de sua experiência, para que só então seja possível correlacionar o racismo institucional vivenciado dentro dos equipamentos de saúde. Para tanto, evidencia-se a importância do letramento racial, bem como a participação ampla em movimentos sociais. Deixamos esses indicativos como orientadores para pesquisas futuras.

Concluo a discussão desse tópico trazendo um trecho da música do *Racionais MC's - Negro Drama*, para pensarmos sobre por onde anda a população que sofre racismo, quais os sons que escutam ao vivenciar a circulação pela cidade, como sobrevivem em meio às violências e, por fim, apontar: devemos atentar e olhar as formas de mortes que essa população vivenciam diariamente.

Olha você então, quem é que morre, olha você então, quem é que mata.

*O drama da cadeia e favela
Túmulo, sangue, sirene, choros e velas
Passageiro do Brasil, São Paulo, agonia
Que sobrevivem em meio às honras e covardias
Periferias, vielas, cortiços
Você deve tá pensando*

*O que você tem a ver com isso?
Desde o início, por ouro e prata
Olha quem morre, então
Veja você quem mata
(Racionais MC's - Negro Drama)*

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Conclui-se a partir dos resultados sobre como a população se autopercebe em relação a sua cor/raça, como vivencia o racismo e quais suas percepções sobre essa violência. Sobre o acesso à saúde, alguns entrevistados trazem a centralidade do Consultório na Rua na garantia do acesso. Percebem, também, que não são atendidos devido às barreiras de acesso, que são desde a burocratização do acesso, até mesmo devido a um atendimento negado por estarem em situação de rua. Os resultados das entrevistas corroboram com o que foi encontrado na revisão integrativa.

A população em situação de rua estudada é negra, composta, em sua maioria, por homens, com escolaridade até o Ensino Fundamental, e com ocupação informal, principalmente exercendo a atividade de reciclagem – ou tendo, como única fonte de renda, os benefícios sociais.

O CnaR é um dispositivo central no cuidado em saúde da PSR, sendo fundamental na promoção e garantia dos direitos, tanto de acesso à saúde, como à cidade e aos serviços socioassistenciais.

Muitos entrevistados identificam e entendem que acessar os serviços de saúde é direito deles, enquanto outros não os acessam em função das violências sofridas e da negação do atendimento. Os entrevistados apontaram os preconceitos que vivem tanto por estarem em situação de rua, como também por serem pessoas negras.

Os serviços de saúde que essa população mais acessa são os de urgência, seguido da ATB. Isso porque, quando a população busca atendimento em saúde, os quadros clínicos costumam já estar agravados. O acesso “tardio”, sem a busca pela promoção de saúde, é justificado pela existência de barreiras de acesso encontradas ao tentar acessar a ATB, devido à existência de outras demandas que surgem por causa do processo de vulnerabilização da vivência nas ruas.

As principais dificuldades encontradas no atendimento de dispositivos de saúde são: a

necessidade de comprovante de residência, de documento pessoal, a demora nos atendimentos e o preconceito por estarem em situação de rua (higiene e vestimentas). Há, ainda, a negativa sob justificativa de estar com a agenda cheia ou por falta de profissional no serviço.

Outro ponto que fica evidente nas entrevistas é a dificuldade da percepção de alguns entrevistados acerca do racismo quando acessam os dispositivos de saúde, sendo que isso advém de como o racismo institucional ainda é velado e mascarado. Embora alguns entrevistados não façam a conexão direta entre barreiras de acesso e racismo, eles as atribuem ao fato de estarem em situação de rua.

Pensar em acesso à saúde da população em situação de rua é pensar em atuações profissionais antirracistas, é pensar na desburocratização do sistema, é entender que essa população é estigmatizada, que vivencia violências e preconceitos. O que requer um atendimento humanizado, baseado na perspectiva de equidade.

Esta pesquisa não se encerra aqui, entendo que alguns apontamentos e sugestões realizadas na qualificação tiveram grande valia para o meu percurso e mudaram os rumos dessa escrita, entretanto alguns pontos não foram contemplados devido ao tempo. Desejo retomar tais orientações para publicações próximas.

Acredito que ainda há muita luta pela frente, desejo que o que foi discutido possa resultar em construções coletivas centradas na luta antirracista, na escolha pela vida da população negra e em situação de rua, e que levem em conta as diversas marcas que a violência do período colonial e da escravização deixaram nesses corpos. Sigamos.

REFERÊNCIAS

- ALADRÉN, Gabriel. Tráfico de escravos e escravidão na América Portuguesa. **Cadernos PENESB**. Niterói, n.12, 2010. p. 69-79.
- ALADRÉN, Mariana. **A rua não é um mundo fora do nosso mundo: um relato de experiência das práticas em saúde desenvolvidas junto à população em situação de rua**. 2015. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/183780>. Acesso em: 23 nov. 2022.
- ALMEIDA, Magali da Silva. **Diversidade humana e racismo: notas para um debate radical no serviço social**. Argumentum, Vitória, v. 9, n. 1, p. 32-45, abr. 2017.
- ALMEIDA, Sílvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018
- ALVES, Nemório Rodrigues; FERNANDES, Sabrina Emylle Torres; ALVES, Ahyas Sydcley Santos; TIGRE, Heloísa Wanessa Araújo; SANTOS, Cayo Emmanuel Barboza; LIMA, José Leandro Ramos de; OLIVEIRA, Elaine Cristina Torres. **Atuação dos profissionais do consultório na rua no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Brasil: uma revisão de escopo**. Research, Society And Development, [S.L.], v.10, n. 4, p. 1-13, 24 abr. 2021. Research, Society and Development.
- BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Brasil: Dispendios dos governos estaduais em ciência e tecnologia (C&T)(1), por região e atividade, 2000-2020**. 2022. Brasília, DF: Disponível em: <https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/indicadores/paginas/recursos-aplicados/governos-estaduais/2-3-2-brasil-dispendios-dos-governos-estaduais-em-ciencia-e-tecnologia-por-regiao-e-atividade>. Acesso em 02/06/23.
- BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS, SAGI; Meta, 2008.
- BRASIL, **Política Nacional de Assistência Social (PNAS/SUAS)**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, setembro de 2004.
- BRASIL, Ministério da Cidadania. **Abordagem Social**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/abordagem-social>. Acesso em: 12 jul. 2022
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2011. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992**, de 13 de maio de 2009. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua** - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília, DF: MS, 2016. 82 p. il. (Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10)

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028**, de 1º de julho de 2005. *Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde.*
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília. 2008. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf
- BRASIL, Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005**. Brasília, 2005.
- BRASIL, Política Nacional para a População em Situação de Rua. **Decreto nº 7.053** de 23 de dezembro de 2009. Brasília, 2009
- CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 10ª ed Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- CERVIERI, Nayelen Brambila et al . **O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 15, n. 4, p. 1-8, dez. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000400008&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 07 ago. 2023.
- CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL. **Conselho Federal de Assistentes Sociais** (Lei no 8662/93). Março de 1993.
- COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento Feminista Negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. Tradução Jamille Pinheiro Dias. 1ª edição. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019. 495 p.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **CFESS Manifesta: dia nacional da luta antimanicomial**. Dia Nacional da Luta Antimanicomial. 2019. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2019-CfessManifesta-LutaAntimanicomial.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- CORATO, Carmen. Formação social brasileira: interface com as relações raciais. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 46, p. 38-51, 2º semestre. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/52006>.
- CORDEIRO, Andréia. Saúde da população negra: um espaço de ausências. **Padê**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 77-102, jan. 2006.
- COSTA, Amanda Karina Romualdo. **ANÁLISE TEÓRICA SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**. 2017. 61 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- COSTA, Ana Maria. Promoção da equidade em saúde para a população negra. **Boletim do Instituto de Saúde: SUS: Mosaico de Inclusões**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 100-106, out. 2011. Disponível em: https://issuu.com/institutodesaude/docs/bis_v13_n2. Acesso em: 18 fev. 2022
- CUNHA, Pedro Luiz Pinto da. Grupo Anima Educação. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação; 2014
- DALLARI, Sueli Grandolfi. O Direito à Saúde. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 22, p. 57-63, dez. 1988.

DAVANÇO, Danielle; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. **Política pública de saúde à população em situação de rua: trajetória dos modos de sua organização na cidade de São Paulo**. Travessia - Revista do Migrante, [s. l.], n. 86, p. 85-95, ago. 2019. Disponível em: <https://revistatravessia.com.br/travessia/article/view/931/863>. Acesso em: 20 nov. 2022.

DIAS, André Luiz Freitas; MIGLIARI, Wellington; RODRIGUES, Gabriel Coelho Mendonça; POLEZE, Lucas dos Santos. População em Situação de Rua: Violações de Direitos e (de) Dados Relacionados à Aplicação do CadÚnico em Belo Horizonte, Minas Gerais, **Programa Pólos de Cidadania**, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. André Luiz Freitas Dias, Wellington Migliari, Gabriel Coelho Mendonça Rodrigues, Lucas dos Santos Poleze. Belo Horizonte, MG: Marginália. Comunicação, 2021. p. 88.

EURICO, Márcia Campos. A percepção do assistente social acerca do racismo institucional. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 114, p. 290-310, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-66282013000200005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282013000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 02 jun. 2020.

EVARISTO, Conceição. **Escrevivência: a escrita de nós**. 2020. Disponível em: <https://www.itausocial.org.br/divulgacao/escrevivencia-a-escrita-de-nos/>. Acesso em: 25 ago. 2021.

FARIA, Fernanda Gomes; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **(Bio)ética e população em situação de rua: entre agamben e derrida**. Revista Bioética, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 628-636, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020284426>.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 12, p. 3831-3840, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>.

FERREIRA, F.P.M. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998 – 2005**. Belo Horizonte: Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais, 2005

FERNANDES, Florestan. **O negro no mundo dos Brancos**. Difusão Européia do Livro. São Paulo, 1972.

FRASER MTD, Gondim SMG. **Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa**. Paidéia, 2004.

FREITAS, Rosane Souza. **A POLÍTICA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: O CONSULTÓRIO NA RUA DE CURITIBA-PR**. 2017. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: [https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/47367#:~:text=O%20Consult%C3%B3rio%20na%20Rua%20\(CR,como%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%2C%20prioritariamente..](https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/47367#:~:text=O%20Consult%C3%B3rio%20na%20Rua%20(CR,como%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%2C%20prioritariamente..) Acesso em: 23 nov. 2022.

FRIEDRICH, Melina Adriana; WETZEL, Christine; CAMATTA, Marcio Wagner; OLSCHOWSKY, Agnes; SCHNEIDER, Jacó Fernando; PINHO, Leandro Barbosa de; PAVANI, Fabiane Machado. **Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua**. Journal Of Nursing And Health, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 1-15, 26 abr. 2019. Universidade Federal de Pelotas. <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v9i2.13443>. Disponível

em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/13443>. Acesso em: 25 out. 2022.

Gil, AC. Utilização de documentos In: Gil, AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

IANNI, Octavio. **Escravidão e Racismo**. São Paulo: Hucitec, 1978.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica. n.41. IBGE, 2019

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL (2012-2022)**. Brasília: Ipea, 2023.

LOUZADA, Laila Oliveira. **Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais**. 2015. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.: Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 419-46, maio-ago. 2005.

MACHADO, Ricardo William Guimarães. **Aa construção da política nacional para população em situação de rua**. **Temporalis**, [S.L.], v. 20, n. 39, p. 102-118, 26 jun. 2020. Revista Temporalis. <http://dx.doi.org/10.22422/temporalis.2020v20n39p102-118>.

MATOS, Anna Carolina Vidal. **A atuação dos consultórios na rua (CnaR) e a atenção à saúde da população em situação de rua**. 2016. 173 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pós Graduação em Psicologia, <https://Repositorio.Ufrn.Br/Jspui/Handle/123456789/22244>, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22244>. Acesso em: 25 nov. 2022.

MBEMBE, A. (2017). **Crítica da Razão Negra**. Lisboa: Antígona

MELO, Lauro José Franco; ARAGÃO, Francisca Bruna Arruda; CUNHA, José Henrique da Silva; CARNEIRO, Tânia Gomes; FIORATI, Regina Célia. **Acessibilidade e qualidade de vida pessoas em situação de rua e atenção primária**. Refacs, Uberaba, v. 10, p. 57-67, mar. 2022

MINAYO, M. C. S. **Ciência Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social**. Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes e Maria de Souza Minayo(org.). Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro, 1995.

MINAYO, M. C. de L. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. de L. . Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, 5(7):1-12, 2017. (<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPSJV-FIOCRUZ: Brasília, setembro de 2010.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações – MCTI, 2022. **Brasil: Dispêndios dos**

governos estaduais em Ciência e Tecnologia (C&T), por atividade, 2000-2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/indicadores/paginas/recursos-aplicados/governos-estaduais/2-3-1-brasil-dispendios-dos-governos-estaduais-em-ciencia-e-tecnologia-por-atividade>.

MUNANGA, Kabengele. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia.** In: Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira [S.l.: s.n.], 2004. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001413002> MUNANGA, Kabengele. Teoria social e relações raciais no Brasil contemporâneo. **Cadernos Peneb**, Niterói, v. 12, p. 1-390, dez. 2010.

MOURA, C. Cem anos da abolição do escravismo no Brasil. São Paulo: Editora Anita Garibaldi, **Revista Princípio** nº 15, 1988, p. 5-10.

NETO, José Antônio Chehuen; FONSECA, Geovane Mostaro; BRUM, Igor Vilela; SANTOS, João Luís Carvalho Tricote dos; RODRIGUES, Tamara Cristina Gomes Ferraz; PAULINO, Katia Rocha; FERREIRA, Renato Erothildes. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 1909-1916, jun. 2015. FUNIFESP (SciELO).

Oliveira MA, Boska GA, Oliveira MAF, Barbosa GC. Access to health care for people experiencing homelessness on Avenida Paulista: barriers and perceptions. **Rev Esc Enferm USP.** 2021;55:e03744. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020033903744>

OLIVEIRA, Roberta Gondim. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 37-50, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170915>.

Oranje BS, Oliveira EMPS, Rodrigues Jr DR, Silva NC, Macedo VPR, Gonçalves MJF, Amorim DT. **Linha de cuidado enfocando a vulnerabilidade: pessoas em situação de rua.** In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade.* Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 33-9

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de; LIRA, Cindy Damaris Gomes; JUSTINO, Jéssica Micaele Rebouças; MIRANDA, Moêmia Gomes de Oliveira; SARAIVA, Ana Karinne de Moura. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 8, p. 2595-2606, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 maio 2020.

POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – PNAS/ 2004. Resolução 145/2004. Brasília: CNAS, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **“Consultório de Rua” discute cuidados com usuários de álcool e drogas.** 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/consultorio-de-rua-discute-cuidados-com-usuarios-de-alcool-e-drogas>. Acesso em: 30 jun. 2020.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais - perspectivas**

latino-americanas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Clacso, 2005a. p. 117-142.

RAMOS, Raquel de Souza. **Análise do arcabouço teórico jurídico do Sistema Único de Saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos.** 2007. 125 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 1.** Brasília, DF: Editora ABen; 2022. 128 p. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11>

ROCHA, Valdivina Francisca de Jesus e. **Racismo estrutural: trajetórias de vida de pessoas negras em situação de rua na cidade de Santos/SP.** 2021. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/62291>. Acesso em: 18 mar. 2022.

SILVA, Felicidade Pereira da; FRAZÃO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. **Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua.** Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 805-814, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00100513>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hms3nnTsGgFhCXdP4kQ9mfN/?lang=pt#>. Acesso em: 20 nov. 2022.

SILVA, Maria Lucia Lopes. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005.** 2006. 220 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1763>. Acesso em: 14 jun. 2020.

SILVA, Letícia Batista; BICUDO, Valéria. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, Tatiane Valeria Cardoso dos; SILVA, Letícia Batista; MACHADO, Thiago de Oliveira (Orgs.). Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115-131.

SICARI, Aline Amaral. **A cidade, a rua, as pessoas em situação de rua: (in)visibilidades e a luta por direitos.** 2018. 207 p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

SICARI, Aline Amaral; ZANELLA, Andrea Vieira. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: revisão sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 38, n. 4, p. 662-679, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003292017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2022.

SOUZA, Cristiane Luíza Sabino de. **Terra, trabalho e racismo: veias abertas de uma análise histórico-estrutural no Brasil.** 2019. 265 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Pós- Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein, Morumbi, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

VALE, Aléxa Rodrigues do; VECCHIA, Marcelo dalla. **O cuidado à saúde de pessoas em**

situação de rua: possibilidades e desafios. Estudos de Psicologia, [S.L.], p. 42-51, 23 mar. 2020. Tikinet Edicao Ltda. - EPP. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190005>.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.

ANEXOS.

Anexo I - Roteiro de Entrevista.

Pesquisa: “Racismo e acesso à Atenção Básica: percepção da população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte”

CARACTERIZAÇÃO

Qual a sua idade? _____(anos)

Qual a sua cor/raça? () branca () amarela () parda () preta () indígena

Qual o seu gênero? () feminino () masculino () outro () não quer se identificar

Escolaridade:() fundamental completo () fundamental incompleto () superior completo

() superior incompleto () outro:_____

Você possui alguma renda? () Sim, trabalho formal () Sim, trabalho informal () Não trabalha

Você recebe algum benefício? () Bolsa família () Auxílio Brasil () Benefício de Prestação Continuada (BPC) () Bolsa Moradia () Auxílio BH

ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- Quando você não se sente bem de saúde, você costuma procurar algum atendimento? Se sim, quais lugares você procura? Se não, por quê?

- Você já deixou de procurar atendimento de saúde em alguma situação em que não estivesse bem? Se sim, por quê? Se não buscou atendimento, o que você fez para se tratar?

- Como você é atendido (a) nos lugares onde você procura atendimento? Pode me contar alguma situação que você viveu durante o atendimento?

- Quando você vai a algum Centro de Saúde, como você é atendido (a)? Como os profissionais de saúde te tratam? Já teve alguma dificuldade de receber atendimento nos Centros de Saúde? Qual (is)? Pode me contar uma situação em que isso aconteceu?

- Na sua opinião, por que você foi atendido (a) dessa forma? Você acha que o atendimento deveria ser diferente? Por quê?

RACISMO E ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA

- Pensando nas situações em que você é atendido (a) no Centro de Saúde, você já sofreu algum preconceito? Como se sentiu? Qual foi a sua reação?
- E por causa da sua cor/raça, você já sofreu algum preconceito no Centro de Saúde? Se sim, me conte o que aconteceu.
- O que é racismo para você? Você acha que o racismo influencia na forma como você é atendido no Centro de Saúde? Por quê?

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevistas Individuais.

Título da Pesquisa: Racismo e acesso à Atenção Básica: percepção da população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa desenvolvida por pesquisadoras do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas. Este documento tem o objetivo de explicar a pesquisa que será realizada, detalhando todos os procedimentos, benefícios e riscos envolvidos. Por favor, leia as informações com atenção e fique à vontade para perguntar e tirar suas dúvidas.

Informações sobre a Pesquisa

A pesquisa está sendo proposta e coordenada pelo Instituto René Rachou – Fiocruz Minas e tem como objetivo compreender como as pessoas negras em situação de rua atendidas pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte percebem o racismo sofrido no acesso aos serviços de saúde da atenção básica, como por exemplo, nos centros de saúde. O local de realização da pesquisa será nas ruas das Regionais Oeste e Barreiro, em Belo Horizonte. A pesquisa se justifica pela necessidade de compreender as dificuldades de as pessoas negras em situação de rua acessarem os serviços da Atenção Básica.

Sua participação na pesquisa se dará a partir de uma entrevista individual, com duração máxima de uma hora e, se aceitar participar, a entrevista será gravada e utilizada somente pela pesquisadora e pela equipe de trabalho.

Na entrevista, serão feitas perguntas sobre os lugares que você procura para receber atendimento de saúde, a maneira como você é atendida (o), dificuldades encontradas durante o atendimento, situações de preconceito já sofridas nesses locais, além de algumas informações pessoais, como idade, escolaridade (tempo de estudo), trabalho e renda, entre outras.

Riscos e Benefícios

A pesquisa oferece riscos mínimos, relacionados ao fato de as/os participantes falarem de assuntos pessoais e de poderem se sentir invadidas/os ou constrangidas/os de alguma forma durante a entrevista. No entanto, você terá total liberdade de interromper ou desistir da

pesquisa a qualquer momento. Caso, durante a entrevista, você se sinta desconfortável e necessite de atendimento, a pesquisadora de campo irá acompanhá-la ao Centro de Saúde de referência. A realização desta pesquisa tem como benefício a possibilidade de compreender o racismo sofrido pelas pessoas negras em situação de rua nos serviços de saúde da atenção básica de Belo Horizonte, podendo ajudar a pensar em ações e políticas públicas de saúde para melhorar o atendimento dessa população.

Direitos dos Participantes

Sua participação na pesquisa é voluntária e você pode, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa. Da mesma forma, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento de acordo com a sua vontade e você tem toda liberdade para não responder questões caso se sinta constrangida/o de qualquer forma. Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer benefício ou pagamento. Caso você não queira participar, não receberá nenhuma punição, nem será prejudicada/o no acesso e/ou no atendimento no Consultório na Rua. Sua participação na pesquisa é diferente de ser atendido pelo Consultório na Rua, esta pesquisa não tem relação com o seu acesso a este serviço. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e artigos, mas em nenhum momento a sua identidade será revelada e tudo que você responder na entrevista não irá aparecer com o seu nome, nem com nenhuma informação que possa te identificar. Mesmo assim, se em algum momento você entender que sofreu algum tipo de dano ao participar desta pesquisa, você possui o direito de buscar uma indenização, conforme a Resolução nº 466/12 - V.7. Qualquer dado que possa identificá-la (o) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro nos servidores do IRR/Fiocruz Minas. Sons de vozes não serão publicados de nenhuma forma. Também, os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando ela for finalizada, sendo que as pesquisadoras se comprometem a divulgar os resultados em formato acessível ao grupo ou população que participou da pesquisa. Você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de desistir da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de avisar com antecedência. Você será acompanhada/o e assistida/o pela pesquisadora e poderá conversar, fazer perguntas e tirar dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento.

Informações para contato

Você receberá uma via assinada deste termo onde consta o endereço e telefone da

pesquisadora principal. Você poderá esclarecer todas as suas dúvidas agora ou a qualquer momento durante a pesquisa. Na sua via, você também encontrará o endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas. Este Comitê é o órgão responsável por garantir os interesses das participantes da pesquisa.

Endereço e telefone institucional da Pesquisadora Principal: Paula Dias Bevilacqua Contato: Av. Augusto de Lima 1.715, Barro Preto, Belo Horizonte- MG, CEP: 30.190-002 Tel.: (31) 3349- 7893, email: paula.bevilacqua@fiocruz.br

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz Minas
Secretária: Bernadete Patrícia Santos
Av. Augusto de Lima 1.715, Barro Preto, Belo Horizonte-MG, CEP: 30.190-002
Tel: (31) 3349-7825, E-mail: cepcoord.minas@fiocruz.br
Horário de Atendimento: 09:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde/SMSA-BH
Coordenadora: Sandra Cristina Paulucci Cavalcanti de Andrade
Rua Frederico Bracher Júnior, 103 -3º andar - Padre Eustáquio-BH/MG
Telefone: (31) 3277-5309, E-mail: coep@pbh.gov.br

Endereço institucional e telefone da Pesquisadora de campo: Wakyla Cristina Amaro Corrêa
Contato: Av. Augusto de Lima 1.715, Barro Preto, Belo Horizonte- MG, CEP: 30.190-002
Tel.: (31) 98103-0419, email: wcorrea@aluno.fiocruz.br

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Eu, _____ (nome da pesquisadora de campo), comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste Termo.

Assinatura da pesquisadora de campo:

.

Local: _____ Data: ____/____/____

Eu, _____ (nome da pesquisadora principal), comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste Termo.

Assinatura da pesquisadora principal:

Local: _____ Data: ____/____/____

Antes de iniciarmos a entrevista, a entrevistadora irá lhe fazer algumas perguntas as quais serão gravadas com as respectivas respostas. Você concordará com a entrevista de forma oral e poderá desistir da entrevista em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum. Você pode também perguntar sobre dúvidas ou medos a qualquer momento. Nesse momento, estou te apresentando uma cópia deste documento que estou lendo pra você assinada pelas pesquisadoras. Você deve guardar esse documento.

Nesta entrevista, gravaremos o áudio da entrevista apenas para controle de qualidade. Você aceita responder a esta entrevista?

Você aceita que as informações coletadas nessa entrevista sejam utilizadas apenas para fins de pesquisa, sem nenhuma possibilidade de identificação individual?

(Ler as opções abaixo para a/o entrevistada/o e marcar as opções com as quais concordou/aceitou)

- Sim, aceito responder a esta entrevista
- Sim, aceito a gravação de áudio
- Não, recuso responder a esta entrevista (interromper a entrevista)
- Não, recuso a gravação de áudio (interromper a entrevista)

Observações: Todas as páginas do TCLE deverão ser rubricadas pelo/a participante do estudo e pelo/a pesquisador/a que conduziu a entrevista.

Anexo III - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa '**Racismo e acesso à Atenção Básica à Saúde: percepção da população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte**', sob a responsabilidade da pesquisadora **Wakyla Cristina Amaro Corrêa**, CPF 149.621.707-16, cujo objetivo é 'compreender a percepção da população negra em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte sobre o racismo sofrido no acesso à atenção básica' e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA de BH. Os documentos apresentados para fins de autorização deste TAI, deverão estar em coerência com os protocolos inseridos na Plataforma Brasil para submissão ao CEP da SMSA de BH.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 07 de dezembro de 2022

Documento assinado digitalmente
 FERNANDO DE SIQUEIRA RIBEIRO
 Data: 07/12/2022 11:16:14-0300
 Verifique em <https://verificador.iti.br>

JANAÍNA DE SOUZA AREDES
 (08796363606)
 AC ONLINE RFB v5
 Em Quarta-feira, 7 de Dezembro de
 2022 às 11:25



Fernando de Siqueira Ribeiro
 Gerência de Rede da Saúde Mental
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Janaína de Souza Aredes – BM 312.148-6
 Assessoria de Educação em Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA